

FICHA DE CANDIDATURA
EQUIPAMENTOS E RESPOSTAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

PARECER

DESPACHO

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

N.º de Identificação Civil: _____ NISS: _____

Filiação: _____

Residência do/a candidato/a: _____

Código Postal: _____ Contacto do/a candidato/a: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Responsável legal: _____ Contacto do/a responsável: _____

Grau de parentesco: _____ Profissão: _____

2 CONSTITUIÇÃO DO AGREGADO

	Nome completo	Data de nascimento	Parentesco	Profissão
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

3 DADOS RELEVANTES

3.1. Dados de Saúde

Tipo e grau de deficiência: _____

Adquirida: Congénita:

Médico/a assistente: _____

Patologia(s) associada(s): _____

Tipo de medicação: _____

Alergia(s) e/ou intolerância(s): _____

3.2. Prestações Sociais

<input type="checkbox"/> Bonificação por Deficiência	<input type="checkbox"/> Complemento da Prestação Social para a Inclusão
<input type="checkbox"/> Prestação Social para a Inclusão	<input type="checkbox"/> Complemento por Dependência
<input type="checkbox"/> Pensão de Sobrevivência	<input type="checkbox"/> Outras: _____

3.3. Grau de Autonomia

Higiene: _____
Alimentação: _____
Vestuário: _____
Transporte: _____
Necessita de transporte? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Adaptado? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Como se desloca no dia a dia: _____
Interesses / ocupação de tempos livres: _____

3.4. Elementos Relativos ao Pedido de Apoio

<input type="checkbox"/> Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão	<input type="checkbox"/> Centro de Apoio à Deficiência Profunda
<input type="checkbox"/> Lar Residencial para Pessoas com Deficiência	

3.5. Dados e Relatórios a Anexar

<input type="checkbox"/> Dados de Identificação (C.C.)	<input type="checkbox"/> Atestado Médico de Incapacidade Multiusos
<input type="checkbox"/> Relatório Médico	<input type="checkbox"/> Relatório Psicológico
<input type="checkbox"/> Relatório Social	<input type="checkbox"/> Outros (opcional): _____

Ficha preenchida por: _____

Data: ____/____/____
(ano) (mês) (dia)

(Assinatura)

Observação: O/A requerente terá que possuir idade igual ou superior a 18 anos para poder candidatar-se.

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes do Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins. Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações de acordo com a Política de Proteção de Dados do ISSM, IP-RAM, acessível no Portal da Segurança Social em www.seg-social.pt