

FORMULÁRIO K

PLANO DE APOIO FAMILIAR

CENTRO DE RECURSOS FAMILIARES  
\_\_\_\_\_  
(Nome do FRC)

NOME DO JOVEM: \_\_\_\_\_  
DDN: \_\_\_\_\_

ID da Família \_\_\_\_\_  
ID do Membro da Família: \_\_\_\_\_

Data original deste plano:	Revisto em:	Revisto em:	Revisto em:	Revisto em:	Revisto em:
Preenchido por:	Atualizado por:	Atualizado por:	Atualizado por:	Atualizado por:	Atualizado por:

Nº	Visão/Necessidades da Família (Descreva melhorias específicas se a necessidade foi resolvida).	Objectivo(s) para cumprir a visão/necessidade

Este plano será revisto novamente em: \_\_\_\_\_ (Todos os Planos de Apoio Familiar devem ser revistos em \_\_\_\_\_ semanas).  
(Data)

CENTRO DE RECURSOS FAMILIARES

NOME DO JOVEM: \_\_\_\_\_

ID da Família \_\_\_\_\_

DDN: \_\_\_\_\_

ID do Membro da Família: \_\_\_\_\_

(Nome do FRC)

**Necessidades do Jovem/Família** (Indique as necessidades que o plano abordará por ordem da prioridade do jovem/família. A segurança deve ser sempre a primeira a ser indicada).

<u>No.</u>	<u>O que será feito para ajudar a família a cumprir os objetivos?</u> (Se referir um serviço, por favor note como é que se espera que o serviço ajude)	<u>Pessoa Responsável</u>	<u>Progresso</u>
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Terminado
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Terminado
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Terminado
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Terminado
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Terminado
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Terminado
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Terminado
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Terminado
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Terminado
			<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Adiado <input type="checkbox"/> Terminado

CENTRO DE RECURSOS FAMILIARES

*(Nome do FRC)*

NOME DO JOVEM: \_\_\_\_\_

DDN: \_\_\_\_\_

ID da Família \_\_\_\_\_

ID do Membro da Família: \_\_\_\_\_

PROGRESSO / REVISÃO DOS OBJECTIVOS					
Data	Progresso dos Objectivos				Realizações / Progresso / Obstáculos
	Nº	Objectivos Cumpridos	Parcialmente Cumprido	Não foi Cumprido	