**AmaSénior Apoio Alimentar – Sinalização**

|  |  |
| --- | --- |
| 1º Pedido [ ]  | Reinscrição [ ]  |

|  |
| --- |
| **01 IDENTIFICAÇÃO PESSOAL** |
| Nome Completo      |
| Data de Nascimento      | GéneroM [ ]  F [ ]  | Estado Civil      |
| Morada      | Freguesia      | Código Postal      |
| Doc. Identificação      | NIF      | NISS      |  |
| Centro de Saúde      |  | Médico/a de famíliaSim [ ]  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 SaúdeSim [ ]  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      | GéneroM [ ]  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.
* 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* Por Correio

Divisão de Intervenção SocialPraceta Carolina Simões, S/N2700-165 Amadora |

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