

FORMULÁRIO A

FORMULÁRIO DE ADMISSÃO FAMILIAR

Secção 1. Membro da família a solicitar serviços					
Apelido:	Nome Próprio:	Inicial do Segundo Nome:	Diminutivo (como prefere ser chamado):	DDN e idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> _____
Morada:		Nº do Apt.	Tel. Residência:		Telemóvel:
Cidade:		Estado:	Código Postal:	Endereço Electrónico:	
Situação do Membro da Família: (Por favor assinale todas as opções aplicáveis) <div><div><input type="checkbox"/> Pai/Mãe biológico <input type="checkbox"/> Pai/Mãe adotivo(a) <input type="checkbox"/> Pai/mãe de acolhimento</div><div><input type="checkbox"/> Cuidador aparentado <input type="checkbox"/> Avô/Avó <input type="checkbox"/> Jovem <input type="checkbox"/> Co-parentalidade</div><div><input type="checkbox"/> Padrasto/Madrasta <input type="checkbox"/> Pai/Mãe adolescente (atualmente com idade inferior a 19 anos) <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Outra: _____</div></div>			Estado Civil: (Por favor assinale todas as opções aplicáveis) <div><div><input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado</div><div><input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Em União Civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> N/A</div></div>		
Rendimento (Facultativo): Qual é o seu rendimento familiar total? <div><div><input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> De \$10,000 a \$19,999 <input type="checkbox"/> De \$20,000 a \$29,999</div><div><input type="checkbox"/> De \$30,000 a \$39,999 <input type="checkbox"/> De \$40,000 a \$49,999 <input type="checkbox"/> De \$50,000 a \$59,999</div><div><input type="checkbox"/> De \$60,000 a \$69,999 <input type="checkbox"/> De \$70,000 a \$79,999 <input type="checkbox"/> De \$80,000 a \$89,999</div><div><input type="checkbox"/> De \$90,000 a \$99,999 <input type="checkbox"/> De \$100,000 a \$149,999 <input type="checkbox"/> De \$150,000 ou mais</div></div>					
Seguro de saúde: 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 <input type="checkbox"/> Sim, Mexicana, Mexicana-americana, Chicana <input type="checkbox"/> Sim, Porto-riquenha <input type="checkbox"/> Sim, Cubana <input type="checkbox"/> Sim, de outra origem hispânica, latina ou espanhola – Indique a origem. Por exemplo, Argentina, Colombiana, Dominicana, Nicaraguense, Salvadorenha, Espanhola, etc. _____		Raça: Qual é a raça do membro da família? (Por favor assinale todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana e país africano <input type="checkbox"/> Ameríndio ou nativo do Alasca – Indique nome da tribo a que pertence. _____ <div><div><input type="checkbox"/> Ásio-Índio <input type="checkbox"/> Chinesa <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Outra Ilha do Pacífico - Indique a raça, por exemplo, de Fiji, Tonga, etc. _____</div><div><input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita</div><div><input type="checkbox"/> Nativo Havaiano <input type="checkbox"/> Guamaniana ou Chamorro <input type="checkbox"/> Samoana</div></div> <input type="checkbox"/> Outra Asiática - Indique a raça, por exemplo, Hmong, Laociana, Tailandesa, Paquistanesa, Cambojana, etc. _____ <input type="checkbox"/> Outra raça - Indique a raça _____			
Primeira língua: (Por favor indique uma da lista a seguir) <div><div><input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Dialectos Africanos <input type="checkbox"/> Língua Gestual Americana <input type="checkbox"/> Amárico <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Arménio</div><div><input type="checkbox"/> Português do Brasil <input type="checkbox"/> Dialectos Birmaneses <input type="checkbox"/> Cantonês <input type="checkbox"/> Crioulo Cabo-verdiano <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Crioulo haitiano</div><div><input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Khmer/Cambojano <input type="checkbox"/> Mandarim <input type="checkbox"/> Moldavo <input type="checkbox"/> Português</div><div><input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Outra: _____</div></div>					

Serviço Militar:

☐ S☐ N☐ Ativo☐ Guarda Nacional☐ Reserva☐ Ex-Combatente

Último Destacamento: _____

Data

Informação sobre o Membro da Família:						
Nome próprio	Apelido	Escola que frequenta atualmente	Data de Nascimento e idade	Sexo	Parentesco com o familiar que requer serviços	Serviços necessários
				<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

Agregado familiar:

☐ Monoparental☐ Biparental☐ Multiparental☐ Várias gerações

Tamanho do agregado familiar: Número total de crianças/jovens do agregado familiar: _____ Número total de membros do agregado familiar: _____

Secção2. Serviços solicitados

De que é que necessita?

Motivo da sua visita: (Por favor assinale todas as opções aplicáveis)

☐ A criança tem dificuldade em seguir regras

☐ A criança falta à escola
Quantos dias nos últimos 3 meses? _____
Sabe porquê? _____

☐ A criança fugiu alguma vez ☐ S ☐ N
Quando foi a última vez? _____
Durante quanto tempo? _____

☐ Enviado pelo tribunal

☐ Enviado pela escola

☐ Enviado por outra agência: _____
(nome da agência)

☐ Procuo informação sobre parentalidade/educação parental

☐ Problemas na escola / Informação da escola

☐ Informação sobre cuidados infantis

☐ Informação sobre atividades extracurriculares

☐ Preocupações relacionadas com o uso de substâncias

☐ Preocupações relacionadas com Saúde/Saúde Mental

☐ Problemas Familiares / Problemas Financeiros

☐ Habitação / Renda

☐ Transporte

☐ Problemas laborais

☐ Educação Contínua do Cuidador

☐ Problemas com Imigração/Jurídicos

Outro: _____

Secção 3. Recomendação		<i>Como é que teve conhecimento dos nossos serviços?</i>	
Recomendação: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Amigo / Familiar <input type="checkbox"/> Tribunal / Funcionário da Reinserção Social <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> EI (Intervenção Precoce) <input type="checkbox"/> Pré-Primária / Head Start <input type="checkbox"/> WIC (Mulheres, bebés e crianças) <input type="checkbox"/> Pediatra / Médico de família <input type="checkbox"/> Outro Profissional de Saúde <input type="checkbox"/> Conselheiro/Clinica de Saúde Mental </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> CSA (Agência de Serviços Comunitários) <input type="checkbox"/> Outros Serviços / Apoio da CBHI (Iniciativa de Saúde Comportamental Infantil) <input type="checkbox"/> Igreja / Organização Ecuménica / Pastor Mass211 <input type="checkbox"/> Uma família que usou serviços 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 Transicional) <input type="checkbox"/> DYS (Departamento de Serviços Juvenis) <input type="checkbox"/> Outra Agência Estadual: _____ <input type="checkbox"/> Outra Agência Local: _____ <input type="checkbox"/> Redes Sociais: _____ <input type="checkbox"/> Imprensa: _____ <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Outra: _____ </div> </div>			
Secção 4. Disposição		<i>Apenas para uso oficial</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	
Divulgado a: Divulgação da Informação Assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ Divulgação da Informação Assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ Divulgação da Informação Assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ Divulgação da Informação Assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ Divulgação da 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"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado <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 das Aptidões e Necessidades da Família (Family CANS) <input type="checkbox"/> Plano de Apoio Familiar	
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"/> Pessoal	
Informação atualizada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Atualizado por: _____ Data: _____ Atualizado por: _____ Data: _____		Principal Contacto: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Notas:			