

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/Centro de dia 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 <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Se sim, há quanto tempo?
Usa auxiliares de marcha?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Se sim, quais?
Usa fraldas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Veste-se sozinho?	Sim <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Lava-se sozinho?	Sim <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Come sozinho?	Sim <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Anda sozinho?	Sim <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Vai à rua sozinho?	Sim <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

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)

.....