

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 <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>
Amigos	Nunca <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>
Vizinhos	Nunca <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>

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)

.....