



FORMULÁRIO DE PEDIDO DE COMPARTICIPAÇÃO PARA LAR/  
CASA DE REPOUSO E APOIO DOMICILIÁRIO

*Handwritten signature*

**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

**Situação Social do Beneficiário que Requer Participação**

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

Como ocupa o tempo?



### Situação de Dependência do Beneficiário que Requer Participação

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)