

# FORMULÁRIO C<sup>1</sup>

## FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE TRIAGEM DE ADULTOS

(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)

<b>Sobrenome:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Inicial do segundo nome:</b>	<b>Apelido</b> (nome pessoal preferido):	<b>Data de nascimento e idade:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> _____
<b>Seção 1. Educação / Emprego</b>					
<b>Mais alto nível de ensino concluído:</b> <input type="checkbox"/> Ensino fundamental - 1º ciclo <input type="checkbox"/> Graduação tecnológica <input type="checkbox"/> Educação continuada desejada <input type="checkbox"/> Ensino fundamental - 2º ciclo <input type="checkbox"/> Bacharelado <input type="checkbox"/> HiSET/GED <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> Pós-Graduação <input type="checkbox"/> Outro _____					
<b>Situação de trabalho:</b> (Marque todas as opções que se aplicam) <input type="checkbox"/> Dona de casa <input type="checkbox"/> Empregado meio período <input type="checkbox"/> Fora do mercado de trabalho <input type="checkbox"/> Empregado de período integral <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Outra: _____					
<b>Fonte de renda:</b> <input type="checkbox"/> Salário/Vencimento <input type="checkbox"/> Seguro Social/Aposentadoria <input type="checkbox"/> Sem rendimento <input type="checkbox"/> Seguro desemprego <input type="checkbox"/> Pensão alimentícia/Pensão <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Seguro de invalidez    alimentícia dos filhos <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Seguro de acidentes de trabalho <input type="checkbox"/> TAFDC (Assistência Transitória para Famílias com Crianças Dependentes) <input type="checkbox"/> SSI/SSDI (Renda Suplementar de Segurança / Seguro de Invalidez do Seguro Social) <input type="checkbox"/> EAEDC (Auxílio de Emergência para Idosos, Portadores de Deficiências e Crianças)					
<b>Seção 2. Saúde física e mental</b>					
<b>Você é portador de alguma deficiência?</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<b>Como é a sua saúde física e mental em geral?</b> (Faça um círculo em uma opção) Ruim    Razoável    Boa    Excelente			
(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		Você 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)? _____ _____ _____			
Você consultou um médico ou enfermeira clínica nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Você consultou um dentista nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
<b>Seção 3. Segurança</b>					
<b>Perguntas de segurança</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
Você se sente seguro em sua casa.					
Você se sente seguro no local de trabalho ou na escola.					
Você se sente seguro nas ruas de seu bairro.					

1) Você já testemunhou algum ato de violência? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N 2) Você está envolvido em algum processo em tribunal? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual tribunal? _____ Que motivos? _____ _____ _____					
3) Você gostaria de ser encaminhado para receber assistência relacionada à violência doméstica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
<b>Seção 4. Necessidades básicas</b>					
<b>Sua família:</b> <input type="checkbox"/> Vive em seu próprio apartamento ou casa (próprio ou alugado) <input type="checkbox"/> É sem-teto, <i>mas abrigado</i> <input type="checkbox"/> É sem-teto Você precisa de ajuda com: Alimentos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Roupas <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
<b>Seção 5. Envolvimento com agência</b> <i>(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)</i>					
<b>Você está envolvido com alguma das seguintes agências?</b> <i>(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)</i> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> MassHealth  <input type="checkbox"/> DTA (Departamento de Assistência Transitória)  <input type="checkbox"/> DCF (Departamento de Crianças e Famílias)  <input type="checkbox"/> DYS (Departamento de Serviços para a Juventude)  <input type="checkbox"/> DMH (Departamento de Saúde Mental)  <input type="checkbox"/> DDS (Departamento de Serviços de Desenvolvimento)         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Outra: _____  <input type="checkbox"/> Agência comunitária: _____          _____          _____         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Recursos da cidade / município: _____          _____          _____         </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> MassHealth <input type="checkbox"/> DTA (Departamento de Assistência Transitória) <input type="checkbox"/> DCF (Departamento de Crianças e Famílias) <input type="checkbox"/> DYS (Departamento de Serviços para a Juventude) <input type="checkbox"/> DMH (Departamento de Saúde Mental) <input type="checkbox"/> DDS (Departamento de Serviços de Desenvolvimento)	<input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Agência comunitária: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Recursos da cidade / município: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> MassHealth <input type="checkbox"/> DTA (Departamento de Assistência Transitória) <input type="checkbox"/> DCF (Departamento de Crianças e Famílias) <input type="checkbox"/> DYS (Departamento de Serviços para a Juventude) <input type="checkbox"/> DMH (Departamento de Saúde Mental) <input type="checkbox"/> DDS (Departamento de Serviços de Desenvolvimento)	<input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Agência comunitária: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Recursos da cidade / município: _____ _____ _____			
<b>Seção 6. Envolvimento cívico</b>					
<b>Você está envolvido com alguma das seguintes atividades?</b> <i>(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)</i> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Esportes  <input type="checkbox"/> Belas-artes (p. ex., pintura, desenho)  <input type="checkbox"/> Artes performativas (p. ex., música, dança, teatro)  <input type="checkbox"/> Outra: _____         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Projetos de serviço comunitário  <input type="checkbox"/> Voluntariado  <input type="checkbox"/> Escotismo         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Organizações da sociedade civil comunitária  <input type="checkbox"/> Organizações baseadas na fé         </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Esportes <input type="checkbox"/> Belas-artes (p. ex., pintura, desenho) <input type="checkbox"/> Artes performativas (p. ex., música, dança, teatro) <input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> Projetos de serviço comunitário <input type="checkbox"/> Voluntariado <input type="checkbox"/> Escotismo	<input type="checkbox"/> Organizações da sociedade civil comunitária <input type="checkbox"/> Organizações baseadas na fé
<input type="checkbox"/> Esportes <input type="checkbox"/> Belas-artes (p. ex., pintura, desenho) <input type="checkbox"/> Artes performativas (p. ex., música, dança, teatro) <input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> Projetos de serviço comunitário <input type="checkbox"/> Voluntariado <input type="checkbox"/> Escotismo	<input type="checkbox"/> Organizações da sociedade civil comunitária <input type="checkbox"/> Organizações baseadas na fé			
<b>Seção 7. Disposição</b> <i>Para uso exclusivo do escritório</i>					
<b>ID da família:</b>	<b>ID do membro da família:</b>	<b>Tipo de membro da família:</b> <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Pai / Mãe / Cuidador			
<b>Data inicial:</b> _____ <b>Preenchido por:</b> _____		<b>Contato principal:</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
<b>Atualizado por:</b> _____ <b>Atualizado por:</b> _____		<b>Data:</b> _____ <b>Data:</b> _____			

**Observações:**