

(3)

FAMILY COUNSELING CENTER
SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS
(Application for Service)

NOME DO ESTUDANTE (Sobrenome, Nome, Inicial do Meio) Traffic # PI-M

Data de Nasc. Idade Sexo Raça/Etnicidade

Nº Ident. Escolar do Estudante Escola: Série:

Endereço atual do estudante (Rua/Avenida) (Nº Apartamento) (Cidade) (Código Postal)

A criança mora atualmente com: Pais Guardião Outra pessoa

Quem tem a custódia da(s) criança(s)?

MÃE/GUARDIÃO Idade Telefone residencial #

Endereço para e-mail: Telefone celular#

Local de trabalho/Cargo Horário de trabalho Telefone do trabalho #

PAI /GUARDIÃO Idade Telefone residencial #

Endereço para e-mail: Telefone celular#

Local de trabalho/Cargo Horário de trabalho Telefone do trabalho #

Estado civil: CASADO(A) SOLTEIRO(A) SEPARADO(A) DIVORCIADO(A) COABITANTE CASADO(A) NOVAMENTE VIÚVO(A)

MADRASTA /OUTRA PESSOA Idade Telefone residencial #

Endereço para e-mail: Telefone celular#

Local de trabalho/Cargo Horário de trabalho Telefone do trabalho #

PADRASTO / OUTRA PESSOA Idade Telefone residencial #

Endereço para e-mail: Telefone celular#

Local de trabalho/Cargo Horário de trabalho Telefone do trabalho #

HÁ OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA MORANDO NO DOMICÍLIO? (relacione os nomes)

Table with 3 columns: NOME, IDADE/SÉRIE, RELAÇÃO COM A CRIANÇA

INFORMAÇÃO DA ESCOLA:

Colocação de classe atual (favor fazer um círculo): Classe Regular Plano 504 Superdotados Inclusão ESE

O(A) seu(sua) filho(a) já repetiu de ano? No caso de sim, em qual série e por que?

Você está/estava preocupado com a habilidade de seu(sua) filho(a) em ter êxito na escola? No caso de sim, favor explicar:

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS (Continuação, página 2)

FAVOR ASSINALAR QUALQUER UM DOS SEGUINTE QUE REPRESENTAREM SER PROBLEMAS PASSADOS OU PRESENTES DE SEU(SUA) FILHO(A):

	Pass.	Pres		Pass.	Pres		Pass.	Pres
Agressiva			Esquecida			Dorme demais		
Ansiosa			Caligrafia deficiente			Fobias		
Argumentadora			Hiperativa			Notas baixas		
Procura atenção			Hipocondríaca			Deixa para a última hora		
Evita fazer tarefa			Imatura			Lê abaixo do nível		
Grupo social			Impossível de relaxar			Auto-mutilação		
Urina/excreta na cama			Impulsiva			Troca as letras		
Culpa outras pessoas			Desconsiderada			Evita a escola		
Não segue instruções			Insegura			Reservada		
Não fica sentada quieta			Insônia			Ansiedade da separação		
Não espera a sua vez			Interrompe			Sexualmente inapropriada		
Cola			Irresponsável			Atenção curta		
Atrapalhada			Irritável			Tímida		
Chora muito			Ciumenta			Rivalidade entre irmãos		
Sonha acordada			Preguiçosa			Cabula aulas		
Desafiante			Levanta do assento frequentemente			Inadequada socialmente		
Exigente			Mente			Rouba		
Deprimida			Perde a maioria das coisas			Fala bastante		
Destrói propriedade			Baixa auto-estima			Problema de temperamento		
Desobedece			Manipuladora			Faz ameaças, violenta		
Desorganizada			De humor instável			Desmotivada		
Desrespeitosa			Nunca termina as tarefas			Vulgar		
Desordeira			Pesadelos			Queixosa		
Distraída			Não tem amigos			Obstinada		
Usuária de droga/maconha/álcool			Obsessiva/Compulsiva			Retraída		
Frustra-se facilmente			Fica fora até tarde			Não dorme sozinha		
Medrosa			Come demais ou pouco			Vítima de abuso sexual		

HOUE ALGUMA OCORRÊNCIA SIGNIFICANTE NA ESCOLA OU NA FAMÍLIA QUE POSSA ESTAR AFETANDO O(A) SEU(SUA) FILHO(A) AGORA?

O QUE VOCÊ FEZ PARA RESOLVER ESTES PROBLEMAS NO PASSADO? _____

QUEM DISCIPLINA O(A) SEU(SUA) FILHO(A)? _____

HÁ ALGUM PROBLEMA DE DISCIPLINA? _____

Favor assinalar quaisquer áreas de problemas que possam estar afetando a família:

<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Divórcio/separação	<input type="checkbox"/> Perda	<input type="checkbox"/> Os pais não conseguem controlar as crianças
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Violência doméstica/na família	<input type="checkbox"/> Problemas de saúde	<input type="checkbox"/> Falta de comunicação
<input type="checkbox"/> Mudanças de rotina	<input type="checkbox"/> Problemas emocionais	<input type="checkbox"/> Doença mental	<input type="checkbox"/> Transferência
<input type="checkbox"/> Morte na família	<input type="checkbox"/> Problemas financeiros	<input type="checkbox"/> Os pais brigam muito	<input type="checkbox"/> Abuso de substância

O QUE VOCÊ ESPERA OBTER DO ACONSELHAMENTO (METAS)? _____

HÁ OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA PASSANDO POR PROBLEMAS? _____

Dou consentimento para serviços de aconselhamento individual e/ou familiar.

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Guardião _____

Data _____

Favor preencher este formulário, conforme exigido pela Broward County Children's Services Administration, a fonte de financiamento deste programa. Por favor, fique ciente também que ocasionalmente os registros clínicos são examinados confidencialmente por esta fonte de financiamento.

NOME DO ESTUDANTE: _____

ESCOLA DO ESTUDANTE: _____

DATA DE NASC. DO ESTUDANTE.: _____

NÍVEL DE SÉRIE DO ESTUDANTE:

GÊNERO/SEXO DO ESTUDANTE: _____ MASC. _____ FEM.

_____ SÉRIE (1ª a 12ª)

PAÍS DE NASCIMENTO DO ESTUDANTE: _____

_____ HEADSTART

PAÍS DE NASCIMENTO DOS PAIS: _____

_____ JARDIM DE INFÂNCIA

PRIMEIRO IDIOMA DO ESTUDANTE _____

_____ PRÉ-JARDIM

O ESTUDANTE É CIDADÃO AMERICANO? _____ SIM _____ NÃO, especificar:

- _____ Residente estrangeiro
- _____ Asilado
- _____ Refugiado
- _____ Outro
- _____ Nenhuma das opções acima

RAÇA/ETNICIDADE DO ESTUDANTE:

- _____ AMERICANO DE ORIGEM AFRICANA
- _____ ÍNDIO AMERICANO
- _____ HISPÂNICO NEGRO
- _____ HISPÂNICO BRANCO
- _____ HAITIANO
- _____ OUTRA RAÇA _____
- _____ BRANCO

TOTAL DO NÚMERO DE PESSOAS NO DOMICÍLIO: _____

NÚMERO DE CRIANÇAS NO DOMICÍLIO: _____

NÚMERO DE PESSOAS NO DOMICÍLIO QUE TRABALHAM: _____

MÉDIA DA RENDA FAMILIAR MENSAL \$ _____

IMPORTANTE: As perguntas seguintes não afetam a sua qualificação aos serviços, e este programa não envia informações a companhias de seguro com propósito de reembolso.

1. O(A) seu(sua) **FILHO(A)** tem: (ASSINALAR UM)
 - a. _____ CARTÃO MEDICAID GOLD
 - b. _____ MEDICAID HMO
 - c. _____ SEGURO HEALTHY KIDS
 - d. _____ SEGURO PARTICULAR
 - e. _____ NÃO TEM SEGURO

NO CASO DE SIM, o nome do PROVEDOR DE SEGURO, PLANO MEDICAID / HMO DA CRIANÇA: _____

2. Se o(a) seu(sua) filho(a) tiver seguro, assinale os tipos de planos de cobertura de saúde mental incluídos na apólice.
 - a. _____ ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL
 - b. _____ ACONSELHAMENTO FAMILIAR
 - c. _____ NÃO TEM PLANO DE COBERTURA DE SAÚDE MENTAL
3. O(A) seu(sua) **FILHO(A)** está matriculado(a) em programa ESE? (Superdotados, SLD, VE, EBD, Fonoaudiologia, OHI, etc.)? _____ NÃO _____ SIM
 - a. No caso de sim, o IEP dele(a) inclui um componente de aconselhamento? _____ NÃO _____ SIM

A minha assinatura abaixo confirma que todos os dados fornecidos são verdadeiros e corretos. Compreendo que esta informação não afeta a minha qualificação aos serviços de aconselhamento. Caso houver qualquer mudança na informação acima durante o andamento do serviço no Family Counseling Program, informarei o conselheiro imediatamente.

Nome do(a) Pai/Mãe/Guardião Legal

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Guardião Legal

Data