

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 2026** 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 2025 e 1 de março de 2026.

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 (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
--------------------------------	--------------------------------------	------

Parte B: Candidatura aos Serviços de Apoio Individual de Acampamento de Verão 2026

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 2026** para ser considerada para Apoio individual. As notificações do estado da candidatura serão enviadas por correio entre 1 de dezembro de 2025 e 1 de março de 2026. As candidaturas não serão aceites após o prazo de 30 de junho de 2026. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Come sozinho com uma colher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Come sozinho com um garfo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Corta a comida com uma faca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Bebe de uma caneca ou copo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Faz a higiene pessoal sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Limpa-se sozinho com papel higiênico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Lava as mãos depois de usar o banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 (Mulheres) Cuida das necessidades menstruais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Episódios de incontinência urinária – Durante o dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Episódios de incontinência urinária – À noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Episódios de incontinência fecal – Durante o dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Episódios de incontinência fecal – À noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Usa produtos para incontinência (fraldas ou semelhante)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	SE SIM: Indique a(s) hora(s) do dia: <input type="checkbox"/> Durante o dia <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Lava e seca as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Lava e seca o rosto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Toma banho na banheira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Toma banho no chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Lava o cabelo com champô	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Seca-se a si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Usa desodorizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Coloca pasta de dentes na escova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Lava os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Funga e limpa o nariz com um lenço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Barbeia-se, conforme necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Consegue apertar botões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Consegue vestir roupas com molas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Consegue abrir e fechar um zíper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Aperta uma fivela (por exemplo, a fivela do cinto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Veste o sutiã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Aperta os sapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Veste-se completamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Muda de roupa regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Seleciona roupas adequadas à estação do ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Tira as meias, chapéu e luvas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Segue ordens simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Segue ordens complexas ou com vários passos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Comunica os desejos e as necessidades básicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONJUNTO DE RESPOSTAS SIM/NÃO:	SIM	NÃO	Comentário para cada uma abaixo:		
5 Usa gestos para comunicar (como apontar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6 Usa linguagem gestual para comunicar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7 Compreende gestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8 Compreende sinais ou linguagem gestual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9 Atende/é capaz de usar um telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10 A criança usa algum dispositivo auxiliar para comunicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
COMPORTAMENTOS SOCIAIS	SIM	NÃO	COMENTÁRIOS		
A criança tem passatempos de que gosta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança tem a capacidade de fazer amigos de forma independente e manter amizades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança é capaz de manter uma conversa com sentido com seus pares da mesma idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança demonstra interesse em passar tempo com pares de idade próxima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança mantém um segredo adequadamente e tem cuidado com a partilha de informações pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança é capaz de demonstrar simpatia e preocupação pelos sentimentos dos amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança é capaz de se exprimir quando necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança é capaz de gerir adequadamente a raiva e a frustração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

OUTRAS ÁREAS DE FUNCIONAMENTO	SIM	NÃO	COMENTÁRIOS
1 A criança é capaz de identificar preferências (comida, programas de TV, jogos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 A criança consegue planejar e antecipar eventos futuros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 A criança procurará a ajuda de outros quando necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 A criança é capaz de deitar o lixo fora e colocá-lo no recipiente apropriado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 A criança apontará para um objeto favorito ou interessante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 A criança tem passatempos que lhe interessam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 A criança consegue definir e seguir planos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 A criança é capaz de dominar tarefas simples.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 A criança é capaz de limpar seu próprio quarto (arrumar objetos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Criança procura a companhia de pares para brincar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 A criança sabe dizer as horas num relógio digital ou no relógio de pulso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 A criança está 3 ou mais níveis de escolaridade atrasada em 2 disciplinas acadêmicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 A criança consegue indicar sua morada principal de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 A criança consegue identificar objetos em imagens, apontando ou dizendo o nome.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 A criança sabe contar de 1 a 10 sem erros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16 A criança consegue combinar 3 formas ou 3 cores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17 A criança consegue identificar pelo menos 7 cores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 A criança consegue usar o tempo para seguir uma programação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 A criança está ciente dos perigos comuns de casa, como escadas, líquidos de limpeza, aquecedores, fogões e lareiras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 A criança demonstra consciência dos perigos da comunidade, como trânsito rodoviário, simpatia excessiva para com estranhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 A criança consegue fazer compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 A criança consegue usar transportes públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 A criança sabe dizer as horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8a. A criança autoadministra algum medicamento prescrito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8b. Descreva o método de administração da medicação:			
9 Esta pessoa pode ser deixada sozinha/não supervisionada por algum tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Asma (inaladores, nebulizadores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Respiratório (oxigênio, traqueotomia, CPAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Gastrointestinal (problemas de alimentação/eliminação, refluxo grave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Usa colostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Em risco de aspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Usa sonda de gastrostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 Tosse ou engasga-se quando come ou bebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Outra pessoa tem de lhe dar de comer/beber à boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Necessita de uma dieta mecanicamente alterada (engrossada, picada/ esmagada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Necessita de dieta medicamente prescrita (gordura, sódio, colesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Apresenta comportamentos extremos de procura de alimentos/ líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 Risco de desidratação/recusa regularmente líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 Prisão de ventre: requer regularmente um supositório ou ênema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 Requer cateter, diálise (doença renal/urinária, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16a. Epilepsia/distúrbio convulsivo? Se sim, que tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16b. A criança toma medicação prescrita para as convulsões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16c. Data da última convulsão, tipo de convulsões, frequência:			

17a. Diabetes? Se sim, que tipo?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17b. A criança é dependente de insulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 A criança recebe cuidados de enfermagem especializados em casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Bate com a cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Insere objetos nocivos nos orifícios do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Puxa a pele ou arranhões graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Pica/consume objetos não comestíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Outro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 Faz ameaças diretas de violência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Raiva/agressão explosiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Desafio grave/recusa consistente ou não cumprimento de ordens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

TRAUMAS E CONDIÇÕES DE RISCO	SIM	NÃO	Comentários
1 Historial de abuso físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Historial de abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Historial de intimidação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Historial de perdas graves, como a morte de um irmão ou de um progenitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Historial de afastamento de casa devido a abuso ou negligência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Ansiedade (preocupação excessiva, ataques de pânico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 Transtorno de défice de atenção e hiperatividade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Alterações graves de humor e/ou irritabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Tiques, distúrbio de movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Vê ou ouve coisas que não são reais, paranoia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Supervisão atenta 24 horas, dia e noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Supervisão atenta durante o dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Assistência/supervisão diária no local, horas limitadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Consegue identificar uma emergência e obter ajuda para si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Requer assistência para sair de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Comentários:

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

USOS DO EQUIPAMENTO ADAPTATIVO	ASSINALAR SE USADO	Comentários
Outro: Queira descrever	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
Comentários:		

USOS DE MODIFICAÇÕES DO AMBIENTE	ASSINALAR SE USADO	Comentários
Veículo adaptado a cadeiras de rodas	<input type="checkbox"/>	
Casas de banho acessíveis	<input type="checkbox"/>	
Rampa	<input type="checkbox"/>	
Elevadores: varanda, guincho hospitalar, escada	<input type="checkbox"/>	
Outro: Queira descrever	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
Comentários:		