

SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA VILA FLOR – 1.ª FASE

FICHA DE CANDIDATURA

1.DADOS BIOGRÁFICOS DA PESSOA BENEFICIÁRIA

Nome completo:

Data de nascimento: ____/____/____ Nacionalidade: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

Ponto de referência da habitação (Ex: igreja, parque, etc.):

N.º de B.I./C.C.: _____ N.º de Contribuinte: _____

N.º de Utente SNS: _____ Habilitações literárias: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

E-mail: _____

2. SITUAÇÃO SOCIAL E HABITACIONAL

Situação social:

☐ Isolado/a ☐ Com apoio familiar ☐ Com apoio de vizinhos/as

☐ Autónomo/a ☐ Outro: _____

Número de pessoas no agregado familiar:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ +4

Descrição do agregado familiar:

Tipo de habitação:

☐ Apartamento ☐ Moradia ☐ T0/T1 ☐ T2/T3 ☐ T4/T4+

Fonte de aquecimento / arrefecimento da habitação:

☐ Nenhuma ☐ Ar condicionado ☐ Ventoinha ☐ Radiador ☐ Lareira /
Salamandra

Utiliza gás?

☐ Sim, no fogão/forno ☐ Não

3. SITUAÇÃO CLÍNICA

Doenças, condições ou alergias relevantes em caso de emergência:

Medicação habitual relevante:

4. REDE DE APOIO INFORMAL

Pessoa 1 (Prioridade 1)

Nome: _____

Contato: _____ Data de nascimento: _____

Relação de parentesco: _____ Integra o serviço ☐ Sim ☐ Não

Morada: _____

Possui chave da casa? (Sim / Não): _____

Pessoa 2

Nome: _____

Contato: _____ Data de nascimento: _____

Relação de parentesco: _____ Integra o serviço ☐ Sim ☐ Não

Morada: _____ Possui chave da casa? ☐ Sim ☐ Não

Pessoa 3

Nome: _____

Contato: _____ Data de nascimento: _____

Relação de parentesco: _____ Integra o serviço ☐ Sim ☐ Não

Morada: _____ Possui chave da casa? ☐ Sim ☐ Não

Pessoa 4

Nome: _____

Contato: _____ Data de nascimento: _____

Relação de parentesco: _____ Integra o serviço ☐ Sim ☐ Não

Morada: _____ Possui chave da casa? ☐ Sim ☐ Não

5. PROTEÇÃO DE DADOS

☐ 1. Autorizo e aceito a recolha e tratamento dos meus dados pessoais segundo a Política de Proteção do Município de Vila Flor.

Local: Vila Flor _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

6. IDENTIFICAÇÃO DE QUEM PREENCHE A CANDIDATURA

(Preencher apenas se não for a pessoa beneficiária a completar esta ficha)

Nome completo: _____

Relação com o/a beneficiário/a: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Assinatura: _____