

SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA **PEDIDO DE ADESÃO**

(a preencher pelos Serviços da Câmara Municipal de Lisboa)

Processo Nº: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DA LINHA TELEFÓNICA (Rede fixa): PORTUGAL TELECOM – PT
OUTRA QUAL? _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME COMPLETO: _____

MORADA: _____

FREGUESIA: _____ C. POSTAL: - _____

B.I./C.C.: _____ DATA DE NASCIMENTO: --

SEXO: F M ESTADO CIVIL: CASADO(A) VIÚVO(A) SOLTEIRO(A) UNIÃO DE FACTO DIVORCIADO(A)

TELEFONE CASA: TELEMÓVEL:

TELEFONE (OUTRO): EMAIL: _____

3. MOTIVO DA ADESÃO

Solidão Segurança Saúde

4. CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DO REQUERENTE

4.1. SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR:

Vive sózinho(a) Vive com familiar Qual? _____

Tem Apoio: Familiar Vizinhos Institucional Qual? Serviço de Apoio Domiciliário Centro de Dia

Centro de Convívio Outro Qual? _____ Horário de frequência: das _____ às _____

Nome da Entidade/ Instituição _____

4.2. SITUAÇÃO CLÍNICA:

Sofre de alguma Patologia: Não Sim

Se Sim, indique: AVC Doenças cardiovasculares Doenças respiratórias

Doença de Diabetes Tipo _____

Aparelho locomotor Problemas de audição Problemas de visão

Outras Quais? _____

SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA **PEDIDO DE ADESÃO**

5. NÚMERO DE APOIO PERMANENTE AO REQUERENTE

Nº Verde: 800 204 204 - Sala de Operações Conjunta (SALOC) da Cidade de Lisboa

6. REDE DE APOIO AO REQUERENTE / REDE DE APOIO LOCAL (FAMILIAR, VIZINHOS, ENTRE OUTROS)

IDENTIFICAÇÃO	CONTACTO TELEFÓNICO	RELAÇÃO COM O UTENTE
Nome _____ Disponibilidade horário: _____		
Nome _____ Disponibilidade horário: _____		
Nome _____ Disponibilidade horário: _____		
Nome _____ Disponibilidade horário: _____		

REDE FORMAL / INSTITUCIONAL	CONTACTO TELEFÓNICO	OBSERVAÇÕES
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa		
Cruz Vermelha _____		
Centro de Saúde _____		
Médico Particular _____		
Hospital referência _____		
PSP / GNR (Locais) _____		
Bombeiros Locais _____		
Outros: _____		

Destes contactos quais têm as chaves do domicílio? _____

SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA **PEDIDO DE ADESÃO**

7. IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS RESIDENTES NO MESMO DOMICÍLIO:

	NOME	RELAÇÃO COM UTENTE: CÔNJUGE? FAMILIAR, QUAL? OUTRO?	CONTACTOS
1			
2			
3			
4			

Existem outras pessoas no mesmo domicílio que necessitem do Serviço de Teleassistência?

Não Sim Quem? _____

8. ACOMPANHAMENTO PELOS VOLUNTÁRIOS DO SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA

O Serviço de Teleassistência dispõe de um Grupo de Voluntários com objetivo de efetuar o acompanhamento dos beneficiários deste serviço, de modo a combater a solidão e o isolamento, pelo que após a instalação do equipamento telefónico os beneficiários poderão ser contactados semanalmente (por telefone) pelos referidos voluntários.

Pretende ser contactado por um voluntário? Sim Não

Se Sim, indique o período do dia em que deseja ser contactado(a):

Manhã Tarde

9. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO (a preencher pelos Técnicos da CML/DDS)

- Idade igual ou superior a 65 anos
- Portador(a) de deficiência ou doença crónica determinante de incapacidade, se a capacidade for igual ou superior a 60%, mesmo que com idade inferior a 65 anos
- Residir na cidade de Lisboa

10. DOCUMENTOS ENTREGUES

Fotocópia do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão (a não junção de fotocópia do mesmo não inviabiliza o pedido nem a prestação do serviço de teleassistência, devendo no entanto a conferência de identidade ocorrer por apresentação presencial do original em momento a agendar com o serviço)

Comprovativo de deficiência ou doença crónica determinante de incapacidade

Comprovativo de residência Qual? _____

É obrigatória a entrega dos comprovativos de deficiência ou doença crónica determinante de incapacidade, bem como de residência, sob pena de indeferimento do pedido (Ponto 5.2 dos Critérios e Procedimentos de Adesão ao Serviço de Teleassistência)

SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA **PEDIDO DE ADESÃO**

11. Assinatura

____/____/____
(Data)

(Assinatura do requerente)

Anexo(s):

Informação sobre proteção de dados pessoais