

FORMULÁRIO A

FORMULÁRIO DE ADMISSÃO FAMILIAR

Secção 1. Membro da família a solicitar serviços					
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) <div><div><input type="checkbox"/> Pai/Mãe biológico <input type="checkbox"/> Pai/Mãe adotivo(a) <input type="checkbox"/> Pai/mãe de acolhimento</div><div><input type="checkbox"/> Cuidador aparentado <input type="checkbox"/> Avô/Avó <input type="checkbox"/> Jovem <input type="checkbox"/> Co-parentalidade</div><div><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: _____</div></div>				Estado Civil: (Por favor assinale todas as opções aplicáveis) <div><div><input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado</div><div><input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Em União Civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> N/A</div></div>	
Rendimento (Facultativo): Qual é o seu rendimento familiar total? <div><div><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</div><div><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</div><div><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</div><div><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</div></div>					
Seguro de saúde: Tem seguro de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Etnia: 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. _____ <div><div><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. _____</div><div><input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita</div><div><input type="checkbox"/> Nativo Havaiano <input type="checkbox"/> Guamaniana ou Chamorro <input type="checkbox"/> Samoana</div></div> <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: (Por favor indique uma da lista a seguir) <div><div><input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Dialeto Africanos <input type="checkbox"/> Língua Gestual Americana <input type="checkbox"/> Amárico <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Arménio</div><div><input type="checkbox"/> Português do Brasil <input type="checkbox"/> Dialeto Birmaneses <input type="checkbox"/> Cantonês <input type="checkbox"/> Crioulo Cabo-verdiano <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Crioulo haitiano</div><div><input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Khmer/Cambojano <input type="checkbox"/> Mandarim <input type="checkbox"/> Moldavo <input type="checkbox"/> Português</div><div><input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Outra: _____</div></div>					

Serviço Militar:

☐ S☐ N☐ Ativo☐ Guarda Nacional☐ Reserva☐ Ex-Combatente

Último Destacamento: _____

Data

Informação sobre o Membro da Família:						
Nome próprio	Apelido	Escola que frequenta atualmente	Data de Nascimento e idade	Sexo	Parentesco com o familiar que requer serviços	Serviços necessários
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Agregado familiar:

☐ Monoparental☐ Biparental☐ Multiparental☐ Várias gerações

Tamanho do agregado familiar: Número total de crianças/jovens do agregado familiar: _____ Número total de membros do agregado familiar: _____

Secção2. Serviços solicitados

De que é que necessita?

Motivo da sua visita: (Por favor assinale todas as opções aplicáveis)

☐ A criança tem dificuldade em seguir regras

☐ A criança falta à escola
Quantos dias nos últimos 3 meses? _____
Sabe porquê? _____

☐ A criança fugiu alguma vez ☐ S ☐ N
Quando foi a última vez? _____
Durante quanto tempo? _____

☐ Enviado pelo tribunal

☐ Enviado pela escola

☐ Enviado por outra agência: _____
(nome da agência)

☐ Procuo informação sobre parentalidade/educação parental

☐ Problemas na escola / Informação da escola

☐ Informação sobre cuidados infantis

☐ Informação sobre atividades extracurriculares

☐ Preocupações relacionadas com o uso de substâncias

☐ Preocupações relacionadas com Saúde/Saúde Mental

☐ Problemas Familiares / Problemas Financeiros

☐ Habitação / Renda

☐ Transporte

☐ Problemas laborais

☐ Educação Contínua do Cuidador

☐ Problemas com Imigração/Jurídicos

Outro: _____

Secção 3. Recomendação		<i>Como é que teve conhecimento dos nossos serviços?</i>	
Recomendação: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Amigo / Familiar <input type="checkbox"/> Tribunal / Funcionário da Reinserção Social <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> EI (Intervenção Precoce) <input type="checkbox"/> Pré-Primária / Head Start <input type="checkbox"/> WIC (Mulheres, bebés e crianças) <input type="checkbox"/> Pediatra / Médico de família <input type="checkbox"/> Outro Profissional de Saúde <input type="checkbox"/> Conselheiro/Clinica de Saúde Mental </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> CSA (Agência de Serviços Comunitários) <input type="checkbox"/> Outros Serviços / Apoio da CBHI (Iniciativa de Saúde Comportamental Infantil) <input type="checkbox"/> Igreja / Organização Ecuménica / Pastor Mass211 <input type="checkbox"/> Uma família que usou serviços FRC: _____ <input type="checkbox"/> DCF (Departamento de Crianças e Famílias) <input type="checkbox"/> DMH (Departamento de Saúde Mental) </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> DTA (Departamento de Assistência Transicional) <input type="checkbox"/> DYS (Departamento de Serviços Juvenis) <input type="checkbox"/> Outra Agência Estadual: _____ <input type="checkbox"/> Outra Agência Local: _____ <input type="checkbox"/> Redes Sociais: _____ <input type="checkbox"/> Imprensa: _____ <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Outra: _____ </div> </div>			
Secção 4. 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 _____ Divulgação da Informação Assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ Divulgação da Informação Assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ Divulgação da Informação Assinada: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N _____ 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"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Consentimento total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Negado	
<input type="checkbox"/> Informação e encaminhamento <input type="checkbox"/> Serviços do Centro de Recursos familiares <input type="checkbox"/> Encaminhamento externo		<input type="checkbox"/> Avaliação das Aptidões e Necessidades da Família (Family CANS) <input type="checkbox"/> Plano de Apoio Familiar	
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 Atualizado por: _____ Data: _____ Atualizado por: _____ Data: _____		Principal Contacto: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Notas:			

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:		

FORMULÁRIO C¹

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)

Sobrenome:	Nome:	Inicial do segundo nome:	Apelido (nome pessoal preferido):	Data de nascimento e idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> _____
Seção 1. Educação / Emprego					
Mais alto nível de ensino concluído: <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 _____					
Situação de trabalho: (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: _____					
Fonte de renda: <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)					
Seção 2. Saúde física e mental					
Você é portador de alguma deficiência? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Como é a sua saúde física e mental em geral? (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					
Seção 3. Segurança					
Perguntas de segurança	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
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					
Seção 4. Necessidades básicas					
Sua família: <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					
Seção 5. Envolvimento com agência <i>(Por favor, marque todas as opções que se aplicam)</i>					
Você está envolvido com alguma das seguintes agências? <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: _____ _____ _____			
Seção 6. Envolvimento cívico					
Você está envolvido com alguma das seguintes atividades? <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			
Seção 7. Disposição <i>Para uso exclusivo do escritório</i>					
ID da família:	ID do membro da família:	Tipo de membro da família: <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Pai / Mãe / Cuidador			
Data inicial: _____ Preenchido por: _____		Contato principal: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Atualizado por: _____ Atualizado por: _____		Data: _____ Data: _____			

Observações:

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:** _____**Data:** _____**Atualizado por:** _____**Data:** _____**Observações:**

FORMULÁRIO D

FORMULÁRIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

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

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
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
NECESSIDADES BÁSICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rendimento/Assistência Transicional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SSI/SSDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Habitação/Abrigo (Pedidos de Habitação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assistência como aluguel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assistência com Combustíveis/Serviços de Utilidade Pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Transportes (Passes de Autocarro, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Emprego/Procura de Trabalho (Formulários para Obtenção de Trabalho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alimentação/Nutrição (Dispensa, Refeições, WIC, Vales de Alimentação, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviços de Tradução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assistência Jurídica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Imigração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Informação Sobre Cidadania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assistência em Dias Feriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EQUIPAMENTO/MATERIAL				
Vestuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fraldas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Leite em Pó para Bebés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cadeirinhas para Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mobiliário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
APOIO FAMILIAR				
Serviços de Violência Doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Serviços de Abuso Infantil/Negligência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Informação sobre Desenvolvimento Infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intervenção Precoce / Rastreio do Desenvolvimento	<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"/>		
SERVIÇOS DE SAÚDE				
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

Notas:

FORMULÁRIO E

REGISTO DA RECEPÇÃO

(Todos os membros da família que vêm ao Centro de Recursos Familiares)

Data	Hora	Nome (Facultativo)	Quer ser contactado?	Informação de Contacto (Facultativo)	Já esteve aqui antes?
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

FORMULÁRIO F

TABELA DE PARTICIPAÇÃO NO EVENTO

Data do Evento:	Nome do Evento:		
Nome do Funcionário:	Tipo do Evento:	Nº de Sessões:	Nº da Sessão Atual:
Disponibilizada guarda de crianças: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Disponibilizado transporte: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Disponibilizada comida: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Papel do FRC:
Nº de Pessoas Registradas:	Nº de Participantes:	Nº Calculado de Participantes:	

ID do Membro da Família	Apelido	Nome Próprio	Endereço Electrónico	Nº Telefone	Morada	Nº de Crianças Participantes	O membro da família quer receber acompanhamento?
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

FORMULÁRIO G

INQUÉRITO FAMILIAR

<i>Apenas para uso oficial:</i>		
Data:	ID da Família:	ID do Membro da Família:
Inquérito realizado por:		Tipo de Inquérito: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Escritório <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Pessoalmente

INSTRUÇÕES: Esta escala deve ser administrada a todos os cuidadores familiares durante o processo de Avaliação Clínica (consulte *FRC Service Flow Model*) e novamente daí a três meses ou quando terminarem os serviços que estão a receber (o que acontecer primeiro). Esta escala destina-se a todos os cuidadores familiares, incluindo adolescentes que são pais. Esta escala pode ser preenchida diretamente pelo cuidador familiar ou pode ser administrada por um funcionário do FRC que lerá cada pergunta e as opções de resposta ao cuidador familiar. (Consulte os Cartões de Resposta.) Esta escala não deve ser administrada a não-cuidadores.

Pergunta	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo de Certa Forma	Nem Concordo nem Discordo	Concordo de Certa Forma	Concordo	Concordo Plenamente
COMUNICAÇÃO FAMILIAR							
Na minha família, falamos sobre os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando discutimos, a minha família ouve “os dois lados da história”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na minha família, ouvimo-nos uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha família une-se quando as situações se complicam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha família é capaz de resolver os seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APOIO EMOCIONAL/SOCIAL							
Tenho pessoas com quem falar se precisar de falar sobre os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando estou solitário, tenho várias pessoas com quem posso falar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se passar por uma crise tenho pessoas com quem posso falar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APOIO CONCRETO							
Não tenho ideia nenhuma do que fazer se a minha família precisasse de comida ou de alojamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não saberia onde pedir ajuda se não pudesse fazer face às despesas básicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pergunta	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo de Certa Forma	Nem Concordo nem Discordo	Concordo de Certa Forma	Concordo	Concordo Plenamente
Não saberia onde pedir ajuda se precisasse de procurar trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESENVOLVIMENTO INFANTIL							
Há muitos momentos em que não sei o que hei-de fazer como pai/mãe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sei como ajudar o meu filho a aprender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu filho porta-se mal só para me aborrecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elogio o meu filho quando se porta bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perco o controle quando disciplino o meu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pergunta	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo de Certa Forma	Nem Concordo nem Discordo	Concordo de Certa Forma	Concordo	Concordo Plenamente
CRIAÇÃO E LIGAÇÃO							
Sinto-me feliz quando estou com o meu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu e o meu filho somos muito apegados um ao outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou capaz de acalmar o meu filho quando está mal disposto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passo tempo como meu filho a fazer o que ele gosta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pergunta	Não Descreve-me Bem	Descreve-me Relativamente Bem	Descreve-me Bem	Descreve-me Bem Melhor	Descreve-me Muito Bem
RESILIÊNCIA PESSOAL					
Procuro ativamente formas de substituição das perdas que enfrento na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creio que posso crescer de uma forma positiva lidando com situações difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procuro formas alternativas para alterar situações difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Independentemente do que me possa acontecer, creio que posso controlar a minha reação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO H

AVALIAÇÃO FAMILIAR MCMASTER

<i>Apenas para uso oficial:</i>		
Data:	ID da Família:	ID do Membro da Família:
Inquérito realizado por:		Tipo de Inquérito: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Escritório <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Pessoalmente

INSTRUÇÕES: Esta escala deve ser administrada a todos os cuidadores familiares durante o processo de Avaliação Clínica (consulte *FRC Service Flow Model*) e novamente daí a três meses ou quando terminarem os serviços que estão a receber (o que acontecer primeiro). Esta escala destina-se a todos os cuidadores familiares, incluindo adolescentes que são pais e pode ser preenchida diretamente pelo cuidador familiar ou pode ser administrada por um funcionário do FRC que lerá cada pergunta e as opções de resposta ao cuidador familiar. (Consulte os Cartões de Resposta.)

Pergunta	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Plenamente
Geralmente agimos em função das nossas decisões sobre os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depois de a nossa família tentar resolver um problema, geralmente discutimos se funcionou ou não.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolvemos a maioria das situações emocionais que surgem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfrentamos problemas que envolvem sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentamos pensar em maneiras diferentes de resolver os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO I

QUESTIONÁRIO SOBRE DESENVOLVIMENTO JUVENIL

Apenas para uso oficial:

Data:	ID da Família:	ID do Membro da Família:
Inquérito realizado por:		Tipo de Inquérito: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Escritório <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Pessoalmente

INSTRUÇÕES: Esta escala deve ser administrada a todos os jovens entre os 10 e os 18 anos que frequentam a escola e que recebem serviços através do FRC e que não são cuidadores e, por isso, não preenchem o Inquérito Familiar. Deve ser administrada durante o processo de Avaliação Clínica (consulte FRC *Service Flow Model*) e novamente daí a três meses ou quando terminarem os serviços que estão a receber (o que acontecer primeiro). Esta escala pode ser preenchida diretamente pelo jovem ou pode ser administrada por um funcionário do FRC que lerá cada pergunta e as opções de resposta ao jovem (Esta pode ser a opção preferível quando se trabalha com jovens com idade inferior a 14 anos). (Por favor consulte os Cartões de Resposta.)

1. Sucesso académico: Por favor fale-nos da sua experiência académica.

PERGUNTA	MAIORIA F	MAIORIA D	MAIORIA C	MAIORIA B	MAIORIA A
a) Como foram as suas notas na escola durante o último semestre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERGUNTA	0 HORAS	1 HORA	2 HORAS	3 HORAS	4 OU MAIS HORAS
b) Nos últimos 7 dias, quanto tempo passou a fazer trabalhos de casa fora da escola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nos últimos 7 dias, quanto tempo passou a ler por diversão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COM QUE FREQUÊNCIA É QUE FAZ O SEGUINTE?	NÃO SEI	NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
d) Esforço-me na escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Gosto da escola ou estou interessado em ir à escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Importo-me com a minha escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Dou-me bem com os meus colegas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Dou-me bem com os meus professores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Envolvimento Comunitário: Por favor diga-nos como passa o tempo na sua comunidade.

PERGUNTA	0 HORAS	1 HORA	2 HORAS	3 HORAS	4 OU MAIS HORAS
a) Nos últimos 7 dias, quantas horas passou a fazer voluntariado ou a ajudar outras pessoas na sua comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nos últimos 7 dias, quantas horas passou à procura de oportunidades para ajudar outras pessoas na sua comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMO É QUE SE SENTE ACERCA DO SEU PAPEL NA SUA COMUNIDADE?	NÃO SEI	NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
c) Sinto-me importante na minha comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sinto uma forte ligação com a minha comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sinto-me bem comigo próprio porque ajudo outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Competência cultural: por favor diga-nos o que é que pensa das culturas diferentes da sua.

PERGUNTAS	NÃO SEI	NADA	MUITO POUCO	UM POUCO	MUITO
a) Quanto acha que sabe sobre os povos de outras culturas, raças ou grupos étnicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERGUNTAS	NÃO SEI	NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
b) Importo-me com os jovens de outras culturas, raças ou grupos étnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Respeito os jovens de outras culturas, raças ou grupos étnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sinto-me bem com os jovens de outras culturas, raças ou grupos étnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Competências básicas de vida: Por favor diga-nos como se relaciona com os outros.

PERGUNTAS	NÃO SEI	NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
a) Dou-me bem com pessoas da minha idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tenho facilidade em fazer amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tenho facilidade em comunicar aos outros as minhas ideias e sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tenho facilidade em ouvir os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Trabalho bem em grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tomo boas decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tenho facilidade em fazer planos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Tenho facilidade em estabelecer objectivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Tenho facilidade em resolver problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sou um bom líder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Tenho facilidade em resolver os problemas sem violência ou lutas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Auto-consciência: Por favor fale-nos de si.

PERGUNTAS	NÃO SEI	NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
a) Sinto-me bem comigo mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sinto que tenho controlo sobre as coisas que me acontecem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sinto que posso fazer a diferença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Aprendo novas coisas com facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sinto que tenho um bom futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Lido bem com o que me acontece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Resolução de problemas familiares: Por favor diga-nos como é que a sua família geralmente resolve os problemas.

PERGUNTAS	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO PLENAMENTE
a) Na nossa família geralmente agimos em função das nossas decisões sobre os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Depois de a nossa família tentar resolver um problema, geralmente discutimos se funcionou ou não.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Na nossa família resolvemos a maioria das situações emocionais que surgem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Na nossa família enfrentamos problemas que envolvem sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Na nossa família tentamos pensar em maneiras diferentes de resolver os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Resiliência Pessoal: Por favor diga-nos como é que lida com as dificuldades.

PERGUNTA	NÃO DESCREVE-ME BEM	DESCREVE-ME RELATIVAMENTE BEM	DESCREVE-ME BEM	DESCREVE-ME BEM MELHOR	DESCREVE-ME MUITO BEM
a) Procuo activamente formas de substituição das perdas que enfrento na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Creio que posso crescer de uma forma positiva lidando com situações difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Procuo formas alternativas para alterar situações difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Independentemente do que me possa acontecer, creio que posso controlar a minha reação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	

