

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE TRIAGEM INFANTIL

(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"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> _____
-------------------	--------------	---------------------------------	--	------------------------------------	---

Seção 1. Educação / Emprego

Escolaridade: <input type="checkbox"/> Criança atualmente matriculada na escola <input type="checkbox"/> Abandonou a escola <input type="checkbox"/> Programa alternativo <input type="checkbox"/> Suspensa/Quanto dias neste ano letivo? _____ <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Recebeu um diploma HiSET/GED <input type="checkbox"/> Certificado de conclusão SPED <input type="checkbox"/> Pré-escola ou jardim de infância concluído <input type="checkbox"/> Outra: _____	Nome da escola atual/Última escola onde estudou: _____ Programa de ampliação da jornada escolar: (Se matriculado) _____ Se encaminhado pela escola, nome do funcionário: _____
---	---

- Qual é o grau escolar mais elevado que essa criança/jovem concluiu? _____
- Como está o desempenho dessa criança/jovem na escola? _____

- Essa criança/jovem está em um Plano de Educação Individualizado ou em um Plano de Educação Especial? ☐ S ☐ N
- Essa criança/jovem está em um Plano 504? ☐ S ☐ N
- Essa criança/jovem perdeu mais de 8 dias de aula nas últimas 10 semanas letivas? ☐ S ☐ N
 Caso afirmativo, cerca de quantos dias? _____
- Essa criança/jovem tem emprego? ☐ S ☐ N

Seção 2. Saúde física e mental

Essa criança/jovem é portador de alguma deficiência? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N (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 <input type="checkbox"/> Transtorno do espectro autista	Como é a saúde mental e física geral dessa criança/jovem? (Faça um círculo em uma opção) <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Ruim Razoável Boa Excelente </div> Essa criança/jovem 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)? _____ _____ _____
---	---

Essa criança/jovem consultou um médico ou enfermeira clínica nos últimos 12 meses? ☐ S ☐ N

Essa criança/jovem consultou um dentista nos últimos 12 meses? ☐ S ☐ N

Você tem alguma preocupação com essa criança/jovem relacionada ao consumo de álcool e ao uso de drogas? ☐ S ☐ N

Essa criança/jovem já usou equipes de crises móveis? ☐ S ☐ N

Essa criança/jovem já foi internada por motivos de saúde mental? ☐ S ☐ N

Seção 3. Segurança

Perguntas de segurança	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Essa criança/jovem sente-se segura em casa.					
Essa criança/jovem sente-se segura na escola.					
Essa criança/jovem sente-se segura nas ruas de seu bairro.					

1) Essa criança/jovem testemunhou algum tipo de violência? ☐ S ☐ N

2) Essa criança/jovem já esteve envolvida em alguma situação onde foi ou está sendo explorado? ☐ S ☐ N

3) Essa criança/jovem está envolvido em algum processo em tribunal? ☐ S ☐ N

4) Essa criança já foi detida pela polícia ou presa? ☐ S ☐ N

Motivos:

☐ Cuidados e proteção

☐ CRA

☐ Acusada de uma violação da lei/crime

☐ Em liberdade condicional

☐ Tribunal de Família (divórcio, custódia)

5) Essa criança/jovem está envolvido com alguma gangue? ☐ S ☐ N

Seção 4. Necessidades básicas

A família dessa criança/jovem:

☐ Vive em seu próprio apartamento ou casa (próprio ou alugado) ☐ É sem-teto, *mas abrigado* ☐ É sem-teto

Essa criança/jovem está morando atualmente com sua família? ☐ S ☐ N

Caso negativo, com quem a criança/jovem está morando? _____

Essa criança/jovem precisa de ajuda com:

Alimentos ☐ S ☐ N

Roupas ☐ S ☐ N

Seção 5. Envolvimento da agência *(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)*

Essa criança/jovem ou sua família está envolvida com qualquer uma das seguintes agências? *(Marque todas as opções que se aplicam)*

☐ MassHealth

☐ DTA (Departamento de Assistência Transitória)

☐ DCF (Departamento de Crianças e Famílias)

☐ DYS (Departamento de Serviços para a Juventude)

☐ DMY (Departamento de Saúde Mental)

☐ DDS (Departamento de Serviços de Desenvolvimento)

☐ Tribunal: _____
(Nome do tribunal)

☐ Outro: _____

☐ Outro: _____

☐ Agência comunitária: _____

☐ Recursos da cidade/município: _____

Seção 6. Envolvimento cívico**Essa criança/jovem está envolvida com qualquer uma das seguintes atividades?** *(Marque todas as 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"/> Clubes escolares/governo estudantil | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| | <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:**☐ Criança ☐ Pai/Mãe/Cuidador**Data inicial:** _____**Preenchido por:** _____**Contato principal:** ☐ S ☐ N**Atualizado por:** _____**Atualizado por:** _____**Data:** _____**Data:** _____**Observações:**