

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)		
<div><input type="checkbox"/> Pai ou mãe biológico</div> <div><input type="checkbox"/> Pai ou mãe adotivo(a)</div> <div><input type="checkbox"/> Pai ou mãe de criação</div> <div><input type="checkbox"/> Parente cuidador</div> <div><input type="checkbox"/> Avó ou avô</div> <div><input type="checkbox"/> Jovem</div> <div><input type="checkbox"/> Coparentalidade</div> <div><input type="checkbox"/> Padrasto ou madrastra</div> <div><input type="checkbox"/> Pai ou mãe adolescente (atualmente com menos de 19 anos de idade)</div> <div><input type="checkbox"/> N/A</div> <div><input type="checkbox"/> Outro: _____</div>			<div><input type="checkbox"/> Solteiro(a)</div> <div><input type="checkbox"/> Viúvo(a)</div> <div><input type="checkbox"/> Separado(a)</div> <div><input type="checkbox"/> Casado(a)</div> <div><input type="checkbox"/> União estável</div> <div><input type="checkbox"/> Divorciado(a)</div> <div><input type="checkbox"/> N/A</div>		
Renda (opcional): Qual é sua renda familiar total?					
<div><input type="checkbox"/> Menos de US\$ 10.000</div> <div><input type="checkbox"/> US\$ 10.000 a US\$ 19.999</div> <div><input type="checkbox"/> US\$ 20.000 a US\$ 29.999</div> <div><input type="checkbox"/> US\$ 30.000 a US\$ 39.999</div> <div><input type="checkbox"/> US\$ 40.000 a US\$ 49.999</div> <div><input type="checkbox"/> US\$ 50.000 a US\$ 59.999</div> <div><input type="checkbox"/> US\$ 60.000 a US\$ 69.999</div> <div><input type="checkbox"/> US\$ 70.000 a US\$ 79.999</div> <div><input type="checkbox"/> US\$ 80.000 a US\$ 89.999</div> <div><input type="checkbox"/> US\$ 90.000 a US\$ 99.999</div> <div><input type="checkbox"/> US\$ 100.000 a US\$ 149.999</div> <div><input type="checkbox"/> US\$ 150.000 ou mais</div>					
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. _____ <div><input type="checkbox"/> Ásio-Índio<input type="checkbox"/> Japonesa<input type="checkbox"/> Nativo havaiana</div> <div><input type="checkbox"/> Chinesa<input type="checkbox"/> Coreana<input type="checkbox"/> Guamesa ou Chamorro</div> <div><input type="checkbox"/> Filipina<input type="checkbox"/> Vietnamita<input type="checkbox"/> Samoana</div> <div><input type="checkbox"/> Outra raça da ilha do Pacífico - Especificar a raça, por exemplo, fijiano, tonganesa, e assim por diante. _____</div> <div><input type="checkbox"/> Outra raça asiática - Especificar a raça, por exemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistanesa, cambojana, e assim por diante. _____</div> <div><input type="checkbox"/> Outra raça - Especificar a raça _____</div>			
Idioma principal: (Por favor, identifique um na lista abaixo)					
<div><input type="checkbox"/> Inglês</div> <div><input type="checkbox"/> Dialetos africanos</div> <div><input type="checkbox"/> Língua de sinais americana</div> <div><input type="checkbox"/> Amárico</div> <div><input type="checkbox"/> Árabe</div> <div><input type="checkbox"/> Armênio</div> <div><input type="checkbox"/> Português do Brasil</div> <div><input type="checkbox"/> Dialetos birmaneses</div> <div><input type="checkbox"/> Cantonês</div> <div><input type="checkbox"/> Crioulo de Cabo Verde</div> <div><input type="checkbox"/> Francês</div> <div><input type="checkbox"/> Crioulo haitiano</div> <div><input type="checkbox"/> Hmong</div> <div><input type="checkbox"/> Italiano</div> <div><input type="checkbox"/> Cambojano (Khmer)</div> <div><input type="checkbox"/> Chinês (Mandarim)</div> <div><input type="checkbox"/> Moldavo</div> <div><input type="checkbox"/> Português</div> <div><input type="checkbox"/> Russo</div> <div><input type="checkbox"/> Espanhol</div> <div><input type="checkbox"/> Vietnamita</div> <div><input type="checkbox"/> Desconhecido</div> <div><input type="checkbox"/> Outra: _____</div>					

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: _____ Data _____						
Informações dos membros da família:						
Nome	Sobrenome	Escola atual	Data de nascimento e idade	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____	Parentesco com o membro da família solicitando os serviços	Precisa de serviços <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: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Pai e mãe <input type="checkbox"/> Vários pais/mães <input type="checkbox"/> Várias gerações Tamanho do domicílio: Número total de crianças / jovens que vivem no domicílio: _____ Número total de moradores do domicílio: _____						
Seção 2. Serviços solicitados <i>O que trouxe você aqui hoje?</i>						
Motivo da visita: <i>(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)</i> <div><div><input type="checkbox"/> Criança com dificuldade para obedecer as regras <input type="checkbox"/> Criança faltando da escola Quantos dias nos últimos 3 meses? _____ Você sabe por quê? _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> A criança já fugiu de casa <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quando foi a última vez? _____ Por quanto tempo? _____ <input type="checkbox"/> Enviado(a) pelo tribunal <input type="checkbox"/> Enviado(a) pela escola</div><div><input type="checkbox"/> Enviado(a) por outra agência: _____ <i>(nome da agência)</i> <input type="checkbox"/> Procuo informações sobre parentalidade/educação sobre parentalidade <input type="checkbox"/> Problema escolar / Informações escolares <input type="checkbox"/> Informações sobre creche <input type="checkbox"/> Informações sobre atividades extracurriculares <input type="checkbox"/> Preocupações com o uso de substâncias</div><div><input type="checkbox"/> Preocupações de saúde / saúde mental <input type="checkbox"/> Dificuldades familiares / Problemas financeiros <input type="checkbox"/> Moradia / Aluguel <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Problemas de trabalho <input type="checkbox"/> Educação Contínua para cuidador <input type="checkbox"/> Questões de imigração/legais <input type="checkbox"/> Outro: _____</div></div>						

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	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Informação e encaminhamento <input type="checkbox"/> Serviços do Centro de Recursos Familiares <input type="checkbox"/> Encaminhamento externo </div> <div> <input type="checkbox"/> Avaliação dos Pontos Fortes e Necessidades da Família (CANS Família) <input type="checkbox"/> Plano de Apoio à Família </div> </div>			
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:			