Candidatura aos Serviços de Acampamento de Verão do CSOC 2027

NJ Children's System of Care
Contracted System Administrator — **PerformCare®**

Parte A: Apoio Financeiro para a Taxa do Acampamento de Verão

Antes de apresentar esta candidatura, seu filho deve ser considerado elegível para os Serviços de Incapacidade Intelectual/de Desenvolvimento pelo CSOC e estar inscrito num Acampamento Qualificado. Se não souber a CYBER ID de seu filho, contate a PerformCare através do número **877-652-7624**. Pode também preencher a candidatura aos Serviços de Acampamento de Verão online em **www.performcarenj.org/summercamp**.

Instruções

1. Selecione um Acampamento Qualificado na lista **aprovada pelo CSOC** disponível em: **www.performcarenj.org/summercamp**.
2. Se o Acampamento Qualificado tiver determinado que seu filho vai precisar de **Apoio/Assistência Individual** para acampamento, **deverá preencher a Parte B desta candidatura**. Antes de enviar seu pedido, por favor contate a Agência de Provedores do Apoio individual para se certificar de que a agência que selecionou pode satisfazer seu pedido. A lista de provedores aprovados pelo CSOC pode ser consultada em: **www.performcarenj.org/summercamp**.
3. Envie a candidatura **preenchida** por correio juntamente com **uma cópia de inscrição ou da carta de aceitação** do Acampamento Qualificado para: **PerformCare, At.: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**. Sua **candidatura tem de ser preenchida e enviada pelo correio** ou ser recebida **o mais tardar em 30 de junho de 2027** para ser considerada para apoio financeiro. As candidaturas não serão aceites após o prazo de 30 de junho. As notificações do estado da candidatura serão enviadas por correio entre 1 de dezembro de 2026 e 1 de março de 2027.

Por favor, note: **O pagamento é realizado ao Acampamento Qualificado que a criança frequentar depois da prestação dos serviços no acampamento.**

Informação sobre a criança		
Nome da criança	Sobrenome da criança	
N.º CYBER ID	Data de nascimento	CEP

Informações do progenitor/tutor legal			
Nome do progenitor/tutor legal		Sobrenome do progenitor/tutor legal	
Endereço		Cidade	Estado
CEP	Telefone	Email	

Informação sobre o Acampamento Qualificado – Queira enviar a confirmação da inscrição no acampamento junto com esta candidatura.			
Nome do Acampamento Qualificado		ID do Acampamento (pode ser consultado na lista de provedores de Acampamentos Qualificados em nosso site)	
Endereço		Cidade	Estado
CEP	Telefone	Email	

Informação sobre o Acampamento Qualificado – Queira enviar a confirmação da inscrição no acampamento junto com esta candidatura.					
Tipo de acampamento:					
☐ **Acampamento com Dormida** (selecione até **6** dias para reembolso):					
Nome do acampamento:					
Datas: **Data de início (mm/dd/aa)** a **Data de fim (mm/dd/aa)** **(não deve ultrapassar 6 dias)**					
☐ **Acampamento de Dia** (selecione até **10** dias para reembolso):					
Primeira semana					
Nome do acampamento:					
Datas: **Data de início (mm/dd/aa)** a **Data de fim (mm/dd/aa)** **(não deve ultrapassar 5 dias)**					
Segunda semana					
Nome do acampamento:					
Datas: **Data de início (mm/dd/aa)** a **Data de fim (mm/dd/aa)** **(não deve ultrapassar 5 dias)**					
Datas não consecutivas do acampamento: (Se a criança não frequentar as 2 semanas completas, queira informar as datas individuais.)					
Nome do acampamento:					
Datas:	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**
	mm/dd/aa	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**

Informação sobre o Acampamento Qualificado – Queira enviar a confirmação da inscrição no acampamento junto com esta candidatura.					
Tipo de acampamento (continuação)					
☐ **Sessões recreativas alternativas (ARS)** (selecione 20 sessões ARS de duas horas **OU** 5 dias de acampamento e 10 sessões ARS.)					
Nome do Acampamento ARS:					
Datas:	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**
	mm/dd/aa	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**
	mm/dd/aa	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**
	mm/dd/aa	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**

Nome do Acampamento de Dia:					
Datas:	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**	**mm/dd/aa**

Declaração		
Declaro que ao apresentar a candidatura para apoio financeiro para a Taxa do Acampamento de Verão, inscrevi meu filho no Acampamento Qualificado indicado. Declaro ainda que, tanto quanto é do meu conhecimento, as informações nesta candidatura são verdadeiras e precisas tanto quanto é do meu conhecimento.		
Nome do progenitor/tutor legal	Assinatura do progenitor/tutor legal	Data

Candidatura aos Serviços de Acampamento de Verão do CSOC 2027

NJ Children's System of Care
Contracted System Administrator — **PerformCare®**

Parte B: Candidatura aos Serviços de Apoio Individual de Acampamento de Verão 2027

Se o acampamento tiver determinado que seu filho vai necessitar de Apoio/Assistência individual para participar do acampamento, deverá preencher esta secção da candidatura. Você e o provedor do acampamento devem preencher o Resumo de Comportamento Adaptativo da Criança (CABS) em conjunto nas páginas seguintes para se candidatarem aos Serviços de Apoio individual. O acampamento deve conservar uma cópia do CABS preenchida em conjunto.

Além disso, uma cópia do CABS deve ser fornecida à Agência de Provedores de Apoio Individual, uma vez que fornece uma visão ampla do impacto da incapacidade da criança na vida quotidiana, tanto para a criança como para o cuidador, e ajuda a garantir o melhor Apoio individual a seu filho. Queira consultar também a lista de provedores qualificados de Apoio individual disponível no site da PerformCare para concluir a candidatura – **www.performcarenj.org/summercamp**.

ATENÇÃO: Devido à elevada demanda por Apoio individual para crianças que frequentam o acampamento nas últimas duas semanas de agosto, o CSOC **não pode garantir** que todos os pedidos sejam satisfeitos. **Sua candidatura deve estar completa para poder ser processada.**

Informação para Apoio Individual – Somente para o Acampamento de Dia e ARS

Informação sobre a criança		
Nome da criança	Sobrenome da criança	
N.º CYBER ID	Data de nascimento	

Informação sobre o Provedor de Apoio Individual			
Nome da Agência de Provedor de Apoio Individual	ID do Provedor (pode ser consultado na lista de Provedores de Apoio Individual em nosso site)		
Endereço	Cidade	Estado	CEP
Pessoa de contato da agência	Telefone	Email	

Declaração – Sua candidatura deve estar completa para poder ser processada.		
Declaro que inscrevi meu filho no Acampamento Indicado e confirmei com a Agência de Provedor de Apoio Individual que as necessidades do meu filho podem ser satisfeitas através de sua agência. Declaro ainda que as informações apresentadas nesta candidatura são, tanto quanto é do meu conhecimento, verdadeiras e precisas.		
Nome do progenitor/tutor legal	Assinatura do progenitor/tutor legal	Data

Envie o pedido para: **PerformCare, At.: Summer Camp Services, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691-1919**. Esta candidatura **tem de ser preenchida e enviada por correio** ou recebida **o mais tardar em 30 de junho de 2027** para ser considerada para Apoio individual. As notificações do estado da candidatura serão enviadas por correio entre 1 de dezembro de 2026 e 1 de março de 2027. As candidaturas não serão aceites após o prazo de 30 de junho de 2027. Para quaisquer dúvidas que tenha, contate a PerformCare em **1-877-652-7624**.

Deverá preencher um Resumo de Comportamento Adaptativo da Criança (CABS) com o Provedor do Acampamento.

Resumo do Comportamento Adaptativo da Criança (CABS)

Nome da criança: _____ Idade atual: _____
Nome Primeiro sobrenome Último sobrenome

CABS preenchido por: _____ Data do preenchimento: _____

Relação: _____ Telefone: _____

SECÇÃO I: ATIVIDADES DA VIDA QUOTIDIANA

Lembre-se de avaliar o funcionamento médio da criança **em casa** nos últimos **6 meses**. Pode indicar nas caixas de comentários qualquer informação adicional, como intensidade, estímulos, e se o funcionamento atual da criança melhorou ou piorou em comparação com as capacidades passadas.

COMER	**1** Maioritariamente independente	**2** Necessita de ordens verbais menos de metade das vezes	**3** Necessita de ordens verbais mais de metade das vezes	**4** Necessita de assistência física menos de metade das vezes	**5** Necessita de assistência física mais de metade das vezes	**N/A** Não aplicável
1 Come com as mãos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Come sozinho com uma colher	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Come sozinho com um garfo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 Corta a comida com uma faca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 Bebe de uma caneca ou copo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Comentários/informação adicional: (Explique brevemente quaisquer respostas N/A)						

CUIDADOS PESSOAIS	**1** Maioritariamente independente	**2** Necessita de ordens verbais menos de metade das vezes	**3** Necessita de ordens verbais mais de metade das vezes	**4** Necessita de assistência física menos de metade das vezes	**5** Necessita de assistência física mais de metade das vezes	**N/A** Não aplicável
1 Sabe quando deve ir ao banheiro	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Faz a higiene pessoal sozinho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Limpa-se sozinho com papel higiênico	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 Lava as mãos depois de usar o banheiro	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 (Mulheres) Cuida das necessidades menstruais	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 Episódios de incontinência urinária – Durante o dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 Episódios de incontinência urinária – À noite	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 Episódios de incontinência fecal – Durante o dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 Episódios de incontinência fecal – À noite	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 Usa produtos para incontinência (fraldas ou semelhante)	☐ Sim	☐ Não	**SE SIM:** Indique a(s) hora(s) do dia: ☐ Durante o dia ☐ À noite			
Comentários/informação adicional: (Explique brevemente quaisquer respostas N/A.)						

HIGIENE	**1** Maioritariamente independente	**2** Necessita de ordens verbais menos de metade das vezes	**3** Necessita de ordens verbais mais de metade das vezes	**4** Necessita de assistência física menos de metade das vezes	**5** Necessita de assistência física mais de metade das vezes	**N/A** Não aplicável
1 Liga/regula a temperatura da água	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Lava e seca as mãos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Lava e seca o rosto	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 Toma banho na banheira	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 Toma banho no chuveiro	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 Lava o cabelo com champô	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 Seca-se a si mesmo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 Usa desodorizante	☐	☐	☐	☐	☐	☐

HIGIENE	**1** Maioritariamente independente	**2** Necessita de ordens verbais menos de metade das vezes	**3** Necessita de ordens verbais mais de metade das vezes	**4** Necessita de assistência física menos de metade das vezes	**5** Necessita de assistência física mais de metade das vezes	**N/A** Não aplicável
9 Penteia o cabelo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 Coloca pasta de dentes na escova	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 Lava os dentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 Funga e limpa o nariz com um lenço	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 Barbeia-se, conforme necessário	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Comentários/informação adicional: (Explique brevemente quaisquer respostas N/A.)						

VESTIR	**1** Maioritariamente independente	**2** Necessita de ordens verbais menos de metade das vezes	**3** Necessita de ordens verbais mais de metade das vezes	**4** Necessita de assistência física menos de metade das vezes	**5** Necessita de assistência física mais de metade das vezes	**N/A** Não aplicável
1 Despe-se (apropriadamente)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Consegue apertar botões	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Consegue vestir roupas com molas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 Consegue abrir e fechar um zíper	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 Aperta uma fivela (por exemplo, a fivela do cinto)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 Veste o sutiã	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 Aperta os sapatos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 Veste-se completamente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 Muda de roupa regularmente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 Seleciona roupas adequadas à estação do ano	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 Tira as meias, chapéu e luvas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Comentários/informação adicional: (Explique brevemente quaisquer respostas N/A.)						

SECÇÃO II: Comunicações e Comportamentos Sociais

Lembre-se de avaliar o funcionamento médio da criança **em casa, na escola e na comunidade** nos **últimos 6 meses**. Pode indicar nas caixas de comentários qualquer informação adicional, como (por exemplo) intensidade, estímulos, e se o funcionamento atual da criança melhorou ou piorou em comparação com as capacidades passadas.

COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO	**1** Quase nunca (menos de 10% das vezes)	**2** Raramente (menos de 25% das vezes)	**3** Por vezes (cerca de 50% das vezes)	**4** Frequentemente (mais de 75% das vezes)	**5** A maior parte/ sempre (90% ou mais das vezes)
1 Responde apropriadamente às perguntas de "Sim" e "Não"	☐	☐	☐	☐	☐
2 Segue ordens simples	☐	☐	☐	☐	☐
3 Segue ordens complexas ou com vários passos	☐	☐	☐	☐	☐
4 Comunica os desejos e as necessidades básicos	☐	☐	☐	☐	☐

CONJUNTO DE RESPOSTAS SIM/NÃO:	**SIM**	**NÃO**	**Comentário para cada uma abaixo:**
5 Usa gestos para comunicar (como apontar)	☐	☐	
6 Usa linguagem gestual para comunicar	☐	☐	
7 Compreende gestos	☐	☐	
8 Compreende sinais ou linguagem gestual	☐	☐	
9 Atende/é capaz de usar um telefone	☐	☐	
10 A criança usa algum dispositivo auxiliar para comunicação?	☐	☐	

COMPORTAMENTOS SOCIAIS	**SIM**	**NÃO**	**COMENTÁRIOS**
A criança tem passatempos de que gosta?	☐	☐	
A criança tem a capacidade de fazer amigos de forma independente e manter amizades.	☐	☐	
A criança é capaz de manter uma conversa com sentido com seus pares da mesma idade.	☐	☐	
A criança demonstra interesse em passar tempo com pares de idade próxima.	☐	☐	
A criança mantém um segredo adequadamente e tem cuidado com a partilha de informações pessoais.	☐	☐	
A criança é capaz de demonstrar simpatia e preocupação pelos sentimentos dos amigos.	☐	☐	
A criança é capaz de se exprimir quando necessário.	☐	☐	
A criança é capaz de gerir adequadamente a raiva e a frustração.	☐	☐	

OUTRAS ÁREAS DE FUNCIONAMENTO	SIM	NÃO	COMENTÁRIOS
1 A criança é capaz de identificar preferências (comida, programas de TV, jogos).	☐	☐	
2 A criança consegue planejar e antecipar eventos futuros.	☐	☐	
3 A criança procurará a ajuda de outros quando necessário.	☐	☐	
4 A criança é capaz de deitar o lixo fora e colocá-lo no recipiente apropriado.	☐	☐	
5 A criança apontará para um objeto favorito ou interessante.	☐	☐	
6 A criança tem passatempos que lhe interessam.	☐	☐	
7 A criança consegue definir e seguir planos.	☐	☐	
8 A criança é capaz de dominar tarefas simples.	☐	☐	
9 A criança é capaz de limpar seu próprio quarto (arrumar objetos).	☐	☐	
10 Criança procura a companhia de pares para brincar.	☐	☐	
11 A criança sabe dizer as horas num relógio digital ou no relógio de pulso.	☐	☐	
12 A criança está 3 ou mais níveis de escolaridade atrasada em 2 disciplinas acadêmicas.	☐	☐	
13 A criança consegue indicar sua morada principal de casa.	☐	☐	
14 A criança consegue identificar objetos em imagens, apontando ou dizendo o nome.	☐	☐	
15 A criança sabe contar de 1 a 10 sem erros.	☐	☐	
16 A criança consegue combinar 3 formas ou 3 cores.	☐	☐	
17 A criança consegue identificar pelo menos 7 cores.	☐	☐	
18 A criança consegue usar o tempo para seguir uma programação.	☐	☐	
Comentários adicionais:			

SENSIBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE	SIM	NÃO	COMENTÁRIOS
1 Em que atividades participa a criança na comunidade?			
2 A criança demonstra um comportamento apropriado durante essas atividades?	☐	☐	
3 A criança está ciente dos perigos comuns de casa, como escadas, líquidos de limpeza, aquecedores, fogões e lareiras?	☐	☐	
4 A criança demonstra consciência dos perigos da comunidade, como trânsito rodoviário, simpatia excessiva para com estranhos?	☐	☐	
5 A criança consegue fazer compras?	☐	☐	
6 A criança consegue usar transportes públicos?	☐	☐	
7 A criança sabe dizer as horas?	☐	☐	
8a. A criança autoadministra algum medicamento prescrito?	☐	☐	
8b. Descreva o método de administração da medicação:			
9 Esta pessoa pode ser deixada sozinha/não supervisionada por algum tempo?	☐	☐	
10 Descreva a assistência de que a criança necessita para gerir o dinheiro (pagar contas, orçamento, etc.)			
Comentários:			

SECÇÃO III: Fatores médicos e comportamentais

Lembre-se de avaliar o funcionamento médio da criança **em casa** nos últimos **6 meses**. Pode indicar nas caixas de comentários qualquer informação adicional, como intensidade, estímulos, e se o funcionamento atual da criança melhorou ou piorou em comparação com as capacidades passadas.

Para Condições Médicas de Risco, indicar "sim" apenas se tiverem experimentado sintomas nos últimos 6 meses, independentemente da data dos diagnósticos. Se a criança tiver um historial passado de condição/tratamento, mas não a tiver atualmente, queira indicar "não", mas inclua os pormenores do historial nos comentários.

Na secção sobre Trauma e Historial de Risco, queira indicar "sim" se a criança **já** tiver experimentado a situação indicada. Se a criança tiver sofrido outros tipos de trauma, queira indicá-lo na caixa de comentários apropriada.

CONDIÇÕES MÉDICAS DE RISCO	SIM	NÃO	COMENTÁRIOS
1 Alergias (medicação, comida)	☐	☐	
2 Asma (inaladores, nebulizadores)	☐	☐	
3 Respiratório (oxigênio, traqueotomia, CPAP)	☐	☐	
4 Gastrointestinal (problemas de alimentação/eliminação, refluxo grave)	☐	☐	
5 Usa colostomia	☐	☐	
6 Em risco de aspiração	☐	☐	
7 Usa sonda de gastrostomia	☐	☐	
8 Tosse ou engasga-se quando come ou bebe	☐	☐	
9 Outra pessoa tem de lhe dar de comer/beber à boca	☐	☐	
10 Necessita de uma dieta mecanicamente alterada (engrossada, picada/esmagada)	☐	☐	
11 Necessita de dieta medicamente receitada (gordura, sódio, colesterol)	☐	☐	
12 Apresenta comportamentos extremos de procura de alimentos/líquidos	☐	☐	
13 Risco de desidratação/recusa regularmente líquidos	☐	☐	
14 Prisão de ventre: requer regularmente um supositório ou ênema	☐	☐	
15 Requer cateter, diálise (doença renal/urinária, etc.)	☐	☐	
16a. Epilepsia/distúrbio convulsivo? Se sim, que tipo	☐	☐	
16b. A criança toma medicação prescrita para as convulsões?	☐	☐	
16c. Data da última convulsão, tipo de convulsões, frequência:			

17a. Diabetes? Se sim, que tipo?:	☐	☐	
17b. A criança é dependente de insulina?	☐	☐	
18 A criança recebe cuidados de enfermagem especializados em casa?	☐	☐	
19 Outras condições médicas que requerem assistência: INDICAR ABAIXO NOS COMENTÁRIOS. Comentários:			

RISCOS COMPORTAMENTAIS	**SIM**	**NÃO**	**COMENTÁRIOS**
Comportamentos (orientados para si próprio)			**Inclua a frequência e os estímulos**
1 Morde/bate a si próprio com gravidade	☐	☐	
2 Bate com a cabeça	☐	☐	
3 Insere objetos nocivos nos orifícios do corpo	☐	☐	
4 Puxa a pele ou arranhões graves	☐	☐	
5 Pica/consume objetos não comestíveis	☐	☐	
6 Outro:	☐	☐	
Comportamentos (orientados para outros)			**Inclua frequência, estímulos e a que indivíduos se dirigem (ou seja, pais, irmãos, professores, estranhos)**
7 Bate, morde ou chuta outros	☐	☐	
8 Faz ameaças diretas de violência	☐	☐	
9 Raiva/agressão explosiva	☐	☐	
10 Desafio grave/recusa consistente ou não cumprimento de ordens	☐	☐	

OUTROS COMPORTAMENTOS	SIM	NÃO	Se sim, descreva que tratamento/serviços a criança está recebendo, se aplicável
11 Abuso de substâncias	☐	☐	
12 Envolvimento legal criminal	☐	☐	
13 Problema de comportamento sexual	☐	☐	
14 Fuga impulsiva	☐	☐	
15 Vaguear frequentemente	☐	☐	
16 Comportamentos de subida invulgares	☐	☐	
17 Danos materiais	☐	☐	
18 Provoca incêndios	☐	☐	
19 Outro:	☐	☐	

TRAUMAS E CONDIÇÕES DE RISCO	SIM	NÃO	Comentários
1 Historial de abuso físico	☐	☐	
2 Historial de abuso sexual	☐	☐	
3 Historial de intimidação	☐	☐	
4 Historial de perdas graves, como a morte de um irmão ou de um progenitor	☐	☐	
5 Historial de afastamento de casa devido a abuso ou negligência	☐	☐	
Preocupações com saúde mental	**SIM**	**NÃO**	**Se sim, descreva que tratamento/serviços a criança está recebendo, se aplicável**
6 Depressão (desespero, tristeza, mudanças de humor)	☐	☐	
7 Ansiedade (preocupação excessiva, ataques de pânico)	☐	☐	
8 Transtorno de défice de atenção e hiperatividade	☐	☐	
9 Alterações graves de humor e/ou irritabilidade	☐	☐	
10 Tiques, distúrbio de movimento	☐	☐	
11 Vê ou ouve coisas que não são reais, paranoia	☐	☐	
Comentários:			

SECÇÃO IV: NECESSIDADES DE SUPERVISÃO E USO DE EQUIPAMENTO ADAPTATIVO

Lembre-se de avaliar o funcionamento médio da criança ou o uso de equipamento nos **últimos 6 meses**. Pode indicar nas caixas de comentários qualquer informação adicional, como se as atuais capacidades da criança ou a necessidade de equipamento adaptativo melhoraram ou pioraram em comparação com as capacidades passadas.

NECESSIDADES DE SUPERVISÃO EM CASA	SIM	NÃO
1 Requer supervisão adequada à idade	☐	☐
2 Supervisão atenta 24 horas, dia e noite	☐	☐
3 Supervisão atenta durante o dia	☐	☐
4 Assistência/supervisão diária no local, horas limitadas	☐	☐
5 Consegue identificar uma emergência e obter ajuda para si mesmo	☐	☐
6 Requer assistência para sair de casa	☐	☐

NECESSIDADES DE SUPERVISÃO EM COMUNIDADE	SIM	NÃO
1 Requer supervisão adequada à idade	☐	☐
2 Supervisão atenta 24 horas, dia e noite	☐	☐
3 Supervisão atenta durante o dia	☐	☐
4 Pode ser deixado sozinho em lugares específicos	☐	☐
5 Desloca-se na comunidade de forma independente	☐	☐
6 Vulnerável à exploração	☐	☐

Comentários:

USOS DO EQUIPAMENTO ADAPTATIVO	ASSINALAR SE USADO	Comentários			
Cadeira de rodas (pode selecionar mais do que uma)	☐	☐ Manual	☐ Motorizado	☐ Utiliza sozinho	☐ Requer assistência
Capacete	☐				
Óculos	☐				
Andador/muletas/bengala	☐				
Utensílios de alimentação modificados	☐				
PERS – Sistema Pessoal de Resposta a Emergências	☐				
Calçado/aparelho ortodôntico de correção	☐				
Aparelho auditivo	☐				
Dispositivo de comunicação aumentativa	☐				

USOS DO EQUIPAMENTO ADAPTATIVO	ASSINALAR SE USADO	Comentários
Outro: Queira descrever	☐	
1		
2		
3		
Comentários:		

USOS DE MODIFICAÇÕES DO AMBIENTE	ASSINALAR SE USADO	Comentários
Veículo adaptado a cadeiras de rodas	☐	
Casas de banho acessíveis	☐	
Rampa	☐	
Elevadores: varanda, guincho hospitalar, escada	☐	
Outro: Queira descrever	☐	
1		
2		
3		
Comentários:		