

# Programa de Acompanhamento Solidário Sénior

Data de Inscrição: \_\_\_\_\_

## 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome completo: \_\_\_\_\_

Sexo: M  / F  Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Idade: \_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Telefone Casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

BI: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Nº da Segurança Social \_\_\_\_\_

Nº de familiares Descendentes 1º grau (filhos) \_\_\_\_\_

Residentes na ilha: S  / N

## 2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA PESSOA PRÓXIMA DO UTENTE.

Nome completo: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

# Programa de Acompanhamento Solidário Sénior

## 3. DEPENDÊNCIA DO(A) UTENTE.

Grau de dependência Global Do/a Candidato/a	
Autónomo, não necessita de apoio.	
Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana	
Necessita de apoio na higiene pessoal e tarefas domésticas	
Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas	

## 4. PORTADOR(A) DE DEFICIÊNCIA.

Tipo de deficiência	
Mental	
Visual	
Motora	
Auditiva	
Invalidez (permanente)	
Observações:	

# Programa de Acompanhamento Solidário Sénior

## 5. SERVIÇOS SOLICITADOS.

<b>Serviços de apoio domiciliário</b>	
Higiene e conforto pessoal	
Higiene habitacional	
Confeção de refeições ligeiras	
Tratamento de roupas básicas e de uso diário	
Aquisição de géneros alimentícios e outros artigos	
Controle e acompanhamento na toma da medicação	
Atividades de Animação Sociocultural	
Acompanhamento para atos médicos	

## 6. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO UTENTE.

Rendimento anual ilíquido	
Rendimento do trabalho (anual)	
Pensão	
Pensão de invalidez	
Complemento de dependência	
Outros	
<b>TOTAL</b>	

# Programa de Acompanhamento Solidário Sénior

## 7. Despesas mensais do Utente

Renda da casa	
Medicação	
Consumo de água, eletricidade e telefone	
Outros	
<b>TOTAL</b>	
<b>Total Anual (TOTALx12)</b>	

Rendimento anual ilíquido do Agregado Familiar – Despesas fixas anuais

Rendimento *per capita* = \_\_\_\_\_

12xnº de elementos do agregado familiar

Rendimento per capita	
-----------------------	--

**Assinatura do Utente:**

\_\_\_\_\_

**Assinatura do Responsável:**

\_\_\_\_\_