

**Dados Pessoais do Beneficiário que Requer Apoio**

Nome Completo .....

Nº de Beneficiário ADSE .....

**Dados sobre o Apoio Solicitado**

Tipo de apoio      Lar / casa de repouso   
                          Apoio domiciliário            Por particular       Por entidade

Motivo da necessidade de apoio .....

**Dados da Entidade ou da Pessoa que Presta o Apoio**

Nome ..... NIF .....

Morada .....

Código Postal ..... - ..... Localidade .....

Freguesia ..... Concelho ..... Distrito .....

Telefone .....

Grau de parentesco da pessoa que presta apoio domiciliário (caso aplicável) .....

**Dados sobre os Cuidados Prestados em Apoio Domiciliário (caso aplicável)**

Alimentação     Higiene pessoal     Mobilidade     Vestir     Uso de instalações sanitárias   
 Outros     Quais? .....

**Dados do Agregado Familiar do Beneficiário que Requer Apoio**

Parentesco	Nome
Próprio	

**Situação Social do Beneficiário que Requer Apoio**

Vive / vivia sozinho?    Sim     Não

Tem outros familiares?    Sim     Não     Se sim, quem? .....

Convive com:              Familiares      Nunca       Raramente       Frequentemente   
                                  Amigos              Nunca       Raramente       Frequentemente   
                                  Vizinhos              Nunca       Raramente       Frequentemente

Como ocupa o tempo?  
 .....

### Situação de Dependência do Beneficiário que Requer Apoio

Está acamado? Sim  Não  Se sim, há quanto tempo? .....

Usa auxiliares de marcha? Sim  Não  Se sim, quais? .....

Usa fraldas? Sim  Não

Veste-se sozinho? Sim  Com ajuda  Não

Lava-se sozinho? Sim  Com ajuda  Não

Come sozinho? Sim  Com ajuda  Não

Anda sozinho? Sim  Com ajuda  Não

Vai à rua sozinho? Sim  Com ajuda  Não

### Dados do Representante do Beneficiário (caso aplicável)

Nome Completo ..... Parentesco .....

Morada para contato .....

Código Postal ..... - ..... Localidade .....

Telefone .....

### Observações

.....

.....

### Declaração de Veracidade das Informações Prestadas

Declaramos que as informações aqui prestadas são verdadeiras e autênticas, que não existe omissão de informação relevante e que nos comprometemos a informar a ADSE, I.P., de imediato, de qualquer superveniente alteração das informações agora prestadas.

Data .....

Assinatura do beneficiário

.....

Assinatura do representante do beneficiário (caso aplicável)

.....

Assinatura da entidade (com carimbo) ou pessoa que presta o apoio domiciliário (caso aplicável)

.....