

## Operação Gondomar Cuida – Rede de Apoio ao Descanso do Cuidador

### Formulário de Candidatura

#### Informações sobre o/a Cuidador:

<b>Nome:</b>			
<b>Nº de Utente:</b> _____	<b>B.I/C.C/A.R:</b> _____	<b>Data de Validade:</b> ____/____/_____	
<b>NIF:</b> _____			
<b>Data de Nascimento:</b> ____/____/_____		<b>Sexo:</b> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
<b>Morada:</b> _____			
<b>Código postal:</b> _____ <b>Localidade:</b> _____			
<b>Contacto Telefónico:</b> _____			
<b>Email:</b> _____			
<b>Estado civil:</b> casado _____ União de facto _____ Divorciado _____ Solteiro _____ Viúvo _____			
<b>Parentesco com a Pessoa Cuidada:</b>			
Progenitor ( ) Cônjuge/Companheiro Filho ( ) Neto ( ) Irmão/ Irmã ( ) Genro /Nora ( ) Outro Sem grau de parentesco ( )			
<b>Duração da prestação de cuidados</b> _____ (Anos)			
<b>Tempo diário dedicado ao cuidado</b> _____ (Horas)			

#### Informações Sobre a Pessoa Cuidada:

<b>Nome:</b> _____			
<b>Nº de Utente:</b> _____	<b>B.I/C.C/A.R:</b> _____	<b>Data de Validade:</b> ____/____/_____	
<b>Data de Nascimento:</b> ____/____/_____		<b>Sexo:</b> feminino <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/>	
<b>Situação face ao emprego:</b>			
Empregado (part-time) _____ Empregado (tempo inteiro) _____ Reformado _____ Desempregado _____ Outra situação:			
<b>Estado civil:</b> casado _____ União de facto _____ Divorciado _____ Solteiro _____ Viúvo _____			

#### Causa de dependência (assinalar com x):

Decorrente do processo de envelhecimento		Limitação física (músculo-esquelética, plegia...)	
Pós-AVC		Limitação cognitiva/intelectual	
Demência (caso saiba, referir qual):		Doença psiquiátrica/mental (caso saiba, referir qual):	
Outra situação (referir qual):			

#### Estado Funcional:

<b>Mobilidade:</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda técnica	<input type="checkbox"/> Acamado
<b>Higiene:</b>	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Dependente
<b>Vestir/Despir:</b>	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Dependente
<b>Alimentação:</b>	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Dependente Sonda nasogástrica _____ via oral _____
<b>Controlo urinário:</b>	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> Algália



<b>Controlo intestinal:</b>	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> Colostomia
<b>Gestão de dinheiro:</b>	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> dependente
<b>Administração de medicamento:</b>	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Com supervisão	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> dependente
<b>Utilização de transporte público:</b>	<input type="checkbox"/> Independente		<input type="checkbox"/> dependente acompanhado	

**Estado Mental:**

<b>Orientação Pessoal:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Orientação Espacial:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Orientação Temporal:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Comunicação oral:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Com dificuldade	<input type="checkbox"/> Não
<b>Tem dificuldades em compreender os outros ou fazer-se entender?</b>	<input type="checkbox"/> Não tem dificuldade ou tem pouca	<input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade	<input type="checkbox"/> Não consegue compreender ou fazer-se entender
<b>Tem dificuldades de memória ou de concentração?</b>	<input type="checkbox"/> Não tem dificuldade ou tem pouca	<input type="checkbox"/> Tem muita dificuldade	<input type="checkbox"/> Não consegue memorizar ou concentrar-se

**Candidatura efetuada por:** Próprio ( ) Sinalização ( )

**Proteção de dados:**

No âmbito do tratamento dos seus dados pessoais o Município de Gondomar, em consonância com a entidade prestadora de serviços, salvaguarda que:

- a) Utiliza um conjunto de tecnologias, ferramentas e procedimentos de segurança, desenvolvendo os melhores esforços para proteger os dados pessoais do acesso, uso ou divulgação não autorizados;
- b) Assegura a confidencialidade dos dados pessoais dos candidatos e beneficiários recolhidos, sem prejuízo dos demais deveres que resultem da Lei ou de outros atos normativos, em matéria de proteção de dados pessoais;
- c) Os dados pessoais recolhidos serão de acesso limitado ao Município de Gondomar e da entidade prestadora de serviços, no exercício das suas funções e com a estreita finalidade de prossecução dos objetivos para os quais os dados pessoais foram recolhidos, ou para finalidades compatíveis com o propósito inicial.



**Aceito que o sistema envie emails de resposta à presente submissão:** Sim (  ) Não (  )

**Autorizo a Câmara Municipal de Gondomar a utilizar os dados recolhidos para o desenvolvimento de estudos estatísticos:** Sim (  ) Não (  )

**Compromisso de honra:**

O proponente, sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente formulário correspondem à verdade.

Gondomar, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**Cuidador**  
**Assinatura**