



FORMULÁRIO DE PEDIDO DE COMPARTICIPAÇÃO PARA LAR/ CASA DE REPOUSO E APOIO DOMICILIÁRIO

Dados Pessoais do Beneficiário que Requer Participação

Nome Completo _____

Nº de Beneficiário ADM _____

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 _____ E-mail _____

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 Participação

Parentesco	Nome
Próprio	

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

Situação de Dependência do Beneficiário que Requer Comparticipação

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 _____ E-mail _____

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 DSADM, de imediato, de qualquer alteração superveniente 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)
