

FICHA DE REFERENCIAÇÃO

Esta Ficha de Referenciação pretende sinalizar situações de risco passíveis de intervenção com o agregado familiar, por parte deste CAFAP. O seu preenchimento é imprescindível para uma melhor avaliação das problemáticas inerentes a cada família, tornando-se essencial para um melhor entendimento e diagnóstico inicial de cada situação específica.

O total preenchimento deste documento e a Informação Inicial remetida por vós é fundamental para uma eficaz triagem das situações de risco e melhor adaptação das estratégias de intervenção.

Apelamos ao anexo de documentos, relatórios e informações que considerem pertinentes para a intervenção.

A admissão da família no CAFAP é efetuada com a assinatura do acordo familiar.

1. Entidade Referenciadora

Entidade Referenciadora			Data de Referenciação	
Técnico que Referencia			Função que desempenha	
Contactos telefónico		Email		
Âmbito de intervenção	<input type="checkbox"/> Processo de Promoção e Proteção <input type="checkbox"/> Processo Tutelar Cível			
ASSINALAR SE A SINALIZAÇÃO É URGENTE , CONSIDERANDO A EXISTÊNCIA DE RISCO ELEVADO PARA A SEGURANÇA DA CRIANÇA <input type="checkbox"/>				

2. Identificação da(s) Criança(s)/jovem(ns) do Agregado Familiar

(por favor acrescente consoante o número de crianças do agregado familiar)

Nome da criança/jovem	D.N.	NISS	N.º de Identificação Civil (C.C./Visto/Passaporte, etc)	Estabelecimento educativo

3. Identificação dos progenitores e/ou detentor das responsabilidades parentais

Nome da Mãe				D.N:
B.I./ C.C./Passaporte/outro				Data de Validade:
NIF				NISS
Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteiro/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> união de facto <input type="checkbox"/> separado/divorciado <input type="checkbox"/> viúvo			
Morada Residência				
Código Postal		Freguesia/ Concelho		
Profissão				Situação profissional
Entidade empregadora				
Contato telefónico			Email	

Nome do Pai				D.N:
B.I./ C.C./Passaporte/outro				Data de Validade:
NIF				NISS
Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteiro/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> união de facto <input type="checkbox"/> separado/divorciado <input type="checkbox"/> viúvo			
Morada Residência				
Código Postal		Freguesia/ Concelho		
Profissão				Situação profissional
Entidade empregadora				
Contato telefónico			Email	

Preencher apenas no caso de não ser o/a progenitor/a:

Nome do Representante Legal				D.N:
B.I./ C.C./Passaporte/outro			Data de Validade:	
NIF			NISS	
Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteiro/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> união de facto <input type="checkbox"/> separado/divorciado <input type="checkbox"/> viúvo			
Morada Residência				
Código Postal		Freguesia/ Concelho		
Profissão			Situação profissional	
Entidade empregadora				
Contato telefónico			Email	

4. Situação Jurídica da criança/jovem

Processo de Promocão e Proteção	<input type="checkbox"/> Medida de promoção e proteção aplicada – Medida de Apoio junto da Mãe Tipo de Medida: _____ Proc .Nº: _____
Exercício das responsabilidades Parentais:¹	<input type="checkbox"/> Definida <input type="checkbox"/> Processo n.º: _____ / _____ <input type="checkbox"/> Guarda exclusiva <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Guarda partilhada <input type="checkbox"/> Residência alternada <input type="checkbox"/> Residência exclusiva
Processo Tutelar Educativo	<input type="checkbox"/> Medida tutelar por definir <input type="checkbox"/> Medida tutelar aplicada Tipo de Medida: _____ Proc .Nº: _____ / _____ Tribunal de _____

5. Modalidade de Intervenção (art.º 8.º da Portaria 139/2013, de 2 de abril):

<input type="checkbox"/> Preservação Familiar	<input type="checkbox"/> Reunificação Familiar	<input type="checkbox"/> Ponto de Encontro Familiar
---	--	---

5.1. Identificação e breve descrição fundamentada da situação de risco/perigo que despoletou a sinalização para o CAFAP

¹ Guarda partilhada (o regime comum, em que ambos os progenitores exercem as responsabilidades parentais sobre os filhos)

Guarda exclusiva (em condições excepcionais, a guarda dos filhos fica à responsabilidade de apenas um dos progenitores)

5.2. Objetivo(s) da referenciação

(Especifique o que se pretende com a Intervenção CAFAP)

6. Caracterização de intervenções anteriores efetuadas e em curso

Descreva sucintamente as medidas de proteção e/ou projetos de intervenção e resultados

6.1. Entidades a intervir, no momento, com a(s) criança (s) e jovem (ns) e a sua família

(n.º 4 do arº 13.º da Portaria 139/2013, de 2 de abril)

Área	Entidade	Nome	Contacto
Educação (Escola, Equipamento de infância...)			
Saúde (Centro de Saúde, Hospital, Psicólogo...)			
Ação Social (BA, RSI,...)			
Outra (Indique qual)			

7. Procedimentos de referenciação e admissão

7.1. Descrição das diligências efetuadas com a famílias e as crianças e jovens para dar a conhecer a referenciação/contacto com o CAFAP.

7.2. Identificação dos indicadores de disponibilidade da família para aderir, de forma participada, no PIAF, nomeadamente na sua elaboração, desenvolvimento e acompanhamento.

Apenas para a Modalidade Ponto de Encontro Familiar

8. Identificar a intervenção pretendida:

<input type="checkbox"/> Visitas/convívios supervisionadas	<input type="checkbox"/> Visitas/convívios parcialmente supervisionadas	<input type="checkbox"/> Trocas supervisionadas/Transições
--	---	--

No caso de não ser o/a progenitor/a ou o detentor das responsabilidades parentais (por exemplo: avós)

8.1. Identificar o/a adulto/a visitante:

Nome	Data de Nascimento	N.º identificação civil	NISS	Parentesco
Morada:				Contacto telefónico:

Nome	Data de Nascimento	N.º identificação civil	NISS	Parentesco
Morada:				Contacto telefónico:

8.2. Documentos anexados

- Ata de conferencia Acordo de Promoção e Proteção Relatório Psicossocial

Assinatura de quem referenciou²

Data: ____/____/____

A PREENCHER PELO CAFAP:

DATA DA REUNIÃO DE EQUIPA: ____/____/____

NÃO ABRIR PROCESSO – MOTIVO: _____

ABRIR PROCESSO N.º ____/____ GESTOR DE CASO: _____

Enviar para proteccaoarapariga@gmail.com

² A assinatura é obrigatória e pode ser digital