

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? <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Menos de US\$ 10.000</td><td><input type="checkbox"/> US\$ 30.000 a US\$ 39.999</td><td><input type="checkbox"/> US\$ 60.000 a US\$ 69.999</td><td><input type="checkbox"/> US\$ 90.000 a US\$ 99.999</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> US\$ 10.000 a US\$ 19.999</td><td><input type="checkbox"/> US\$ 40.000 a US\$ 49.999</td><td><input type="checkbox"/> US\$ 70.000 a US\$ 79.999</td><td><input type="checkbox"/> US\$ 100.000 a US\$ 149.999</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> US\$ 20.000 a US\$ 29.999</td><td><input type="checkbox"/> US\$ 50.000 a US\$ 59.999</td><td><input type="checkbox"/> US\$ 80.000 a US\$ 89.999</td><td><input type="checkbox"/> US\$ 150.000 ou mais</td></tr></table>						<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
<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. _____ <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Ásio-Índio</td><td><input type="checkbox"/> Japonesa</td><td><input type="checkbox"/> Nativo havaiana</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Chinesa</td><td><input type="checkbox"/> Coreana</td><td><input type="checkbox"/> Guamesa ou Chamorro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Filipina</td><td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td><td><input type="checkbox"/> Samoana</td></tr></table> <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 _____			<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"/> 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															

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 <div style="text-align: center;">Liberação para:</div> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Liberação de Informação assinada:</td> <td><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____</td> <td><input type="checkbox"/> Consentimento total</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Negado</td> </tr> <tr> <td>Liberação de Informação assinada:</td> <td><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____</td> <td><input type="checkbox"/> Consentimento total</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Negado</td> </tr> <tr> <td>Liberação de Informação assinada:</td> <td><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____</td> <td><input type="checkbox"/> Consentimento total</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Negado</td> </tr> <tr> <td>Liberação de Informação assinada:</td> <td><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____</td> <td><input type="checkbox"/> Consentimento total</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Negado</td> </tr> <tr> <td>Liberação de Informação assinada:</td> <td><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____</td> <td><input type="checkbox"/> Consentimento total</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Negado</td> </tr> </table>			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
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: <div style="height: 150px;"></div>																											