



## 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)

\_\_\_\_\_