澳門特別行政區政府
社會工作局
GOVERNO DA RAEM
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL

Entidade de encaminhamento: _____ Processo n.º : _____
Reservado à Divisão dos Idosos do IAS Processo n.º : DI- _____

Formulário para o Pedido de

Serviço de Encaminhamento para os cuidados a longo prazo

☐ Lar de Idosos Subsidiado ☐ Centro de cuidados especiais diurnos

Nome do requerente: (em chinês)_____ (em língua estrangeira)_____

Data de nascimento:_____(dia)_____(mês)_____(ano) Idade: _____ Sexo:☐ M ☐ F

N.º do BIRM:_____ Nacionalidade:_____

Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Outros:_____

Língua veicular: ☐ Cantonense ☐ Mandarim ☐ Português ☐ Inglês ☐ Outras:_____

Nível de ensino: ☐ Nunca frequentou a escola ☐ Ensino primário ☐ Ensino secundário elementar
☐ Ensino secundário complementar ☐ Bacharelato ou superior ☐ Ensino especial
☐ Outros:_____

Morada:_____ Telefone de contacto:_____

Situação em que vive: ☐ Sozinho/isolado ☐ Com o cônjuge ☐ Com o cônjuge e os filhos
☐ Com os filhos ☐ Com outras pessoas:_____

Fonte de rendimento mensal:

☐ Poupança individual/investimento MOP$_____ ☐ Pensão de aposentação MOP$_____
☐ Sustentado pela família MOP$_____ ☐ Apoio financeiro da família ou dos amigos MOP$_____
☐ Contribuições de segurança social MOP$_____ ☐ Subsídio do IAS MOP$_____
☐ Subsídio para Idosos MOP$_____ ☐Outros:_____ MOP$_____
Valor total: MOP$_____

Situação da saúde: é diagnosticado como portador de (necessita de fiscalização médica, incluindo acompanhamento à consulta ou toma de medicamentos)

☐ Trombose ☐ Demência ☐ Doença de Parkinson ☐ Hipertensão arterial ☐ Diabetes
☐ Doença cardíaca ☐ Problemas oftalmológicos (cataratas, glaucoma) ☐ Osteoporose ☐ Doença crónica da traqueia
☐ Artrite ☐ Insuficiência renal ☐ Tuberculose pulmonar ☐ Doença mental ☐ Tumor
☐ Outros:_____
Obs.:_____

Capacidade motora:

☐ Deslocação independente, isto é, sem a ajuda de equipamentos de apoio
☐ Necessita de equipamentos de apoio para a sua deslocação independente
☐ Com dificuldades na deslocação, necessitando de equipamentos de apoio
(tipo de equipamento auxiliar utilizado:☐ bengala/muleta ☐ bengala-tripé ☐ andador ☐ cadeira de rodas)
☐ Acamado

Problemas comportamentais:

☐ Sim (☐ Vaguiar/passear arbitrariamente ☐ Praticar actos violentos ☐ Emocionais
☐ Andar aos gritos e berros ☐Outros:_____)
☐ Não

Informações dos membros da família que moram juntos com o utente:

Nome	Idade	Sexo	Relação com o utente	Estado civil	Profissão	Vencimento mensal	Observações

Nome da pessoa de contacto:_____ Relação com o requerente:_____

Morada: _____ Telefone de contacto: _____

Motivo(s) para o pedido:

_____

_____

_____

_____

Observações:

_____

_____

_____

Assinatura do requerente ou da pessoa de contacto: _____

Data do pedido:_____(dia)_____(mês)_____(ano)

Documentos a apresentar:

☐ 1 Fotocópia do Bilhete de Identidade de Residente de Macau

☐ 1 Documento comprovativo passado pelo médico

☐ Outros:_____

Denominação da instituição que faz o encaminhamento:_____

Nome da pessoa que faz o encaminhamento (em letra legível):_____ Cargo:_____

Assinatura da pessoa que faz o encaminhamento:_____

Data do preenchimento: _____(dia)_____(mês)_____(ano)

Nome do responsável da entidade (em letra legível):_____ Cargo:_____

Assinatura do responsável da entidade:_____

Data do encaminhamento: _____(dia)_____(mês)_____(ano)

Nota: Antes de entregar o presente formulário, a unidade que procede o encaminhamento deve nos termos da Lei n.º 8/2005 - "Lei da Protecção dos Dados Pessoais", comunicar ao interessado o que diz respeito à transferência dos seus dados.