

Seção 1. Membro da família solicitando os serviços					
Sobrenome:	Nome:	Inicial do segundo nome:	Apelido (nome pessoal preferido):	Data de nascimento e idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> _____
Endereço postal:		Apto.	Telefone residencial:	Telefone celular:	
Cidade:		Estado:	Código postal:	Endereço de e-mail:	
Tipo de membro da família: (Por favor, marque todas as opções que se aplicam)			Estado civil: (Por favor, marque todas as opções que se aplicam)		
<input type="checkbox"/> Pai ou mãe biológico <input type="checkbox"/> Pai ou mãe adotivo(a) <input type="checkbox"/> Pai ou mãe de criação			<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)		
<input type="checkbox"/> Parente cuidador <input type="checkbox"/> Avó ou avô <input type="checkbox"/> Jovem <input type="checkbox"/> Coparentalidade			<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> N/A		
<input type="checkbox"/> Padrasto ou madrastra <input type="checkbox"/> Pai ou mãe adolescente (atualmente com menos de 19 anos de idade) <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Renda (opcional): Qual é sua renda familiar total?					
<input type="checkbox"/> Menos de US\$ 10.000 <input type="checkbox"/> US\$ 30.000 a US\$ 39.999 <input type="checkbox"/> US\$ 60.000 a US\$ 69.999 <input type="checkbox"/> US\$ 90.000 a US\$ 99.999					
<input type="checkbox"/> US\$ 10.000 a US\$ 19.999 <input type="checkbox"/> US\$ 40.000 a US\$ 49.999 <input type="checkbox"/> US\$ 70.000 a US\$ 79.999 <input type="checkbox"/> US\$ 100.000 a US\$ 149.999					
<input type="checkbox"/> US\$ 20.000 a US\$ 29.999 <input type="checkbox"/> US\$ 50.000 a US\$ 59.999 <input type="checkbox"/> US\$ 80.000 a US\$ 89.999 <input type="checkbox"/> US\$ 150.000 ou mais					
Seguro de saúde: Você tem seguro de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Etnia: O membro da família é de origem hispânica, latina ou espanhola? <input type="checkbox"/> Não, não é de origem hispânica, latina ou espanhola <input type="checkbox"/> Sim, mexicana, mexicana-americana, chicana <input type="checkbox"/> Sim, porto-riquenha <input type="checkbox"/> Sim, cubana <input type="checkbox"/> Sim, outra origem hispânica, latina ou espanhola - Especificar a origem, por exemplo, argentina, colombiana, dominicana, nicaraguense, salvadorenha, espanhola, e assim por diante. _____			Raça: Qual é a raça do membro da família? (Por favor, marque todas as opções que se aplicam) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana e de país africano <input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca - Escrever o nome da tribo principal ou de afiliação. _____ <input type="checkbox"/> Ásio-Índio <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Nativo havaiana <input type="checkbox"/> Chinesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Guamesa ou Chamorro <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Outra raça da ilha do Pacífico - Especificar a raça, por exemplo, fijiano, tonganesa, e assim por diante. _____ <input type="checkbox"/> Outra raça asiática - Especificar a raça, por exemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistanesa, cambojana, e assim por diante. _____ <input type="checkbox"/> Outra raça - Especificar a raça _____		
Idioma principal: (Por favor, identifique um na lista abaixo)					
<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Português do Brasil <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Dialeto africanos <input type="checkbox"/> Dialeto birmaneses <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Língua de sinais americana <input type="checkbox"/> Cantonês <input type="checkbox"/> Cambojano (Khmer) <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Amárico <input type="checkbox"/> Crioulo de Cabo Verde <input type="checkbox"/> Chinês (Mandarim) <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Moldavo <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Armênio <input type="checkbox"/> Crioulo haitiano <input type="checkbox"/> Português					

Serviço militar

☐ S☐ N☐ Ativo☐ Guarda nacional☐ Reservista☐ Veterano

Última missão: _____

Data

Informações dos membros da família:						
Nome	Sobrenome	Escola atual	Data de nascimento e idade	Sexo	Parentesco com o membro da família solicitando os serviços	Precisa de serviços
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Tipo de domicílio: ☐ Solteiro(a) ☐ Pai e mãe ☐ Vários pais/mães ☐ Várias gerações

Tamanho do domicílio: Número total de crianças / jovens que vivem no domicílio: _____ Número total de moradores do domicílio: _____

Seção 2. Serviços solicitados

O que trouxe você aqui hoje?

Motivo da visita: *(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)*

☐ Criança com dificuldade para obedecer as regras

☐ Criança faltando da escola

Quantos dias nos últimos 3 meses? _____

Você sabe por quê? _____

☐ A criança já fugiu de casa ☐ S ☐ N

Quando foi a última vez? _____

Por quanto tempo? _____

☐ Enviado(a) pelo tribunal

☐ Enviado(a) pela escola

☐ Enviado(a) por outra agência: _____

(nome da agência)

☐ Procuo informações sobre parentalidade/educação sobre parentalidade

☐ Problema escolar / Informações escolares

☐ Informações sobre creche

☐ Informações sobre atividades extracurriculares

☐ Preocupações com o uso de substâncias

☐ Preocupações de saúde / saúde mental

☐ Dificuldades familiares / Problemas financeiros

☐ Moradia / Aluguel

☐ Transporte

☐ Problemas de trabalho

☐ Educação Contínua para cuidador

☐ Questões de imigração/legais

☐ Outro: _____

Seção 3. Recomendação		<i>Como você ficou sabendo sobre nós?</i>	
Recomendação: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Amigo / Familiar <input type="checkbox"/> Tribunal / Oficial de liberdade condicional <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> EI (Intervenção Precoce) <input type="checkbox"/> Pré-escola / Head Start <input type="checkbox"/> WIC (Mulheres, Lactentes e Crianças) <input type="checkbox"/> Pediatra / Médico de família <input type="checkbox"/> Outro prestador de cuidados de saúde <input type="checkbox"/> Conselheiro/Clinica de saúde mental </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> CSA (Agência de Serviço Comunitário) <input type="checkbox"/> Outros serviços/apoio da CBHI (Iniciativa de Saúde Comportamental Infantil) <input type="checkbox"/> Igreja / Organização baseada na fé / Pastor <input type="checkbox"/> Mass211 <input type="checkbox"/> Uma família que usou os serviços do FRC: _____ <input type="checkbox"/> DCF (Departamento de Crianças e Famílias) <input type="checkbox"/> DMH (Departamento de Saúde Mental) </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> DTA (Departamento de Assistência Transitória) <input type="checkbox"/> DYS (Departamento de Serviços para a Juventude) <input type="checkbox"/> Outra agência do estado: _____ <input type="checkbox"/> Outra agência local: _____ <input type="checkbox"/> Redes social: _____ <input type="checkbox"/> Imprensa: _____ <input type="checkbox"/> Eu mesmo(a) <input type="checkbox"/> Outra: _____ </div> </div>			
Seção 4. Disposição		<i>Para uso exclusivo do escritório</i>	
Formulário de consentimento ASO assinado: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> Consentimento Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado	
Liberação para:			
Liberação de Informação assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____		<input type="checkbox"/> Consentimento Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado	
Liberação de Informação assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____		<input type="checkbox"/> Consentimento Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado	
Liberação de Informação assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____		<input type="checkbox"/> Consentimento Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado	
Liberação de Informação assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____		<input type="checkbox"/> Consentimento Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado	
Liberação de Informação assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____		<input type="checkbox"/> Consentimento Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado	
<input type="checkbox"/> Informação e encaminhamento <input type="checkbox"/> Serviços do Centro de Recursos Familiares <input type="checkbox"/> Encaminhamento externo		<input type="checkbox"/> Avaliação dos Pontos Fortes e Necessidades da Família (CANS Família) <input type="checkbox"/> Plano de Apoio à Família	
Data inicial:	ID da família:	ID do membro da família:	
Preenchido por: _____		Tipo de admissão: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Escritório <input type="checkbox"/> Pessoalmente	
Informação atualizada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Atualizada por: _____ Data: _____ Atualizada por: _____ Data: _____		Contato principal: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Observações:			

FORMULÁRIO B

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DO MEMBRO ADICIONAL DA FAMÍLIA

(Preencher um novo formulário para cada membro adicional da família que requer apoio ou serviços)

Seção 1. Informações do membro da família adicional:					
Sobrenome:	Nome:	Inicial do segundo nome:	Apelido: (Nome pessoal preferido)	Data de nascimento e idade:	Sexo:
					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> _____
Endereço postal:		Apto.	Telefone residencial:		Telefone celular:
Cidade:		Estado:	Código postal:	Endereço de e-mail:	
Tipo de membro da família: (Por favor, marque todas as opções que se aplicam) <input type="checkbox"/> Pai ou mãe biológico <input type="checkbox"/> Pai ou mãe adotivo(a) <input type="checkbox"/> Pai ou mãe de criação <input type="checkbox"/> Parente cuidador <input type="checkbox"/> Avó ou avô <input type="checkbox"/> Jovem <input type="checkbox"/> Coparentalidade <input type="checkbox"/> Padrasto ou madrasta <input type="checkbox"/> Pai ou mãe adolescente (atualmente com menos de 19 anos de idade) <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Outro: _____				Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> N/A	
Renda (opcional): Qual é sua renda familiar total? <input type="checkbox"/> Menos de US\$ 10.000 <input type="checkbox"/> US\$ 30.000 a US\$ 39.999 <input type="checkbox"/> US\$ 60.000 a US\$ 69.999 <input type="checkbox"/> US\$ 90.000 a US\$ 99.999 <input type="checkbox"/> US\$ 10.000 a US\$ 19.999 <input type="checkbox"/> US\$ 40.000 a US\$ 49.999 <input type="checkbox"/> US\$ 70.000 a US\$ 79.999 <input type="checkbox"/> US\$ 100.000 a US\$ 149.999 <input type="checkbox"/> US\$ 20.000 a US\$ 29.999 <input type="checkbox"/> US\$ 50.000 a US\$ 59.999 <input type="checkbox"/> US\$ 80.000 a US\$ 89.999 <input type="checkbox"/> US\$ 150.000 ou mais					
Seguro de saúde: Você tem seguro de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Etnia: O membro da família é de origem hispânica, latina ou espanhola? <input type="checkbox"/> Não, não é de origem hispânica, latina ou espanhola <input type="checkbox"/> Sim, mexicana, mexicana-americana, chicana <input type="checkbox"/> Sim, porto-riquenha <input type="checkbox"/> Sim, cubana <input type="checkbox"/> Sim, outra origem hispânica, latina ou espanhola - Especificar a origem, por exemplo, argentina, colombiana, dominicana, nicaraguense, salvadorenha, espanhola, e assim por diante. _____			Raça: Qual é a raça do membro da família? (Por favor, marque todas as opções que se aplicam) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana e de país africano <input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca - Escrever o nome da tribo principal ou de afiliação. _____ <input type="checkbox"/> Ásio-Índio <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Nativo havaiana <input type="checkbox"/> Chinesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Guamesa ou Chamorro <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Outra raça da ilha do Pacífico - Especificar a raça, por exemplo, fijiana, tonganesa, e assim por diante. _____ <input type="checkbox"/> Outra raça asiática - Especificar a raça, por exemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistanesa, cambojana, e assim por diante. _____ <input type="checkbox"/> Outra raça - Especificar a raça _____		

Idioma principal: <i>(Por favor, identifique um na lista abaixo)</i>		
<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Dialetos africanos <input type="checkbox"/> Língua de sinais americana <input type="checkbox"/> Amárico <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Armênio	<input type="checkbox"/> Português do Brasil <input type="checkbox"/> Dialetos birmaneses <input type="checkbox"/> Cantonês <input type="checkbox"/> Crioulo de Cabo Verde <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Crioulo haitiano	<input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Cambojano (Khmer) <input type="checkbox"/> Chinês (Mandarim) <input type="checkbox"/> Moldavo <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outro: _____
Serviço militar <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Guarda nacional <input type="checkbox"/> Reservista <input type="checkbox"/> Veterano Última missão: _____ <div style="text-align: center;">Data</div>		
Seção 2. Disposição <i>Para uso exclusivo do escritório</i>		
Formulário de Consentimento ASO assinado: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado		
Liberação para:		
Liberação de Informação assinada:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____	<input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado
Liberação de Informação assinada:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____	<input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado
Liberação de Informação assinada:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____	<input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado
Liberação de Informação assinada:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____	<input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado
Liberação de Informação assinada:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____	<input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado
<input type="checkbox"/> Informação e encaminhamento <input type="checkbox"/> Avaliação dos Pontos Fortes e Necessidades da Família (CANS Família) <input type="checkbox"/> Serviços do Centro de Recursos <input type="checkbox"/> Plano de Apoio à Família Familiares <input type="checkbox"/> Encaminhamento externo		
Data inicial: Preenchido por: _____	ID da família:	ID do membro da família: Tipo de admissão: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Escritório <input type="checkbox"/> Pessoalmente
Informação atualizada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Atualizada por: _____ Data: _____ Atualizada por: _____ Data: _____		Contato principal: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Observações:		

FORMULÁRIO C¹

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE TRIAGEM DE ADULTOS

(Use este formulário para obter informações adicionais baseadas no Formulário de Admissão Familiar e Formulários de Informações Familiares Adicionais para cada membro da família que precise de serviços e / ou apoio)

Sobrenome:	Nome:	Inicial do segundo nome:	Apelido (nome pessoal preferido):	Data de nascimento e idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> _____
Seção 1. Educação / Emprego					
Mais alto nível de ensino concluído: <div> <input type="checkbox"/> Ensino fundamental - 1º ciclo <input type="checkbox"/> Graduação tecnológica <input type="checkbox"/> Educação continuada desejada <input type="checkbox"/> Ensino fundamental - 2º ciclo <input type="checkbox"/> Bacharelado <input type="checkbox"/> HiSET/GED <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> Pós-Graduação <input type="checkbox"/> Outro _____ </div>					
Situação de trabalho: (Marque todas as opções que se aplicam) <div> <input type="checkbox"/> Dona de casa <input type="checkbox"/> Empregado meio período <input type="checkbox"/> Fora do mercado de trabalho <input type="checkbox"/> Empregado de período integral <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Outra: _____ </div>					
Fonte de renda: <div> <input type="checkbox"/> Salário/Vencimento <input type="checkbox"/> Seguro Social/Aposentadoria <input type="checkbox"/> Sem rendimento <input type="checkbox"/> Seguro desemprego <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia/Pensão <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Seguro de invalidez alimentícia dos filhos <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Seguro de acidentes de trabalho <input type="checkbox"/> TAFDC (Assistência Transitória para Famílias com Crianças Dependentes) <input type="checkbox"/> SSI/SSDI (Renda Suplementar de Segurança / Seguro de Invalidez do Seguro Social) <input type="checkbox"/> EAEDC (Auxílio de Emergência para Idosos, Portadores de Deficiências e Crianças) </div>					
Seção 2. Saúde física e mental					
Você é portador de alguma deficiência? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Como é a sua saúde física e mental em geral? (Faça um círculo em uma opção) Ruim Razoável Boa Excelente			
(Por favor, marque todas as opções que se aplicam) <input type="checkbox"/> Médica/Saúde física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Desenvolvimento <input type="checkbox"/> Saúde mental/emocional/comportamental		Você é portador de qualquer condição que requeira cuidado ou acompanhamento regular? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual é a condição (especificar se mais de uma)? _____ _____ _____			
Você consultou um médico ou enfermeira clínica nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Você consultou um dentista nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Seção 3. Segurança					
Perguntas de segurança	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Você se sente seguro em sua casa.					
Você se sente seguro no local de trabalho ou na escola.					
Você se sente seguro nas ruas de seu bairro.					

- 1) Você já testemunhou algum ato de violência? ☐ S ☐ N
- 2) Você está envolvido em algum processo em tribunal? ☐ S ☐ N
Qual tribunal? _____
Que motivos? _____
- 3) Você gostaria de ser encaminhado para receber assistência relacionada à violência doméstica? ☐ S ☐ N

Seção 4. Necessidades básicas

Sua família:

- ☐ Vive em seu próprio apartamento ou casa (próprio ou alugado) ☐ É sem-teto, mas está abrigada ☐ É sem-teto

Você precisa de ajuda com:

- Alimentos ☐ S ☐ N
Roupas ☐ S ☐ N

Seção 5. Envolvimento com agência *(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)*

Você está envolvido com alguma das seguintes agências? *(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> MassHealth | <input type="checkbox"/> Outra: _____ | <input type="checkbox"/> Recursos da cidade / município: _____ |
| <input type="checkbox"/> DTA (Departamento de Assistência Transitória) | <input type="checkbox"/> Agência comunitária: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> DCF (Departamento de Crianças e Famílias) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> DYS (Departamento de Serviços para a Juventude) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> DMH (Departamento de Saúde Mental) | | |
| <input type="checkbox"/> DDS (Departamento de Serviços de Desenvolvimento) | | |

Seção 6. Envolvimento cívico

Você está envolvido com alguma das seguintes atividades? *(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Esportes | <input type="checkbox"/> Projetos de serviço comunitário | <input type="checkbox"/> Organizações da sociedade civil comunitária |
| <input type="checkbox"/> Belas-artes (p. ex., pintura, desenho) | <input type="checkbox"/> Voluntariado | <input type="checkbox"/> Organizações baseadas na fé |
| <input type="checkbox"/> Artes performativas (p. ex., música, dança, teatro) | <input type="checkbox"/> Escotismo | |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | |

Seção 7. Disposição

Para uso exclusivo do escritório

ID da família: _____	ID do membro da família: _____	Tipo de membro da família: <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Pai / Mãe / Cuidador
Data inicial: _____		Contato principal: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Preenchido por: _____		
Atualizado por: _____		Data: _____
Atualizado por: _____		Data: _____

Observações:

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE TRIAGEM INFANTIL

(Use este formulário para obter informações adicionais baseadas no Formulário de Admissão Familiar e Formulários de Informações Familiares Adicionais para cada membro da família que precise de serviços e/ou apoio)

Sobrenome:	Nome:	Inicial do segundo nome:	Apelido (nome pessoal preferido):	Data de nascimento e idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> _____
-------------------	--------------	---------------------------------	--	------------------------------------	---

Seção 1. Educação / Emprego

Escolaridade: <input type="checkbox"/> Criança atualmente matriculada na escola <input type="checkbox"/> Abandonou a escola <input type="checkbox"/> Programa alternativo <input type="checkbox"/> Suspensa/Quanto dias neste ano letivo? _____ <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Recebeu um diploma HiSET/GED <input type="checkbox"/> Certificado de conclusão SPED <input type="checkbox"/> Pré-escola ou jardim de infância concluído <input type="checkbox"/> Outra: _____	Nome da escola atual/Última escola onde estudou: _____ Programa de ampliação da jornada escolar: (Se matriculado) _____ Se encaminhado pela escola, nome do funcionário: _____
---	---

- Qual é o grau escolar mais elevado que essa criança/jovem concluiu? _____
- Como está o desempenho dessa criança/jovem na escola? _____

- Essa criança/jovem está em um Plano de Educação Individualizado ou em um Plano de Educação Especial? ☐ S ☐ N
- Essa criança/jovem está em um Plano 504? ☐ S ☐ N
- Essa criança/jovem perdeu mais de 8 dias de aula nas últimas 10 semanas letivas? ☐ S ☐ N
 Caso afirmativo, cerca de quantos dias? _____
- Essa criança/jovem tem emprego? ☐ S ☐ N

Seção 2. Saúde física e mental

Essa criança/jovem é portador de alguma deficiência? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N (Por favor, marque todas as opções que se aplicam) <input type="checkbox"/> Médica/Saúde física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Desenvolvimento <input type="checkbox"/> Saúde mental/emocional/comportamental <input type="checkbox"/> Transtorno do espectro autista	Como é a saúde mental e física geral dessa criança/jovem? (Faça um círculo em uma opção) <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Ruim Razoável Boa Excelente </div> Essa criança/jovem é portador de qualquer condição que requeira cuidado ou acompanhamento regular? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual é a condição (especificar se mais de uma)? _____ _____ _____
---	---

Essa criança/jovem consultou um médico ou enfermeira clínica nos últimos 12 meses? ☐ S ☐ N

Essa criança/jovem consultou um dentista nos últimos 12 meses? ☐ S ☐ N

Você tem alguma preocupação com essa criança/jovem relacionada ao consumo de álcool e ao uso de drogas? ☐ S ☐ N

Essa criança/jovem já usou equipes de crises móveis? ☐ S ☐ N

Essa criança/jovem já foi internada por motivos de saúde mental? ☐ S ☐ N

Seção 3. Segurança

Perguntas de segurança	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Essa criança/jovem sente-se segura em casa.					
Essa criança/jovem sente-se segura na escola.					
Essa criança/jovem sente-se segura nas ruas de seu bairro.					

1) Essa criança/jovem testemunhou algum tipo de violência? ☐ S ☐ N

2) Essa criança/jovem já esteve envolvida em alguma situação onde foi ou está sendo explorado? ☐ S ☐ N

3) Essa criança/jovem está envolvido em algum processo em tribunal? ☐ S ☐ N

4) Essa criança já foi detida pela polícia ou presa? ☐ S ☐ N

Motivos:

☐ Cuidados e proteção

☐ CRA

☐ Acusada de uma violação da lei/crime

☐ Em liberdade condicional

☐ Tribunal de Família (divórcio, custódia)

5) Essa criança/jovem está envolvido com alguma gangue? ☐ S ☐ N

Seção 4. Necessidades básicas

A família dessa criança/jovem:

☐ Vive em seu próprio apartamento ou casa (próprio ou alugado) ☐ É sem-teto, mas está abrigada ☐ É sem-teto

Essa criança/jovem está morando atualmente com sua família? ☐ S ☐ N

Caso negativo, com quem a criança/jovem está morando? _____

Essa criança/jovem precisa de ajuda com:

Alimentos ☐ S ☐ N

Roupas ☐ S ☐ N

Seção 5. Envolvimento da agência *(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)*

Essa criança/jovem ou sua família está envolvida com qualquer uma das seguintes agências? *(Marque todas as opções que se aplicam)*

☐ MassHealth

☐ DTA (Departamento de Assistência Transitória)

☐ DCF (Departamento de Crianças e Famílias)

☐ DYS (Departamento de Serviços para a Juventude)

☐ DMY (Departamento de Saúde Mental)

☐ DDS (Departamento de Serviços de Desenvolvimento)

☐ Tribunal: _____
(Nome do tribunal)

☐ Outro: _____

☐ Outro: _____

☐ Agência comunitária: _____

☐ Recursos da cidade/município: _____

Seção 6. Envolvimento cívico**Essa criança/jovem está envolvida com qualquer uma das seguintes atividades?** *(Marque todas as que se aplicam)*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Esportes | <input type="checkbox"/> Projetos de serviço comunitário | <input type="checkbox"/> Organizações da sociedade civil comunitária |
| <input type="checkbox"/> Belas-artes (p. ex., pintura, desenho) | <input type="checkbox"/> Voluntariado | <input type="checkbox"/> Organizações baseadas na fé |
| <input type="checkbox"/> Artes performativas (p. ex., música, dança, teatro) | <input type="checkbox"/> Clubes escolares/governo estudantil | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Escotismo | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

Seção 7. Disposição*Para uso exclusivo do escritório***ID da família:****ID do membro da família:****Tipo de membro da família:**☐ Criança ☐ Pai/Mãe/Cuidador**Data inicial:** _____**Preenchido por:** _____**Contato principal:** ☐ S ☐ N**Atualizado por:** _____**Data:** _____**Atualizado por:** _____**Data:** _____**Observações:**

FORMULÁRIO D

FORMULÁRIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

<i>Para uso exclusivo do escritório:</i>			
Data:	ID da família:	ID do membro da família:	
Sobrenome:	Nome:	Inicial do segundo nome:	Apelido (nome pessoal preferido):
Nome do funcionário responsável pelo encaminhamento:		Novo membro da família: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

Seção A. Programas de educação parental baseados em evidências <i>(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)</i>				
Serviço, recurso ou programa	Atividade do FRC	Atividade/serviço externo	Data de disponibilidade	Observações
Parentalidade Ativa Agora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parentalidade Ativa de Pré-adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parentalidade Ativa de Adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grupos ARC de Apoio aos Pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Co-parentalidade e Resolução de Conflitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PASSO Inicial (Early STEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
GGC - Orientação para Boas Escolhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Como Falar de Modo que as Crianças Ouçam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mamãe e Eu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa para os Pais no Incentivo ao Crescimento e o Desenvolvimento dos filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de Parentalidade no Incentivo ao Crescimento e o Desenvolvimento dos filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cafés para Pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parentalidade na América	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Jornada de Parentalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parentalidade com Sabedoria - Sessões Individuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parentalidade com Sabedoria - Sessões em Grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa Parentalidade Positiva (Tripló P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Seção A. Programas de educação parental baseados em evidências <i>(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)</i>				
Serviço, recurso ou programa	Atividade do FRC	Atividade/serviço externo	Data de disponibilidade	Observações
Soluções Positivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parentalidade Tranquila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Jornada de Parentalidade Sóbria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Seja Orgulhoso! Seja Protetor!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PeaceJam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parentalidade como Fonte de Energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intervenção de Adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Seção B. Grupos de Auto-ajuda Mútua <i>(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)</i>				
Serviço, recurso ou programa	Atividade do FRC	Atividade/serviço externo	Data de disponibilidade	Observações
Grupo de Avós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de Apoio à Parentalidade de Adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grupos de Apoio aos Pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pais Ajudando Pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grupos de Recuperação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Seção C. Workshops / Treinamentos de Habilidades de Vida <i>(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)</i>				
Serviço, recurso ou programa	Atividade do FRC	Atividade/serviço externo	Data de disponibilidade	Observações
Workshops sobre Parentalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Literacia Financeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Administração Doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Controle da Raiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Controle do Estresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Controle do Comportamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Seção D. Programas de Educação (Por favor, marque todas as opções que se aplicam)				
Serviço, recurso ou programa	Atividade do FRC	Atividade/serviço externo	Data de disponibilidade	Observações
Educação de Adultos (GED, treinamento profissional, ESOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Literacia de Informática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Head Start / Pré-escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio / Ligação Escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aulas de Educação para os Pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Seção E. Eventos de Artes / Culturais (Por favor, marque todas as opções que se aplicam)				
Serviço, recurso ou programa	Atividade do FRC	Atividade/serviço externo	Data de disponibilidade	Observações
Atividades Recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eventos Familiares Especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Passeios e Viagens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eventos de Culinária / Festa estilo Americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Caminhada de Poesia / História	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Seção F. Grupos recreativos (Por favor, marque todas as opções que se aplicam)				
Serviço, recurso ou programa	Atividade do FRC	Atividade/serviço externo	Data de disponibilidade	Observações
Grupo recreativo, atividades de pais/filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Atividades educacionais/recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Seção G. Eventos Esportivos e Recreativos (Por favor, marque todas as opções que se aplicam)				
Serviço, recurso ou programa	Atividade do FRC	Atividade/serviço externo	Data de disponibilidade	Observações
Passeios em família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Refeição ao ar livre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Celebração de Feriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Seção G. Eventos Esportivos e Recreativos (Por favor, marque todas as opções que se aplicam)				
Serviço, recurso ou programa	Atividade do FRC	Atividade/serviço externo	Data de disponibilidade	Observações
Eventos esportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Seção H. Outros serviços e encaminhamentos (Por favor, marque todas as opções que se aplicam)				
Serviço, recurso ou programa	Atividade do FRC	Atividade/serviço externo	Data de disponibilidade	Observações
NECESSIDADES BÁSICAS				
Assistência de renda/transitória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SSI/SSDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Moradia/abrigo (requerimentos de habitação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assistência para aluguel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assistência para combustível/serviços de utilidade pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Transporte (passes de ônibus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Busca de emprego/trabalho (Pedidos de emprego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alimentação/Nutrição (local de distribuição de alimentos, refeições, WIC, cupons de alimentação, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviços de tradução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assistência jurídica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Imigração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Informações sobre cidadania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assistência em feriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EQUIPAMENTOS / MATERIAIS				
Roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fraldas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fórmula para bebês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cadeiras infantis para carros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Seção H. Outros serviços e encaminhamentos <i>(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)</i>				
Serviço, recurso ou programa	Atividade do FRC	Atividade/serviço externo	Data de disponibilidade	Observações
Móveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
APOIO FAMILIAR				
Serviços de Combate à Violência Doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviços de Combate aos Maus Tratos/Abandono de Crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Informações sobre o Desenvolvimento Infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intervenção Precoce / Triagem de Desenvolvimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cuidados infantis (emergencial ou contínuo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviços para Crianças Portadoras de Necessidades Especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviços para Pais de Crianças Portadoras de Necessidades Especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avaliação de CRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plano de Serviço de CRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Encaminhamento relacionado à CRA para LMHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio individual/familiar (escritório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio individual/familiar (externo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SERVIÇOS RELACIONADOS COM A SAÚDE				
Cuidados de saúde (triagens, seguro, imunizações, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio ao planejamento familiar, gravidez e amamentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviços de abuso de substâncias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviços de saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Seção I. Observações	
Atualizado por:	Data
Atualizado por:	Data
Atualizado por:	Data
Atualizado por:	Data

RESUMO DAS INFORMAÇÕES

(Uma cópia deve ser dada à família)

Nome do programa	Provedor	Endereço do provedor	Número de contato do provedor	Tipo de programa

Observações:

FORMULÁRIO E

REGISTRO DA RECEPÇÃO

(Todos os membros da família que vêm para o Centro de Recursos Familiares)

Data	Hora	Nome (Opcional)	Deseja que entremos em contato com você?	Informações para contato (Opcional)	Você já esteve aqui antes?
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

FORMULÁRIO F

TABELA DE PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS

<i>Data do evento:</i>	Nome do evento:		
Nome do funcionário:	Tipo de evento:	Nº total de sessões	Nº da sessão atual:
Creche fornecida: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Transporte fornecido: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alimentação fornecida: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Papel do FRC:
Nº de pessoas inscritas:	Nº real de participantes:	Nº estimado de participantes:	

ID do membro da família	Sobrenome	Nome	E-mail	Telefone	Endereço	Nº de crianças participantes	O membro da família quer que seja feito seguimento?
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

FORMULÁRIO G

PESQUISA FAMILIAR

<i>Para uso exclusivo do escritório:</i>		
Data:	ID da família:	ID do membro da família:
Pesquisa realizada por:		Tipo de pesquisa: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Escritório <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Presencial

INSTRUÇÕES: Esta escala deve ser aplicada a todos os cuidadores familiares durante o processo de Avaliação Clínica (ver Modelo de Fluxo de Serviço FRC) e, novamente, de três em três meses, ou no final dos serviços sendo recebidos (o que ocorrer primeiro). Esta escala é adequada para todos os cuidadores, incluindo pais adolescentes. Esta escala pode ser preenchida diretamente pelo cuidador familiar ou pode ser administrada pelo funcionário do FRC que vai lendo cada pergunta e apresentando ao cliente as opções de resposta. (Consulte os cartões de resposta.) Esta escala não deve ser aplicada a não cuidadores.

Pergunta	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
COMUNICAÇÃO FAMILIAR							
Na minha família, falamos sobre os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando discutimos, minha família ouve os "dois lados da história".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na minha família, reservamos tempo para ouvir uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha família se une em situações estressantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha família consegue resolver nossos problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APOIO SOCIAL/EMOCIONAL							
Há outras pessoas que ouvem quando preciso falar sobre meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando estou solitário, há várias pessoas com quem posso conversar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se há uma crise, tenho outras pessoas com quem posso conversar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APOIO CONCRETO							
Não tenho ideia nenhuma do que fazer se a minha família precisasse de alimentos ou de alojamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não saberia para onde ir para obter ajuda se eu tivesse dificuldade para pagar minhas contas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pergunta	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
Se eu precisasse de ajuda para encontrar um emprego, eu não saberia para onde ir para obter ajuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESENVOLVIMENTO INFANTIL							
Muitas vezes não sei o que fazer como pai/mãe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sei como ajudar meu filho/minha filha aprender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meu filho/minha filha se comporta mal só para me deixar chateado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elogio meu filho/minha filha quando ele/ela se comporta bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando disciplino meu filho/minha filha, perco o controle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pergunta	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
CRIAÇÃO E APEGO							
Quando estou com meu filho/minha filha eu me sinto feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meu filho/minha filha e eu somos muito próximos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consigo acalmar meu filho/minha filha quando ele/ela se irrita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passo tempo com meu filho/minha filha fazendo o que ele/ela gosta de fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pergunta	Não me descreve bem	Descreve-me relativamente bem	Descreve-me bem	Descreve-me bem melhor	Descreve-me muito bem
RESILIÊNCIA PESSOAL					
Procuo ativamente por maneiras de substituir as perdas com as quais me deparo na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acho que posso crescer de maneiras positivas ao lidar com situações difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procuo por formas criativas para mudar situações difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Independentemente do que acontece comigo, acredito que consigo controlar minha reação à situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO H

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA MCMASTER

<i>Para uso exclusivo do escritório:</i>		
Data:	ID da família:	ID do membro da família:
Pesquisa realizada por:		Tipo de pesquisa: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Escritório <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Presencial

INSTRUÇÕES: Esta escala deve ser aplicada a todos os cuidadores familiares durante o processo de Avaliação Clínica (ver Modelo de Fluxo de Serviço de FRC) e, novamente, de três em três meses, ou no final dos serviços sendo recebidos (o que ocorrer primeiro). Esta escala é adequada para todos os cuidadores familiares, incluindo pais adolescentes. Esta escala pode ser preenchida diretamente pelo cuidador familiar ou pode ser administrada pelo funcionário do FRC que vai lendo cada pergunta e apresentando ao cuidador familiar as opções de resposta. (Consulte os cartões de resposta.)

Pergunta	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Geralmente colocamos em prática nossas decisões sobre os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depois de a nossa família tentar resolver um problema, costumamos discutir se funcionou ou não.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolvemos a maioria dos conflitos emocionais que surgem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfrentamos os problemas que envolvem sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentamos pensar em maneiras diferentes de resolver os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO I

QUESTIONÁRIO DE DESENVOLVIMENTO DA JUVENTUDE

Para uso exclusivo do escritório:		
Data:	ID da família:	ID do membro da família:
Questionário preparado por:		Tipo de questionário: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Escritório <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Presencial

INSTRUÇÕES: Esta escala deve ser aplicada a todos os jovens matriculados em escolas na faixa etária de 10 a 18 anos que estejam recebendo serviços por meio do FRC e que não sejam cuidadores e, por conseguinte, não respondem à Pesquisa Familiar. Esta deve ser administrada durante o processo de Avaliação Clínica (ver Modelo de Fluxo de Serviço de FRC) e, novamente, de três em três meses, ou no final dos serviços sendo recebidos (o que ocorrer primeiro). Esta escala pode ser preenchida diretamente pelo jovem ou pode ser administrada pelo funcionário do FRC que vai lendo cada questão e apresentando ao jovem as opções de resposta (esta pode ser a melhor solução quando se trabalha com jovens menores de 14 anos de idade). (Consulte os cartões de resposta.)

1. Sucesso acadêmico: Por favor, informe-nos a respeito de sua experiência na escola.

PERGUNTA	MAIORIA DAS NOTAS F	MAIORIA DAS NOTAS D	MAIORIA DAS NOTAS C	MAIORIA DAS NOTAS B	MAIORIA DAS NOTAS A
a) Como você descreveria suas notas na escola no último semestre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERGUNTA	0 HORAS	1 HORA	2 HORAS	3 HORAS	4 OU MAIS HORAS
b) Nos últimos 7 dias, aproximadamente, quanto tempo você dedicou para fazer as tarefas escolares fora da escola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nos últimos 7 dias, aproximadamente, quantas horas você dedicou para a leitura por lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FAZ O SEGUINTE?	NÃO SEI	NUNCA	ÀS VEZES	MAIOR PARTE DO TEMPO	O TEMPO TODO
d) Eu me esforço na escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Gosto da escola ou tenho interesse em ir para a escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Preocupo-me com a minha escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tenho um bom relacionamento com meus colegas de classe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FAZ O SEGUINTE?	NÃO SEI	NUNCA	ÀS VEZES	MAIOR PARTE DO TEMPO	O TEMPO TODO
h) Tenho um bom relacionamento com meus professores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Envolvimento na comunidade: Por favor, informe-nos sobre como você gasta seu tempo na sua comunidade.

PERGUNTA	0 HORAS	1 HORA	2 HORAS	3 HORAS	4 OU MAIS HORAS
a) Nos últimos 7 dias, aproximadamente, quantas horas você dedicou a trabalhos voluntários ou para ajudar outras pessoas na sua comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nos últimos 7 dias, aproximadamente, quantas horas você dedicou para buscar oportunidades para ajudar outras pessoas na sua comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMO VOCÊ SE SENTE EM RELAÇÃO AO SEU PAPEL NA COMUNIDADE?	NÃO SEI	NUNCA	ÀS VEZES	MAIOR PARTE DO TEMPO	O TEMPO TODO
c) Sinto que sou importante para a minha comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sinto uma forte ligação com a minha comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sinto-me bem comigo mesmo porque ajudo os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Competência cultural: Por favor, informe-nos o que você pensa sobre culturas diferentes da sua.

PERGUNTAS	NÃO SEI	NADA	MUITO POUCO	UM POUCO	BASTANTE
a) Quanto você acha que sabe sobre pessoas de outras culturas, raças ou grupos étnicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERGUNTAS	NÃO SEI	NUNCA	ÀS VEZES	MAIOR PARTE DO TEMPO	O TEMPO TODO
b) Preocupo-me com os jovens de outras culturas, raças ou grupos étnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Respeito os jovens de outras culturas, raças ou grupos étnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sinto-me à vontade com jovens de outras culturas, raças ou grupos étnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Habilidades de vida: Por favor, diga-nos como você se relaciona com os outros.

PERGUNTAS	NÃO SEI	NUNCA	ÀS VEZES	MAIOR PARTE DO TEMPO	O TEMPO TODO
a) Tenho bom relacionamento com outras pessoas da minha idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tenho facilidade para fazer amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tenho facilidade para expressar aos outros minhas ideias e sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sei ouvir as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Trabalho bem com outras pessoas em equipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tomo boas decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tenho facilidade em planejamento antecipado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Tenho facilidade no estabelecimento de metas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Tenho facilidade em resolver problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Eu sou um bom líder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Tenho facilidade em resolver problemas sem violência ou brigas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Senso próprio: Por favor, informe-nos sobre você:

PERGUNTAS	NÃO SEI	NUNCA	ÀS VEZES	MAIOR PARTE DO TEMPO	O TEMPO TODO
a) Sinto-me bem comigo mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sinto que tenho controle sobre as coisas que acontecem comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sinto que posso fazer a diferença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tenho facilidade para aprender coisas novas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sou otimista quanto ao meu futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Consigo lidar bem com tudo o que encontro pelo caminho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Resolução de problemas familiares: Por favor, diga-nos como a sua família geralmente resolve os problemas.

PERGUNTAS	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
a) Em nossa família, geralmente colocamos em prática nossas decisões sobre os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Depois de a nossa família tentar resolver um problema, costumamos discutir se funcionou ou não.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Em nossa família, resolvemos a maioria dos conflitos emocionais que surgem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Em nossa família, enfrentamos os problemas que envolvem sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Em nossa família, tentamos pensar em maneiras diferentes de resolver os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Resiliência pessoal: Por favor, diga-nos como você lida com os desafios.

PERGUNTA	NÃO ME DESCREVE BEM	DESCREVE-ME RELATIVAMENTE BEM	DESCREVE- ME BEM	DESCREVE- ME BEM MELHOR	DESCREVE-ME MUITO BEM
a) Procuro ativamente por maneiras de substituir as perdas com as quais me deparei na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Acho que posso crescer de maneiras positivas ao lidar com situações difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Procuro por formas criativas para mudar situações difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Independentemente do que acontece comigo, acredito que consigo controlar minha reação à situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO K

PLANO DE APOIO À FAMÍLIA

CENTRO DE RECURSOS FAMILIARES

(Nome do FRC)

NOME DO JOVEM: _____
Data de nascimento: _____

ID da família _____
ID do membro da família: _____

Data original deste plano:	Data da revisão:	Data da revisão:	Data da revisão:	Data da revisão:	Data da revisão:
Preenchido por:	Atualizado por:	Atualizado por:	Atualizado por:	Atualizado por:	Atualizado por:

Nº	Visão/necessidade da família (descrever melhorias específicas se a necessidade for atendida)	Objetivo(s) para realizar a visão/atender à necessidade

A próxima revisão deste plano será em: _____ (todos os Planos de Apoio à Família devem ser revistos a cada _____ semanas).
(Data)

CENTRO DE RECURSOS FAMILIARES

NOME DO JOVEM: _____

ID da família _____

Data de nascimento: _____

ID do membro da família: _____

(Nome do FRC)

Necessidades dos jovens/família (listar as necessidades que o plano atenderá, em ordem de prioridade dos jovens/família. A segurança deve sempre constar em primeiro lugar.)

<u>Nº</u>	<u>O que será feito para ajudar a família a realizar o objetivo?</u> (em caso de encaminhamento a um serviço, favor notar como se espera que o serviço ajude)	<u>Pessoa responsável</u>	<u>Progresso</u>
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Concluído
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Concluído
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Concluído
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Concluído
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Concluído
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Concluído
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Concluído
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Concluído
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Concluído
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Concluído

CENTRO DE RECURSOS FAMILIARES

(Nome do FRC)

NOME DO JOVEM: _____

Data de nascimento: _____

ID da família _____

ID do membro da família: _____

PROGRESSO / REVISÃO DOS OBJETIVOS					
Data	Progresso do objetivo				Realizações / Progresso / Obstáculos
	Nº	Objetivo cumprido	Parcialmente cumprido	Não cumprido	