**STAPA - Ficha de Inscrição**

|  |  |
| --- | --- |
| N.º de Processo      / | N.º de Equipamento      / |
| (Espaço destinado à Câmara Municipal da Amadora) | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **01 IDENTIFICAÇÃO PESSOAL** | | | | |
| Nome Completo | | | | |
| Data de Nascimento | Sexo  M  F |  | |  |
| Estado Civil | Naturalidade |  | |  |
| Morada | | | | |
| Freguesia | Código Postal | | | |
| N.º Doc. Identificação | BI | CC | Outro. Qual? | |
| NIF | NISS | Nº Utente SNS | Outro Sis. Saúde | |
| Telefone | Telemóvel | Email | | |
| Já possui o Cartão 65+ ?  Sim  Não | |  | | |
| Se não, autoriza a emissão do Cartão 65+ e acesso a serviços da Linha Municipal de Saúde  Sim  Não | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 02 OUTROS DADOS DO UTENTE | | | | | | | |
| Motivo da inscrição no STAPA | | Solidão | | Segurança | | Saúde | |
| Doenças/Alergias | | | | | | | |
| Intervenções Cirúrgicas | | | | | | | |
| Problemas de: | Sim | | Não | Problemas de: | Sim | | Não |
| Diabetes |  | |  | Cardíacos |  | |  |
| Visão |  | |  | Audição |  | |  |
| Mobilidade | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 03 IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR | | | | | | | |
| **Elemento 2** | | | | | | | |
| Nome Completo | | | | | | | |
| Grau de parentesco | | | | | | | |
| Data de Nascimento | | Sexo  M  F | |  | |  | |
| Problemas de: | Sim | | Não | Problemas de: | Sim | | Não |
| Diabetes |  | |  | Cardíacos |  | |  |
| Visão |  | |  | Audição |  | |  |
| Doenças/Alergias | | | | | | | |
| Mobilidade | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 04 PESSOAS DE CONTACTO | | |
| **Pessoa de contacto 1** | | |
| Nome Completo | | |
| Relação com utente | Tem a chave de casa? | Sim  Não |
| Telefone | Outros contactos | |
| Telemóvel |  | |
| **Pessoa de contacto 2** | | |
| Nome Completo | | |
| Relação com utente | Tem a chave de casa? | Sim  Não |
| Telefone | Outros contactos | |
| Telemóvel |  | |
| **Pessoa de contacto 3** | | |
| Nome Completo | | |
| Relação com utente | Tem a chave de casa? | Sim  Não |
| Telefone | Outros contactos | |
| Telemóvel |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 05 CONTACTOS DE EMERGÊNCIA | | |
|  | **Nome** | **Contacto** |
| Centro de Saúde da Área de Residência |  |  |
| Médico de Família |  |  |
| Hospital da Área de Residência |  |  |
| Hospital Particular |  |  |
| Outros |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 06 SINALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO | |
| Sinalização feita por (se aplicável): |  |
| Relação de Parentesco (se aplicável): |  |
| Instituição (se aplicável): |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 07 RENDIMENTOS | | |
| **Proveniência/Valor** | **Elementos do Agregado** | |
|  | **1** | **2** |
| Pensão Mensal | € | € |
| Complemento Cônjuge | € | € |
| Complemento Dependência | € | € |
| CSI | € | € |
| Trabalho | € | € |
| Outros Apoios Sociais.  Quais: | € | € |

|  |
| --- |
| 08 OBSERVAÇÕES |
|  |

|  |
| --- |
| **09 ASSINATURA** |
| Declaro que autorizo a cedência, manuseamento e tratamento dos meus dados pessoais pela Câmara Municipal da Amadora, para efeitos de gestão do meu processo do STAPA – Sistema Telefónico de Assistência Permanente da Amadora. Tomo conhecimento de que os dados pessoais por mim fornecidos serão partilhados com a empresa Helphone para operacionalização do serviço de teleassistência, com a Empresa Municipal Inova para instalação das unidades básicas e com a Santa Casa da Misericórdia da Amadora para apoio à gestão financeira.  Tomo ainda conhecimento de que o consentimento prestado para o tratamento e partilha dos meus dados pessoais poderá ser revogado por mim, a todo o momento. Para tal, ou para exercer os meus direitos de acesso, retificação, oposição, apagamento, limitação e portabilidade, deverei manifestar a minha vontade por escrito, apresentando um requerimento junto dos serviços da Câmara Municipal da Amadora, ou para o endereço de e-mail: [dpo@cm-amadora.pt](mailto:dpo@cm-amadora.pt).  Informo o utente de que ao requerer este serviço autoriza a Câmara Municipal da Amadora a emitir o Cartão Amadora 65+, sempre que se encontrem reunidas as condições previstas no artigo 3º do respetivo Regulamento Municipal. O Cartão Amadora 65+ será enviado para a morada indicada, assim como toda a informação referente ao mesmo.  Amadora, \_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ Assinatura  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| 10 DOCUMENTOS ANEXOS | |
| Fotocópia BI /CC/Outros do Utente |  |
| Fotocópia BI /CC/Outros do requerente |  |
| Fotocópia da Declaração de Rendimentos |  |
| Comprovativo da renda da casa |  |
| Comprovativo de despesa com SAD, Centro de Dia ou Lar |  |
| Comprovativo de despesas com medicamentos por doença crónica |  |

|  |
| --- |
| **11 LOCAIS DE ENTREGA** |
| Pode ser enviado pelo correio para o seguinte endereço:  Câmara Municipal da Amadora  Praceta Carolina Simões  2700-165 Amadora  T[+351]214 369 053  Pode ser enviado pela internet para o seguinte email:  accao.social@cm-amadora.pt” |

|  |
| --- |
| **12 DESPACHO** (Espaço destinado à Câmara Municipal da Amadora) |
|  |