**AmaSénior Apoio Alimentar – Sinalização**

|  |  |
| --- | --- |
| 1º Pedido | Reinscrição |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **01 IDENTIFICAÇÃO PESSOAL** | | | | | |
| Nome Completo | | | | | |
| Data de Nascimento | | | Género  M  F | | Estado Civil |
| Morada | | | Freguesia | | Código Postal |
| Doc. Identificação | | NIF | NISS | |  |
| Centro de Saúde | |  | Médico/a de família  Sim  Não | | |
| Telefone | | Telemóvel | Email | | |
| Instituição que sinaliza | | Técnica Responsável | Contacto | Data de Inscrição na Instituição | |
| Já possui o Cartão 65+ ?  Sim  Nº | Se não, autoriza a emissão do Cartão 65+ e acesso a serviços da Linha Municipal de Saúde  Sim  Não | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Principal Patologia | | | | | |
| Doença Cardiovascular |  |  | Aparelho Locomotor |  |
| Hipertensão |  |  | Doenças Respiratórias |  |
| Diabetes |  |  | Fratura do Colo do Fémur |  |
| Demência |  |  | Outra. Qual? |  |
| Neoplasia |  |  |  |  |
| **Dependência do Utente** | | | | | |
| Independente |  |  | Totalmente Dependente |  |
| Parcialmente Dependente |  |  | Acamado |  |
| **Tipo de Alimentação** | | | | | |
| Normal |  |  | Dieta |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **02 AGREGADO FAMILIAR** | | | | | |
| **Elemento 2** | | | | | |
| Nome Completo | | | | | |
| Grau de parentesco | | Género  M  F | | Data de Nascimento | |
| Doc. Identificação | NIF | | NISS | | Contacto telefónico |
| Dependência | Sim  Não  Parcial | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **03 PESSOA A CONTACTAR EM CASO DE EMERGÊNCIA** (preenchimento obrigatório) | |
| Nome Completo | Relação com o Utente |
| Telefone / Telemóvel | Tem chave de casa?  Sim  Não |

|  |  |
| --- | --- |
| 04 SITUAÇÃO SOCIAL | |
| Pessoa que recebe **apoio frequente** de familiares, amigos e/ou vizinhos |  |
| Pessoa que recebe **apoio esporádico** de familiares, amigos e/ou vizinhos |  |
| Pessoa que **não recebe apoio** de familiares, amigos e/ou vizinhos |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 05 SITUAÇÃO HABITUACIONAL | |
| **Condições para conservar e aquecer a alimentação. A casa do utente possui:** | |
| Fogão |  |
| Micro-ondas |  |
| Frigorifico |  |
| Não possui nenhum dos eletrodomésticos mencionados |  |
| **A casa do utente possui:** | |
| Água canalizada |  |
| Luz eléctrica |  |
| Não possui nenhum dos elementos mencionados |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **06 RENDIMENTO DO AGREGADO** | | | |
| Proveniência/Valor |  | Elementos do Agregado | |
|  | 1 | 2 |
| Pensão Mensal |  | € | € |
| Complemento Cônjuge |  | € | € |
| Complemento Dependência |  | € | € |
| CSI |  | € | € |
| Trabalho |  | € | € |
| Outros Apoios Sociais. Quais |  | € | € |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **07 DESPESAS AGREGADO** | | | |
| Tipo de Despesas/Valor |  | Elementos do Agregado | |
|  | 1 | 2 |
| Renda da casa |  | € | € |
| Medicação |  | € | € |
| Respostas Socais (SAD/CD) |  | € | € |
| Outras despesas mensais. Quais? |  | € | € |

|  |
| --- |
| **08 OBSERVAÇÕES** Breve enquadramento da Situação Social / Fundamentação do pedido |
|  |

|  |
| --- |
| **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 de Ama Sénior – Apoio Alimentar. * 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 DOC. Identificação do Utente e Cônjuge (se aplicável) |  |
| Fotocópia do Comprovativo do Rendimento |  |
| Comprovativo da renda da casa |  |
| Comprovativo de despesa com Serv. Apoio Domiciliário, Centro de Dia ou Lar |  |
| Comprovativo de despesas com medicamentos por doença crónica |  |

|  |
| --- |
| **11 LOCAIS DE ENTREGA** |
| * Por email:   [accao.social@cm-amadora.pt](mailto:accao.social@cm-amadora.pt)   * Por Correio   Divisão de Intervenção Social  Praceta Carolina Simões, S/N  2700-165 Amadora |

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