

FICHA DE BENEFICIÁRIO

N.º de Beneficiário da ADSE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Nome do beneficiário (a quem se destina o pedido) _____

Pedido de participação em (assinalar com X): APOIO DOMICILIÁRIO LAR

LAR: Nome _____ NIF _____

Morada _____

Código Postal | _ | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | _ | Telef. _____ Mensalidade € _____

AGREGADO FAMILIAR

Parentesco	Nome	Data do nascimento	Estado Civil	Habilitações literárias	Última profissão
Próprio					

Vive/Vivia sozinho? Sim Não Se não, com quem _____

Tem outros familiares? Sim Não Se sim, quem _____

É visitado/convive com: Familiares Sim Não Raramente

Amigos Sim Não Raramente

Vizinhos Sim Não Raramente

Como ocupo o tempo? _____

Motivo da necessidade de Apoio (Domiciliário/Lar): _____

Está acamado? Sim Não Se sim, há quanto tempo? _____

Veste-se sozinho? Sim com ajuda Não

Lava-se sozinho? Sim com ajuda Não

Come sozinho? Sim com ajuda Não

Anda sozinho? Sim com ajuda Não

Vai à rua sozinho? Sim com ajuda Não

Usa auxiliares de marcha? Sim Não Se sim, quais _____

Usa Fraldas? Sim Não

Observações _____

Assinatura do beneficiário

Assinatura do representante do beneficiário

Nome _____

Parentesco _____

Morada para contacto _____

Código Postal | _ | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | _ | Telef. _____

Observações _____

Data ____/____/200__