



**CÂMARA
MUNICIPAL
NISA**

Sector de Acção Social

**EXM^a SENHORA
PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL
DE NISA**

SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA - PEDIDO DE ADESÃO

(a preencher pelos Serviços da Câmara Municipal de Nisa)

Processo nº _____

Data: ___/___/___

1- Identificação da linha telefónica (Rede Fixa):

Portugal Telecom - PT Outra Qual? _____

2- Identificação do candidato:

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/_____, Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Morada: _____ Código Postal: _____ - _____

Freguesia: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____ Tipo de contrato: _____

Portador do B.I./C. Cidadão nº _____ - _____, N.º de Contribuinte: _____ N.º de Eleitor: _____

Data: ___/___/_____ Outros Documentos: _____

Telefone pessoal (Fixo): _____ (Móvel): _____

3- Motivo da Adesão:

Solidão Segurança Saúde Outro: _____

4- Caracterização da Situação do Candidato

4.1. Caracterização Sócio-familiar:

Vive sozinho Vive com Familiar Qual? _____

Tem Apoio: Familiar Vizinhos Institucional

Qual? Serviço de Apoio Domiciliário Centro de Dia Centro de Convívio

Outro _____ Horário de Frequência: das _____ às _____

Nome da Entidade/Instituição _____

4.2. Situação Clínica:

Sofre de alguma patologia: Não Sim

Se sim, indique: AVC Doenças Cardiovasculares Doenças Respiratórias

Doença de Diabetes Tipo _____

Aparelho Locomotor Problemas de Audição Problemas de Visão

Outras Quais? _____



**CÂMARA
MUNICIPAL
NISA**

Sector de Acção Social

5 - Rede de Apoio ao Candidato/Rede de Apoio Local (Familiar, Vizinhos, Entre outros)

Identificação	Contacto Telefónico	Relação com o utente
Nome: _____ Disponibilidade horário: _____		
Nome: _____ Disponibilidade horário: _____		
Nome: _____ Disponibilidade horário: _____		
Nome: _____ Disponibilidade horário: _____		

Rede Formal/Institucional	Contacto Telefónico	Observações
Santa Casa da Misericórdia de _____		
Cruz Vermelha _____		
Centro de Saúde _____		
Médico Particular _____		
Hospital referência _____		
PSP/GNR (Locais) _____		
Bombeiros (Locais) _____		
Outros: _____		

Destes contactos, quais têm a chave do domicílio? _____

6 - Identificação de outros residentes no mesmo domicílio

	Nome	Relação com utente: Cônjuge? Familiar, Qual? Outro?	Contactos
1			
2			
3			
4			

Existem outras pessoas no mesmo domicílio que necessitem do Serviço de Teleassistência?

Não Sim Quem? _____

7. Documentos Entregues

- Fotocópia do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão
- Comprovativo de deficiência ou doença crónica determinante de incapacidade
- Comprovativo de residência. Qual? _____
- Comprovativo de Rendimento. Qual? _____
- Comprovativo de despesas. Qual? _____

8. Critérios de Seleção

- Cartão do Idoso e/ou idade igual ou superior a 65 anos
- Portador de deficiência ou doença crónica determinante de incapacidade
- Situação Familiar
- Situação Económica
- Relações Sociais
- Apoio de Rede Social



**CÂMARA
MUNICIPAL
NISA**

Sector de Acção Social

SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA - PEDIDO DE ADESÃO

Proteção de Dados Pessoais

Os dados fornecidos pelo requerente destinam-se, exclusivamente, à instrução de candidatura e ao funcionamento do Serviço de Teleassistência, sendo a Câmara Municipal de Nisa a entidade responsável pelo seu tratamento.

É garantida a confidencialidade no tratamento de dados, em conformidade com a legislação aplicável, sendo assegurados todos os direitos aos seus titulares, incluindo o de acesso, rectificação e eliminação.

Nisa, ____ de _____ de 20____

(Assinatura do Requerente)