CÂMARA MUNICIPAL DE COIMBRA

PROGRAMA MUNICIPAL VOZ AMIGA – SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA PARA IDOSOS

– GABINETE DE GERONTOLOGIA E ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL –

PARTE I – PEDIDO DE ADESÃO

DATA DE PEDIDO: / /

1.1. DADOS PESSOAIS DO(A) CANDIDATO(A)

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO: SEXO: M ☐ F ☐ ESTADO CIVIL:

MORADA COMPLETA:

CÓDIGO POSTAL: - LOCALIDADE:

FREGUESIA: CONCELHO: COIMBRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: BI ☐ CC ☐ OUTRO:

N.º: DE EMITIDO POR:

N.º CONTRIBUINTE: N.º UTENTE SNS:

OUTRO SNS:

CONTACTO(S) TELEFÓNICO(S):

VIVE SÓ? SIM ☐ NÃO ☐

USUFRUI DE RESPOSTA SOCIAL? SIM ☐ NÃO ☐

SE SIM, QUAL:

SE SIM, QUE ENTIDADE:

1.2. PESSOA(S) DE CONTACTO

1. NOME: RELAÇÃO COM O(A) CANDIDATO(A):

CONTACTO TELEFÓNICO: TEM CHAVE? SIM ☐ NÃO ☐

2. NOME: RELAÇÃO COM O(A) CANDIDATO(A):

CONTACTO TELEFÓNICO: TEM CHAVE? SIM ☐ NÃO ☐

3. NOME: RELAÇÃO COM O(A) CANDIDATO(A):

CONTACTO TELEFÓNICO: TEM CHAVE? SIM ☐ NÃO ☐

1.3. QUEM PROPÕE A ADESÃO AO PROJETO

PESSOA QUE SOLICITA A ADESÃO: CONTACTO TELEFÓNICO:

TIPO DE RELAÇÃO COM O(A) CANDIDATO(A):

1.4. MOTIVO DO PEDIDO

CÂMARA MUNICIPAL DE COIMBRA

PROGRAMA MUNICIPAL VOZ AMIGA – SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA PARA IDOSOS

– GABINETE DE GERONTOLOGIA E ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL –

PARTE II – PARECER TÉCNICO E APROVAÇÃO

2.1. PARECER TÉCNICO À CANDIDATURA (A PREENCHER NO ÂMBITO DA CSF)

ANÁLISE TÉCNICA:

CUMPRIMENTO DE CRITÉRIOS[1]: ☐ 1. RESIDIR NO CONCELHO DE COIMBRA

☐ 2. IDADE ≥ 65 ANOS

☐ 3. ESTAR SOCIALMENTE ISOLADO (INDIVIDUAL OU CASAL)

CASO O CANDIDATO NÃO CUMPRA COM OS CRITÉRIOS N.º 2 E/OU 3, DEVE A CSF EFETUAR UMA INFORMAÇÃO SOCIAL ONDE CONSTE A NECESSIDADE DE SER CONSIDERADO COMO SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO, PREENCHENDO O CAMPO INFRA:

2.2. APROVAÇÃO DA CANDIDATURA (A PREENCHER NO ÂMBITO DA CSF)

DATA DE APROVAÇÃO EM REUNIÃO DE CSF: / /

ASSINATURA DO PRESIDENTE DA CSF OU O REPRESENTANTE POR SI DESIGNADO:

PARTE III – INSTALAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

3.1. INSTALAÇÃO (A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA CMC)

DATA DE INSTALAÇÃO: / / UNIDADE BASE:

3.2. DESISTÊNCIA (A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA CMC)

DATA DE DESISTÊNCIA: / / MOTIVO DE DESISTÊNCIA:

DATA DE DEVOLUÇÃO DA UNIDADE BASE: / /