

# VoiceMail4All

## Registration Form

A informação que você fornecer neste formulário servirá apenas para propósitos estatísticos e de registo. A equipa do Projecto Parceiro só poderá ter acesso aos seus dados pessoais unicamente para fins de registo ou de renovação dos números de VoiceMail4All.

\*Projecto Parceiro

### Dados do Cliente (\* indica um campo obrigatório)

\*Título  Sr  Sra  Menina  Dr

\*Primeiro nome

\*Último nome

Outros nomes

Email

Concordo em receber emails do Coordenador do VoiceMail4All sobre o meu correio de voz (voicemail)

\*Data de nascimento  Dia  Mês  Ano

Número do National Insurance

\*Sexo  Masculino  Feminino

- |              |   |   |   |
|--------------|---|---|---|
| <b>Etnia</b> | <input type="checkbox"/> Britânico Branco                       | <input type="checkbox"/> Irlandês Branco                            | <input type="checkbox"/> Branco Outro                   |
|              | <input type="checkbox"/> Misto Branco e Africano Negro          |   | <input type="checkbox"/> Misto Branco e Caribenho Negro |
|              | <input type="checkbox"/> Misto Branco e Asiático                | <input type="checkbox"/> Misto Branco e Outro                       | <input type="checkbox"/> Chinês                         |
|              | <input type="checkbox"/> Asiático ou Britânico Asiático Indiano | <input type="checkbox"/> Asiático ou Britânico Asiático Paquistanês |   |
|              | <input type="checkbox"/> Asiático ou Britânico Asiático Outro   | <input type="checkbox"/> Asiático ou Britânico Asiático Bangladeshi |   |
|              | <input type="checkbox"/> Negro ou Britânico Negro Caribenho     | <input type="checkbox"/> Negro ou Britânico Negro Africano          |   |
|              | <input type="checkbox"/> Negro ou Britânico Negro Outro         | <input type="checkbox"/> Outro (especifique) .....                  |   |

Autoridade local com que tem ligação

(Caso você não tenha morada fixa de momento, por favor especifique a autoridade local em que você geralmente se encontra ou à qual tenha uma ligação mais forte)

\*Código Local telefónico de preferência  0208  0113

País de Origem

Lingua de preferência

**Voce considera ser portador de deficiência? Caso afirmativo, em que área?**

(Marque quantas achar necessário)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Visão           | <input type="checkbox"/> Audição           | <input type="checkbox"/> Fala                        |
| <input type="checkbox"/> Mobilidade      | <input type="checkbox"/> Saúde Mental      | <input type="checkbox"/> Dificuldade de aprendizagem |
| <input type="checkbox"/> Destreza Manual | <input type="checkbox"/> Nenhuma das acima |  |

\*Onde ouviu falar do VoiceMail4All?

(Marque quantas achar necessário)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Projecto Parceiro | <input type="checkbox"/> Outro assistente comunitário |
| <input type="checkbox"/> Internet          | <input type="checkbox"/> Material Promocional         |
| <input type="checkbox"/> Pessoa conhecida  | <input type="checkbox"/> Outro (Especifique).....     |

Marque aqui caso você NÃO queira que o seu Projecto Parceiro o contacte através do seu número de VoiceMail4All.

## Objectivos do cliente

Estas perguntas irão ajudá-lo(a) a pensar sobre como tirar o máximo proveito do seu número de correio de voz. Por favor, pense cuidadosamente antes de responder a cada questão. Todas as perguntas são de resposta obrigatória.

**Em que tipo de acomodação você mora actualmente ou usa mais frequentemente?**

(Por favor seleccione somente uma)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> A dormir na rua                              | <input type="checkbox"/> A dormir num carro                          | <input type="checkbox"/> Numa casa ocupada                                    |
| <input type="checkbox"/> Abrigo nocturno                              | <input type="checkbox"/> Albergue de Avaliação                       | <input type="checkbox"/> Abrigo de emergência – tempo frio                    |
| <input type="checkbox"/> Albergue de curta estadia – menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> Albergue de longa estadia – mais de 6 meses | <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Casa dos pais        |
| <input type="checkbox"/> Moradia Semi-Independente                    | <input type="checkbox"/> Prisão                                      | <input type="checkbox"/> Unidade de Reabilitação - toxicoddependência         |
| <input type="checkbox"/> Habitação social/Associação Habitacional     | <input type="checkbox"/> Colocado em “Quarto e Pequeno almoço”       | <input type="checkbox"/> Alugado <input type="checkbox"/> Habitação Protegida |
| <input type="checkbox"/> Habitação registada de Cuidados              | <input type="checkbox"/> Outro (especifique)_____                    |   |

**Qual o seu PRINCIPAL objectivo em usar um serviço grátis de correio de voz?**

(Por favor seleccione apenas um)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Encontrar um lugar para morar           | <input type="checkbox"/> Arranjar um emprego                        |
| <input type="checkbox"/> Montar o meu próprio negócio            | <input type="checkbox"/> Manter contacto com serviços de apoio      |
| <input type="checkbox"/> Manter contacto com amigos e familiares | <input type="checkbox"/> Manter contacto com Profissionais de Saúde |

**Com que frequência você acha que irá chamar o seu correio de voz para receber as suas mensagens?**

(Por favor marque apenas uma)

- Duas vezes ao dia  Diariamente  Alguns dias por semana

**Você pode usar o seu número de correio de voz por um período até três meses. No final dos três meses terá que renovar o seu contrato caso deseje manter o número. Por favor seleccione por quanto tempo você gostaria de ter o seu número.**

- Um mês  Dois meses  Três meses

Por favor pense por momentos a que pessoas dar o seu novo número de correio de voz. Quanto mais pessoas tiverem o seu número, maior o número de chamadas que voce vai receber! (Esta informação não ficará registada na nossa base de dados)

Acomodação	Emprego / Educação	Governo / Cuidados de saúde	Pessoal
Equipa de rua	Possível Empregador	Agência de Subsídios	Amigo/amiga
Centro de Dia	Agência de emprego		Família
Equipa de realojamento	Currículo	Serviços Legais	Outro
Associação Habitacional	Candidaturas a emprego	Médico / Dentista	
Proprietário do Imóvel arrendado	Centro de Formação / de Educação	Equipa de Uso de Substâncias / Equipa de Saúde Mental	
Equipa de apoio em casa	Materiais de Marketing de negócios	Centro de Reabilitação de toxicoddependência	

Eu abaixo-assinado confirmo que as informações acima dadas são verdadeiras e dou permissão a St Mungo's para armazenar estas informações em base de dados para fins de monitorização e estatística. Eu entendo que somente funcionários do Projecto Parceiro que tenham um nome de utilizador e senha terão acesso a esta informação e SOMENTE a podem usar para o propósito de registar e renovar números de correio de voz.

**Eu li e aceito os Termos e Condições**

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_