

Projeto “10 Mil Vidas” Tábua

Serviço de Tele-Assistência e Tele-Saúde

PEDIDO DE ADESÃO

(a preencher pelos Serviços da Câmara Municipal de Tábua)

Processo Nº: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME COMPLETO: _____

MORADA: _____

FREGUESIA: _____ **C. POSTAL:** -

B.I.: **N.º CONTRIBUINTE:** **D. NASC.:** --

SEXO: F M **ESTADO CIVIL:** CASADO(A) VIÚVO (A) SOLTEIRO(A) UNIÃO DE FACTO DIVORCIADO(A)

TELEFONE CASA: **TELEMÓVEL :**

TELEFONE (OUTRO): **EMAIL:** _____

2. MOTIVO DA ADESÃO

Solidão Segurança Saúde Outros: _____

3. CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DO REQUERENTE

3.1. SITUAÇÃO SÓCIO – FAMILIAR:

Vive sozinho(a) Vive com familiar Qual? _____

Tem Apoio: Familiar Vizinhos Institucional Qual? Serviço de Apoio Domiciliário Centro de Dia

Centro de Convívio Outro Qual? _____ Horário de frequência: das _____ às _____

Nome da Entidade/ Instituição _____

3.2. SITUAÇÃO CLÍNICA:

Sofre de alguma Doença: Não Sim

Se Sim, indique: AVC Doenças cardiovasculares Doenças respiratórias

Doença de Diabetes Tipo _____

Aparelho locomotor Problemas de audição Problemas de visão

Outras Quais? _____

Projeto “10 Mil Vidas” Tábua
Serviço de Tele-Assistência e Tele-Saúde
PEDIDO DE ADESÃO

4. REDE DE APOIO AO REQUERENTE / REDE DE APOIO LOCAL (FAMILIAR, VIZINHOS, ENTRE OUTROS)

REDE FORMAL / INSTITUCIONAL	CONTACTO TELEFÓNICO	OBSERVAÇÕES
CUREDEPA		
Assoc.Social, Desp., Recret.e Cultural de Covas		
Casa do Povo de Espariz		
Casa do Povo de Meda de Mouros		
Centro Social da Paróquia de Midões		
Fundação Sarah Beirão/António Costa Carvalho		
Santa Casa da Misericórdia de Tábua		
Centro de Saúde		
PSP / GNR (Locais)		
Bombeiros Locais		
Câmara Municipal de Tábua		

IDENTIFICAÇÃO	CONTACTO TELEFÓNICO	RELAÇÃO COM O UTENTE
Nome _____ Disponibilidade horário: _____		
Nome _____ Disponibilidade horário: _____		
Nome _____ Disponibilidade horário: _____		
Nome _____ Disponibilidade horário: _____		

Destes contactos quais têm as chaves do domicílio? _____

Projeto “10 Mil Vidas” Tábua
Serviço de Tele-Assistência e Tele-Saúde
PEDIDO DE ADESÃO

5. 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 Tele-Assistência?

Não Sim Quem? _____

6. DOCUMENTOS ENTREGUES

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

Nota: É Obrigatória a entrega dos documentos acima referidos, sob pena de indeferimento do pedido (Ponto 5.2 dos Critérios e Procedimentos de Adesão ao Serviço de Tele-Assistência)

07. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO (a preencher pelos Técnicos da CMT)

- Idade igual ou superior a 65 anos
- Portador(a) de deficiência ou doença crónica determinante de incapacidade, se a capacidade for igual ou superior a 60%, mesmo que com idade inferior a 65 anos
- Residir no concelho de Tábua

Projeto “10 Mil Vidas” Tábua
Serviço de Tele-Assistência e Tele-Saúde
PEDIDO DE ADESÃO

08. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Os dados fornecidos pelo requerente destinam-se, exclusivamente, à instrução da candidatura e ao funcionamento do Serviço de Tele-Assistência, sendo a Câmara Municipal de Tábua 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, retificação e eliminação.

_____/_____/_____
(Data)

(Assinatura do requerente)