

FORMULÁRIO B

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DO MEMBRO ADICIONAL DA FAMÍLIA

(Preencher um formulário novo para cada familiar adicional que solicita Apoio ou Serviços)

Secção 1. Informação do membro adicional da família:					
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)				Estado Civil	
<input type="checkbox"/> Pai/Mãe biológico <input type="checkbox"/> Pai/Mãe adotivo(a) <input type="checkbox"/> Pai/mãe de acolhimento <input type="checkbox"/> Cuidador aparentado <input type="checkbox"/> Avô/Avó <input type="checkbox"/> Jovem <input type="checkbox"/> Co-parentalidade <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: _____				<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Em União Civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> N/A	
Rendimento (Facultativo): Qual é o seu rendimento familiar total?					
<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 <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 <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 <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					
Seguro de saúde: Tem seguro de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Étnia: 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. _____ <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. _____ <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo Havaiano <input type="checkbox"/> Guamaniana ou Chamorro <input type="checkbox"/> Samoana <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: <i>(Por favor indique uma da lista a seguir)</i>		
<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Português do Brasil	<input type="checkbox"/> Hmong
<input type="checkbox"/> Dialetos Africanos	<input type="checkbox"/> Dialetos Birmaneses	<input type="checkbox"/> Italiano
<input type="checkbox"/> Língua Gestual Americana	<input type="checkbox"/> Cantonês	<input type="checkbox"/> Khmer/Cambojano
<input type="checkbox"/> Amárico	<input type="checkbox"/> Crioulo Cabo-verdiano	<input type="checkbox"/> Mandarim
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Francês	<input type="checkbox"/> Moldavo
<input type="checkbox"/> Arménio	<input type="checkbox"/> Crioulo haitiano	<input type="checkbox"/> Português
<input type="checkbox"/> Russo		
<input type="checkbox"/> Espanhol		
<input type="checkbox"/> Vietnamita		
<input type="checkbox"/> Não sabe		
<input type="checkbox"/> Outra: _____		
Serviço Militar:		
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Guarda Nacional <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Ex-Combatente		
Último Destacamento: _____		
Data _____		
Secção 2. 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 _____	<input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado
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
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
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
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"/> Informação e encaminhamento <input type="checkbox"/> Avaliação das Aptidões e Necessidades da Família (Family CANS)		
<input type="checkbox"/> Serviços do Centro de Recursos familiares <input type="checkbox"/> Plano de Apoio Familiar		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento externo		
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		Principal Contacto: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Atualizado por: _____ Data: _____		
Atualizado por: _____ Data: _____		
Notas:		