

# FORMULÁRIO D

## FORMULÁRIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

<i>Apenas para uso oficial:</i>				
<b>Data:</b>		<b>ID da Família:</b>		<b>ID do Membro da Família:</b>
<b>Apelido:</b>	<b>Nome Próprio:</b>	<b>Inicial do Segundo Nome:</b>	<b>Diminutivo</b> <i>(como prefere ser chamado):</i>	
<b>Nome do funcionário que fez a recomendação:</b>			<b>Novo membro da família:</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

<b>Secção A. Programas de Educação Parental Baseados em Provas</b> <i>(Por favor assinale todas as opções aplicáveis)</i>				
<b>Serviço, Recurso ou Programa</b>	<b>Atividade do FRC</b>	<b>Atividade/Serviço Externo</b>	<b>Data de Disponibilidade</b>	<b>Notas</b>
Parentalidade Ativa Atual	<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/Mães	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Co-Parentalidade e Resolução de Conflitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Early STEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
GGC – Como Fazer Boas Escolhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Como Falar para que as Crianças Prestem Atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
A Mamã e Eu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de Pais Envolvidos na Criação dos Filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de Pais/Mães Envolvidos na Criação dos Filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cafés de Pais/Mães	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parentalidade na América	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Jornada da Parentalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parentalidade com Sabedoria – Sessões Individuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parentalidade com Sabedoria – Sessões de Grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de Parentalidade Positiva (P Triplo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Soluções Positivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parentalidade Pacífica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Jornada de Parentalidade Sóbria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orgulha-te! Sê Protector(a)!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PeaceJam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Secção A. Programas de Educação Parental Baseados em Provas <i>(Por favor assinale todas as opções aplicáveis)</i>				
Serviço, Recurso ou Programa	Atividade do FRC	Atividade/Serviço Externo	Data de Disponibilidade	Notas
Fonte de Energia da Parentalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intervenção Adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Secção B. Grupos de Ajuda Mútua <i>(Por favor assinale todas as opções aplicáveis)</i>				
Serviço, Recurso ou Programa	Atividade do FRC	Atividade/Serviço Externo	Data de Disponibilidade	Notas
Grupo dos Avós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de Apoio aos pais de Adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa de Apoio Para Pais/Mães	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pais/Mães a Ajudarem Pais/Mães	<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"/>		

Secção C. Workshops/Sessões de Formação Sobre Competências Básicas de Vida <i>(Por favor assinale todas as opções aplicáveis)</i>				
Serviço, Recurso ou Programa	Atividade do FRC	Atividade/Serviço Externo	Data de Disponibilidade	Notas
Workshops Sobre Parentalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Literacia Financeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gestão Doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gestão da Ira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gestão do Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gestão do Comportamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Secção D. Programas Educativos <i>(Por favor assinale todas as opções aplicáveis)</i>				
Serviço, Recurso ou Programa	Atividade do FRC	Atividade/Serviço Externo	Data de Disponibilidade	Notas
Educação de Adultos (GED, Formação Profissional, ESOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Conhecimentos Informáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Secção D. Programas Educativos <i>(Por favor assinale todas as opções aplicáveis)</i>				
Serviço, Recurso ou Programa	Atividade do FRC	Atividade/Serviço Externo	Data de Disponibilidade	Notas
Head Start / Pré-Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio/Ligação Escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aulas de Educação Parental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Secção E. Artes / Eventos Culturais <i>(Por favor assinale todas as opções aplicáveis)</i>				
Serviço, Recurso ou Programa	Atividade do FRC	Atividade/Serviço Externo	Data de Disponibilidade	Notas
Actividades Recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eventos Especiais da Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Saídas e Excursões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eventos Culinários / Festa estilo Americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Caminhada a contar Poesia / história	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Secção F. Grupos de Recreio <i>(Por favor assinale todas as opções aplicáveis)</i>				
Serviço, Recurso ou Programa	Atividade do FRC	Atividade/Serviço Externo	Data de Disponibilidade	Notas
Grupo de Recreio, Actividades Pais/Filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Actividades Educacionais/Recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Secção G. Eventos Desportivos e Recreativos <i>(Por favor assinale todas as opções aplicáveis)</i>				
Serviço, Recurso ou Programa	Atividade do FRC	Atividade/Serviço Externo	Data de Disponibilidade	Notas
Saídas em Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Refeições fora de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Celebração de Feriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eventos Desportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Secção H. Outros Serviços e Recomendações (Por favor assinale todas as opções aplicáveis)				
Serviço, Recurso ou Programa	Atividade do FRC	Atividade/Serviço Externo	Data de Disponibilidade	Notas
<b>NECESSIDADES BÁSICAS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Rendimento/Assistência Transicional</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>SSI/SSDI</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Habitação/Abrigo</b> (Pedidos de Habitação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Assistência como aluguel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Assistência com Combustíveis/Serviços de Utilidade Pública</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Transportes</b> (Passes de Autocarro, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Emprego/Procura de Trabalho</b> (Formulários para Obtenção de Trabalho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Alimentação/Nutrição</b> (Dispensa, Refeições, WIC, Vales de Alimentação, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Serviços de Tradução</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Assistência Jurídica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Imigração</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Informação Sobre Cidadania</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Assistência em Dias Feriados</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Outro</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Outro</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>EQUIPAMENTO/MATERIAL</b>				
<b>Vestuário</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Fraldas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Leite em Pó para Bebés</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Cadeirinhas para Auto</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Mobiliário</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Outro</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Outro</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>APOIO FAMILIAR</b>				
<b>Serviços de Violência Doméstica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Serviços de Abuso Infantil/Negligência</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Informação sobre Desenvolvimento Infantil</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Intervenção Precoce / Rastreio do Desenvolvimento</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Secção H. Outros Serviços e Recomendações <i>(Por favor assinale todas as opções aplicáveis)</i>				
Serviço, Recurso ou Programa	Atividade do FRC	Atividade/Serviço Externo	Data de Disponibilidade	Notas
Cuidados Infantis (Emergência ou Continuados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviços Para Crianças com Necessidades Especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviços Para Pais de Crianças com Necessidades Especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avaliação CRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plano de Serviços CRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Recomendação Relacionada com o CRA para o 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"/>		
<b>SERVIÇOS DE SAÚDE</b>				
Cuidados de Saúde (Rastreio, Seguro, Vacinas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Planeamento Familiar, Apoio na Gravidez e na Amamentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviços de Consumo de Substâncias Tóxicas	<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"/>		

Secção I. Notas	
Atualizado por:	Data
Atualizado por:	Data
Atualizado por:	Data
Atualizado por:	Data

## RESUMO DA INFORMAÇÃO

(Entregar uma cópia à família)

Nome do Programa	Fornecedor	Direção do Fornecedor	Nº de Contacto do Fornecedor	Tipo de Programa

<b>Notas:</b>