



## FICHA DE INSCRIÇÃO

### PARTE A – FICHA DE INSCRIÇÃO

Data de inscrição: \_\_\_\_\_

Data de admissão: \_\_\_\_\_

Nº de cliente: \_\_\_\_\_

Data de saída: \_\_\_\_\_

Motivo de saída: \_\_\_\_\_

RESPOSTA SOCIAL PRETENDIDA: SAD

CD

LAR

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

NOME: \_\_\_\_\_

NOME PELO QUAL DEVE SER TRATADO: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DE COMEMORAÇÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

N.º TELEFONE: \_\_\_\_\_ Nº TELEMÓVEL: \_\_\_\_\_

BI/CC: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_

SISTEMA DE PROTECÇÃO NA VELHICE: \_\_\_\_\_

Nº UTENTE: \_\_\_\_\_ SUB-SISTEMA SAÚDE: \_\_\_\_\_

### 2. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO CLIENTE

| NOME    | IDADE | PARENTESCO | VIVE COM O CLIENTE |     | MEIO DE VIDA PRINCIPAL <sup>1</sup> | RENDIMENTO MENSAL |
|---------|-------|------------|--------------------|-----|-------------------------------------|-------------------|
|         |       |            | SIM                | NÃO |                                     |                   |
| Cliente |       |            |                    |     |                                     |                   |
|         |       |            |                    |     |                                     |                   |
|         |       |            |                    |     |                                     |                   |
|         |       |            |                    |     |                                     |                   |
|         |       |            |                    |     |                                     |                   |

<sup>1</sup> Reforma; Pensão Social; Pensão mínima; Outro



## FICHA DE INSCRIÇÃO

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento?

Sim  Quem? \_\_\_\_\_

Não

### **3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOAS PRÓXIMAS DO CLIENTE<sup>2</sup>**

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

Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_

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

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

N.º Telefone: \_\_\_\_\_ N.º Telemóvel: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

---

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

Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_

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

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

N.º Telefone: \_\_\_\_\_ N.º Telemóvel: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

---

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

Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_

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

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

N.º Telefone: \_\_\_\_\_ N.º Telemóvel: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

---

### **4. MOTIVO DO PEDIDO**

<sup>2</sup>Pessoa (s) Próxima (s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros.



## FICHA DE INSCRIÇÃO

### 5. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO CLIENTE

| (assinale com um x)  | Independente | Dependente |
|----------------------|--------------|------------|
| Banho                |              |            |
| Vestir               |              |            |
| Utilização da Sanita |              |            |
| Transferência        |              |            |
| Continência          |              |            |
| Alimentação          |              |            |

### 6. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimentos mensais:

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| Rendimento do Trabalho           | €        |
| Reforma                          | €        |
| Pensão Social                    | €        |
| Complemento por dependência      | €        |
| Rendimentos do agregado familiar | €        |
| Outros (1)                       | €        |
| <b>Total:</b>                    | <b>€</b> |

Despesas mensais:

|   |          |
|---|----------|
| Saúde/Medicação                                 | €        |
| Renda de casa                                   | €        |
| Consumos de água, electricidade, gás e telefone | €        |
| Alimentação                                     | €        |
| Fraldas, outras                                 | €        |
| Outros  | €        |
| <b>Total:</b>                                   | <b>€</b> |

(1) Indique quais \_\_\_\_\_

COMPARTICIPAÇÃO MENSAL: \_\_\_\_\_

7. Em caso de inexistência de vaga, pretende ingressar na lista de candidatos? \_\_\_\_\_

Se respondeu não, indique o motivo: \_\_\_\_\_

### 8. DOCUMENTOS ENTREGUES NO PROCESSO DE CANDIDATURA:

|                                     |                       |  |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| Fotocópia do BI/CC                  | <input type="radio"/> | Fotocópia do cartão de beneficiário      | <input type="radio"/> |
| Fotocópia do Cartão de Contribuinte | <input type="radio"/> | Comprovativo de Despesas com Medicação   | <input type="radio"/> |
| Fotocópia do Recibo de Reforma      | <input type="radio"/> | Comprovativo de Encargos com a Habitação | <input type="radio"/> |
| Fotocópia do Cartão de Utente       | <input type="radio"/> | Relatório médico                         | <input type="radio"/> |



## FICHA DE INSCRIÇÃO

### 9. AUTORIZAÇÃO PARA CAPTAÇÃO E TRATAMENTO DE IMAGEM:

Para efeitos de divulgação e promoção dos serviços, consinto a captação, tratamento e publicação de imagem e/ou vídeo, a incluir:

|  | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| No jornal da instituição:  |     |     |
| No sítio da internet, redes sociais da instituição:  |     |     |
| Nas publicações de divulgação institucional:   |     |     |
| Em exposição interna quando relacionada com atividades desenvolvidas pelos clientes e celebração de dias festivos: |     |     |
| Na elaboração de trabalhos destinados a familiares ou quem exerça a responsabilidade legal:                        |     |     |

### 10. Direito/Dever a informação-Regulamento Proteção de Dados

O cliente ou responsável legal assume inteira responsabilidade nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações constantes nesta ficha. Falsas declarações implicam, para além de procedimento legal, imediato cancelamento da inscrição. Declaro sob compromisso de honra que todas as declarações prestadas correspondem à verdade, aceitando também que as mesmas sejam devidamente comprovadas. A Santa Casa da Misericórdia da Mealhada, IPSS com sede na Rua Dr. Costa Simões, Nº 42, 3050-326, Mealhada, **será considerada como responsável pelo tratamento dos dados pessoais** que fornecer por via da presente ficha de inscrição, bem como dos dados solicitados no processo de candidatura. Os dados que constam nesta candidatura relativamente à sua pessoa têm a **finalidade** de gestão dos utentes, gestão económica e contabilística da SCMM e serão retidos pelo período necessário para o cumprimento dessa finalidade bem como pelo tempo necessário à demonstração do cumprimento de obrigações legais que sejam aplicáveis. Todos os dados recolhidos com exceção dos dados relativos à imagem, têm fundamento o cumprimento de uma obrigação legal e/ou contratual, sendo por isso requisitos necessários à celebração do contrato e a prestação do serviço contratado, pelo que a recusa no fornecimento de tais dados implicam a impossibilidade absoluta de manter o contrato e prestar o serviço por parte da SCMM. Ao assinar abaixo, presta o seu consentimento para o tratamento dos seus dados, assim como, quando necessário, o responsável pelo tratamento colocar a informação à disposição de terceiros, nos termos legais. A SCMM garante a estrita confidencialidade no tratamento dos dados fornecidos. Dispõe V. Exa do **direito** de solicitar ao responsável pelo tratamento acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação, a sua eliminação, a limitação do tratamento, de se opor ao tratamento, bem como do direito à portabilidade dos dados, mediante requerimento escrito dirigido à SCMM para a morada da sua sede acima indicada. Por igual via e de igual maneira **pode V. Exa retirar o consentimento prestado** para o tratamento dos seus dados, em qualquer altura, sem que tal ponha em causa a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento anteriormente dado. Se existir qualquer dúvida relativamente ao processamento dos seus dados pessoais, poderá dirigir-se ao **encarregado da proteção de dados da SCMM** através do contacto: geral@scmmealhada.pt ou da morada acima indicada. Em caso de conflito, ou caso considere que algum dos seus direitos ou dos direitos do(a) candidato(a) relativos a dados pessoais foi violado ou posto em causa, poderá apresentar uma **reclamação** junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

| Assinaturas                  | Data |
|------------------------------|------|
| Cliente e/ou Significativos: |      |
| Representante da SCMM:       |      |