**PLANO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR- PAF**

|  |
| --- |
| **1- DADOS CADASTRAIS:** |
| **Nome do(a) Usuário(a):**  |
| **Data de Nascimento Data de Elaboração do PAF:**  |
| **Endereço: Contato Telefônico:** |
| **CNS: NIS: CRAS de Referência:**  |
| **Diagnóstico:**  |
| **Nome do Cuidador(a): Grau de parentesco: Data de Nascimento do(a) Cuidador(a):**  |
| **Recebe algum Benefício Social: ( ) PBF ( )BPC ( ) PL ( ) Participa dos Serviços Socioassistenciais da Rede. Se sim, quais?****Potencialidades:** |
| **Data/Ano de Admissão na APAE: Data/Ano de Início do Acompanhamento na Gerência de Assistência Social:**  |
| **2 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR:** |
| **Nome** | **Grau de Parentesco** | **Idade** | **Realiza algum apoio nos cuidados do(a) usuário? Se sim, quais?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **3- PLANO DE INTERVENÇÕES:** |
| **Principais Vulnerabilidades** | **Priori****dade** | **Propostas de Intervenção** | **Responsável** | **Acompanha****mento** | **Resultados****Esperados** | **Prazo** | **Articulação com a Rede** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4- COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELA FAMÍLIA:** |
|  |
| **5- COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA:** |
|  |
| **Data do plano:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ **Assinatura do Técnico Assinatura do cuidador familiar** |