**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** | | | | | | | | | |