

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: