

Ficha de Inscrição

Apoio Domiciliário

DATA ___/___/___
(admissão)

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ (___) ANOS

RESIDÊNCIA: _____ FREGUESIA: _____

TELEFONE: _____ Nº CONTRIBUINTE: _____

Nº B.I.: _____ DE ___/___/___ ARQUIVO: _____

Nº DE BENEFICIÁRIO: _____

MÉDICO DE FAMÍLIA: _____ Nº DE UTENTE: _____

FILHO RESPONSÁVEL: _____

RESIDÊNCIA: _____ FREGUESIA: _____

TELEFONE(residência): _____ TELEFONE(local de trabalho): _____

TELEMÓVEL _____

CONDIÇÕES FÍSICAS - Independente__
- Semi-dependente sem apoio__
- Semi-dependente com apoio__
- Dependente__

RENDIMENTO MENSAL DO IDOSO: _____

TIPO DE RENDIMENTO: _____

ADMITIDO EM: __/__/__ MENSALIDADE: _____

OBSERVAÇÕES: _____

Foi estabelecido que a ADIC - Vilarinho, através do Apoio Domiciliário, irá prestar a _____ os seguintes serviços:

- a) Alimentação (Pequeno-almoço __; Almoço __; Lanche __; Jantar __)
- b) Higiene Pessoal (Manhã __; Tarde __)
- c) Tratamento de Roupas ____
- d) Arrumação e pequenas no domicilio __

Por cada serviço prestado, o utente compromete-se a pagar a mensalidade:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

TOTAL A PAGAR: _____

O RESPONSÁVEL PELO UTENTE

A ASSISTENTE SOCIAL

Contrato de Prestação de Serviços

A ADIC - Vilarinho, representada por _____,
com sede em Vilarinho e com o nº de Pessoa Colectiva 504000349 e o
utente _____ representado por
_____ portador de B.I. nº _____,
emitido pelo arquivo de identificação de _____ em
__/__/__, residente em _____, assinam o presente contrato,
comprometendo-se a respeitar e a cumprir as seguintes normas,
pelas quais este se rege:

**1- A ADIC - Vilarinho tem para com _____ as
seguintes obrigações:**

- a) Prestar os serviços que o utente pretende e se encontram mencionados no Regulamento Interno;
- b) Garantir a qualidade dos serviços prestados;
- c) Guardar sigilo relativamente aos dados que façam parte dos processos;
- d) Manter actualizado o preçário dos serviços e as condições da prestação.

2- O utente compromete-se:

- a) Não exigir serviços para além do estabelecido;
- b) Colaborar com o pessoal dos serviços;
- c) Satisfazer os custos da prestação.

Total a pagar: _____ €

Representante da instituição

Responsável pelo Idoso

Declaração

Eu, _____, portador do B.I.
n.º _____ emitido em __/__/__ pelo Arquivo de
Identificação de _____, venho declarar que autorizo a
deslocação do meu Pai/Mãe/Familiar _____
a consultas, exames médicos, assim como a passeios e outras
actividades organizadas pela ADIC - Vilarinho fora do recinto do
mesmo, não responsabilizando a Instituição de quaisquer danos
que daí possam advir.

Vilarinho, __ de _____ de _____

O responsável pelo Idoso

O responsável pela instituição

Orientação do Caso Social

ADIC

VILARINHO

Associação de Defesa ao Idoso e Crianças
da Freguesia de Vilarinho
webpage: www.adic.pt
e-mail: adic.vilarinho@mail.pt

associação
de gerações

Instituição de Utilidade Pública - Diário da República nº 126, III Série, de 31 de Maio de 2000
IPSS - Inscrição nº 32/00, a fls. 40, do Livro 8 das Associações de Solidariedade Social - NIPC - 504.003.349

Rua Senhora das Preces, nº 4 - 3200-393 Vilarinho Lousã

Telfs. (Centro de Dia): 239 995 690 - (Jardim de Infância): 239 992 049 - Fax 239 995 332
Telms. 967 875 595 - 967 875 586 - 967 875 587 - 967 875 588 - 967 875 589 - 962 638 674