**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      | SexoM [ ]  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 SaúdeSim [ ]  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      | SexoM [ ]  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.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 AmadoraPraceta Carolina Simões2700-165 AmadoraT[+351]214 369 053Pode ser enviado pela internet para o seguinte email:accao.social@cm-amadora.pt” |

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