|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL A FAMÍLIA** | | | |
| **PLANO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR PARTICULARIZADO** | | | |
| CRAS | Regional | Data de Ingresso  «$!ingresso» | Data de Encerramento  «$!encerramento» |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA** | | |
| Número de Prontuário no CRAS | Número de Prontuário no SIGPS | NIS da RF:  «$!nis\_referencia» |
| Nome da Referência Familiar | | |
| Endereço | | |
| Telefone(s) | | |
| Composição familiar | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO TÉCNICO DE REFERÊNCIA** | |
| Nome / Matrícula | Registro Profissional |

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIORIDADES PARA INSERÇÃO NO ACOMPANHAMENTO** | |
|  | Família em Descumprimento de Condicionalidades do PBF em decorrência de situação de vulnerabilidade social |
|  | Família com Beneficiário(s) do BPC com Até 18 Anos fora da Escola |
|  | Família Contrarreferênciada da Proteção Social Especial |
|  | Família do Projeto Família Cidadã / BH sem Miséria (Plano Brasil sem Miséria) |
|  | Família do Programa Maior Cuidado |
|  | Demais Famílias Segundo Avaliação dos Profissionais |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVOS** | |
|  | Fortalecer a função protetiva da família |
|  | Prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários |
|  | Promover aquisições sociais |
|  | Promover aquisições materiais |
|  | Promover acessos a benefícios, programas de transferência de renda e serviços sociassistenciais |
|  | Promover acesso aos serviços setoriais |
|  | Apoiar famílias que possuem indivíduos que necessitam de cuidados |

|  |
| --- |
| **PROGRAMAS, PROJETOS E BENEFÍCIOS** |
| «$!programas» |

|  |
| --- |
| **VULNERABILIDADES IDENTIFICADAS** |
|  |

|  |
| --- |
| **AÇÕES PREVISTAS** |
|  |

|  |
| --- |
| **MONITORAMENTOS** |
|  |

|  |
| --- |
| **ANÁLISE TÉCNICA**/**POTENCIALIDADES DA FAMÍLIA E RECURSOS DO TERRITÓRIO/CAPACIDADE DE RESPOSTA DA FAMÍLLIA** |
| «$!analise\_tecnica» |

|  |
| --- |
| **AVALIAÇÃO** |
| Data da avaliação: |
| Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional? |\_\_| Sim |\_\_| Parcialmente|\_\_|Não |
| Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)? |\_\_| Sim |\_\_| Parcialmente |\_\_|Não |\_\_| Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outras áreas |
| A família reconhece o Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas e dificuldades?  |\_\_| Sim |\_\_| Parcialmente |\_\_|Não |
| A família deseja continuar recebendo atenções deste Serviço? |\_\_| Sim |\_\_| Parcialmente |\_\_|Não |
| Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?  |\_\_| Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo  |\_\_| A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis  |\_\_| Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades  |\_\_| Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, mas surgiram outras vulnerabilidades |

|  |
| --- |
| **RESULTADOS / AQUISIÇÕES** |
| «$!resultados» |