

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: <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 _____					
Situação de trabalho: (Marque todas as opções que se aplicam) <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: _____					
Fonte de renda: <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)					
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: