

**APPACDM***Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Moura***FICHA DE CANDIDATURA**

Candidatura Nº _____

1. Dados de Identificação do(a) Candidato(a)

Nome Completo _____
Nome a ser tratado(a) _____ Idade _____ (à data da inscrição)
Data de Nascimento ____/____/____ Naturalidade _____
Residência _____
BI/CC _____ Validade ____/____/____ Local de emissão _____
NIF _____ NISS _____ NSNS _____
Médico assistente: _____ Contato: _____

2. Dados de Identificação do(s) Significativo(s)/Responsáveis Legais

Nome _____ Idade _____
Parentesco _____ Residência _____
Contato _____ Situação Profissional _____
Obs. _____

Nome _____ Idade _____
Parentesco _____ Residência _____
Contato _____ Situação Profissional _____
Obs. _____

3. Resposta Social pretendida

Lar Residencial ☐

Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) ☐

Residência de Autonomização e Inclusão (RAI) ☐

Resposta solicitada Temporário ☐ Permanente ☐

4. Diagnóstico

Patologia _____

Outros problemas de saúde associados _____

Necessidade de dieta alimentar Não ☐ Sim ☐

Toma medicação Não ☐ Sim ☐

Se sim qual?

Cuidados de Medicina Física e Reabilitação que já usufruiu: _____

5. Caraterização da(s) Incapacidade(s) (assinalar com uma X)

	Sim	Não	Especifique
É autónomo ao nível da:			
Alimentação	☐	☐	
Higiene Pessoal	☐	☐	
Alterações a nível mental	☐	☐	
Alterações a nível motor	☐	☐	
Utiliza ajudas técnicas e tecnologias de apoio	☐	☐	
Incapacidade é:			
Congénita	☐	☐	
Adquirida	☐	☐	

6. Outras informações relevantes

7. Assinaturas

Candidato(a) _____

Significativo/Responsável legal _____

O(A) Director(a) Técnico(a) _____ Data ____/____/____