

Inserir Brasão ou  
logomarca do município

**Plano de Acompanhamento Familiar - PAF do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF**

NOME DO CRAS: \_\_\_\_\_ Nº IDENTIFICADOR CRAS: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL FAMILIAR: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ NIS: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA INICIAL DO PAF: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Situação do PAF: ( ) Em andamento ( ) Encaminhado em \_\_/\_\_/\_\_ ( ) Concluído em \_\_/\_\_/\_\_ ( ) Indeferido em \_\_/\_\_/\_\_ ( ) Cancelado em \_\_/\_\_/\_\_

Periodicidade do acompanhamento: ( ) Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal

Informações da Família		
Membros da Família em Acompanhamento		
Nome	Data de Nascimento	Parentesco


**I. Diagnóstico:**

Família inserida em acompanhamento familiar no PAIF para superação da(s) seguinte(s) vulnerabilidade(s):

- ( ) Famílias de baixa renda
- ( ) Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família
- ( ) Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, em descumprimento de condicionalidades
- ( ) Famílias com membros beneficiários do Benefício de Prestação Continuada - BPC
- ( ) Famílias que atendem aos critérios de elegibilidade do Programa Bolsa Família e do BPC, mas que ainda não foram beneficiadas
- ( ) Famílias em situação de vulnerabilidade em decorrência de dificuldades vivenciadas por algum de seus membros
- ( ) Pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social
- ( ) Famílias com crianças ou adolescentes em situação de trabalho infantil
- ( ) Famílias com crianças ou adolescentes em Serviço de Acolhimento Institucional
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**II. Sobre o grupo familiar:**

- a) **Vulnerabilidades e riscos sociais a serem superados, geradas pelas múltiplas expressões da questão social**

	<b>SITUAÇÃO</b>	<b>Membro(os) da família que se encontra/encontram nesta situação</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>Impressão Diagnóstica</b>	<b>CONFIRMADO</b>	<b>VULNERABILIDADE SUPERADA</b>	<b>DATA DA SUPERAÇÃO</b>
	Ausência de documentação civil						
	Precária situação de moradia						
	Dificuldade de acesso a serviços públicos/benefícios						
	Vivendo em territórios de conflitos fundiários						
	Em contextos de violência						
	Desemprego						
	Família de baixa renda						
	Família vivendo na linha da pobreza						
	Analfabetismo						
	Baixo nível de escolaridade						
	Ausência de qualificação profissional						
	Criança/adolescente fora da escola						
	Criança/adolescente com baixa frequência escolar						
	Beneficiária do PBF						
	Beneficiária do PBF, em descumprimento de condicionalidades						
	Beneficiária(s) do BPC						
	Famílias elegíveis ao PBF						
	Famílias elegíveis ao BPC						
	Situação de Trabalho infantil						

Membro da família em privação de liberdade							
Egresso de sistema penitenciário							
Adolescentes em cumprimento de MSE's							
Membro da família em Serviço de Acolhimento							
Uso abusivo de álcool e outras drogas							
Ausência de cuidados e responsabilidades mútuas							
Fragilidade do vínculo entre os membros (baixa comunicação)							
Fragilidade da capacidade de vínculos comunitários (baixa capacidade de socialização e baixo sentimento de pertencimento)							
Vivência de situações de discriminação relacionada com a cor, origem, religião, local de moradia, sexo, orientação sexual							
Conflitos constantes entre adultos da família							
Questões relacionadas a saúde mental							
Membro com problemas de saúde com doença limitadora de atividades cotidianas							
Familiares que cuidam de outros que estão doentes ou com algum grau de dependência							
Pessoa(s) com deficiência(s)							
Presença de idosos com dependência							

	que permanecem períodos do dia em casa sem a companhia de outro adulto						
	Maternidade/Paternidade na adolescência						
	Crianças pequenas que permanecem períodos do dia em casa sem a companhia de um adulto						
	Falecimento de algum membro da família						
	Família que reside a pouco tempo na cidade						
	Vários membros da Família dormindo no mesmo cômodo						
	Outras situações						

**b) Potencialidades:**

	<b>SITUAÇÃO POTENCIAL</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
	Percepção da família em relação a direitos e deveres	
	Potencial para Participação comunitária (sentimento de pertencimento)	
	Reconhecimento da capacidade de mudanças (A família compreende que precisa modificar sua rotina e aproveitar novas oportunidades)	
	Desenvolvimento para atividades produtivas (inclusão no mercado de trabalho)	
	Apoio de rede primária (parentes, amigos, outros familiares)	
	Organização da família em função de objetivos comuns (organização da rotina familiar)	
	Manutenção dos vínculos de solidariedade (fortes vínculos comunitários)	

	Aptidão para trabalhos manuais	
	Compromisso(s) de cuidado(s) mútuo(s)	
	Outras	

### III. Rede de Serviços Socioassistenciais

Utiliza algum tipo de Serviço? ( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, quais?

Serviços da Proteção Social Básica	Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade	Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade
<input type="checkbox"/> PAIF <input type="checkbox"/> SCFV <input type="checkbox"/> Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas	<input type="checkbox"/> PAEFI <input type="checkbox"/> Medidas Socioeducativas em Meio Aberto <input type="checkbox"/> Para idosos, PCD e suas famílias <input type="checkbox"/> Para pessoas em situação de rua	<input type="checkbox"/> Acolhimento Institucional <input type="checkbox"/> Acolhimento em República <input type="checkbox"/> Acolhimento em Família Acolhedora

### IV. Programas, Projetos, Serviços e Benefícios Socioassistenciais

<p><b>a)</b> Participa de Programas, Projetos Sociais ou de geração de renda?</p> <p>( ) Não ( ) Sim - Quais?</p> <p>( ) Bolsa Família</p> <p>( ) BPC - Benefício de Prestação Continuada</p> <p>( ) Municipal. Qual(is) _____</p> <p>( ) Projetos sociais.. Qual (is) _____</p> <p>( ) Programa Criança Feliz</p> <p>( ) Outros: _____</p>	<p><b>b)</b> Recebe algum outro benefício assistencial e/ ou eventual?</p> <p>( ) Não ( ) Sim - Quais?</p> <p>( ) Cesta Básica</p> <p>( ) Auxílio Natalidade</p> <p>( ) Auxílio Funeral</p> <p>( ) Aluguel Social</p> <p>( ) Auxílio transporte</p> <p>( ) Em Pecúnia (dinheiro, cartão, cheque, depósito bancário)</p> <p>( ) Outro: _____</p>
---	---

### V. Recursos que o território possui (Articulação da Rede)

**Rede de Apoio Institucional (Recursos Institucionais)**

- ( ) Creches
- ( ) Escolas em tempo integral
- ( ) Projetos sociais em contraturno escolar
- ( ) OSC's e/ou associação de bairro
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**VI. Metas, Evolução e Acompanhamento:**

**a) Família**

	<b>META</b>	<b>COMPROMISSOS</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRAZO DE EXECUÇÃO DAS METAS</b>	<b>RESULTADOS ALCANÇADOS</b>
	Acesso aos serviços socioassistenciais				
	Retomar a frequência escolar ou minimização da infrequência				
	Cumprimento de condicionalidades (PBF)				
	Encaminhamento para BPC				
	Atualização do Cadastro Único				
	Inclusão ao Cadastro Único				
	Cumprimento de MSE				
	Superação do uso abusivo de álcool e outras drogas				
	Adesão ao tratamento de saúde - SAÚDE MENTAL				
	Adesão ao tratamento de saúde por doença limitadora de atividades cotidianas				
	Encaminhamentos pertinentes				
	Outros				

c) Equipe Técnica

	META	COMPROMISSOS	OBSERVAÇÕES	PRAZO DE EXECUÇÃO DAS METAS	RESULTADOS ALCANÇADOS
	Fortalecer a função protetiva da família				
	Prevenir a ruptura de vínculos				
	Promover aquisições sociais				
	Promover acesso a benefícios				
	Promover acesso a programas de transferência de renda				
	Encaminhar à rede socioassistencial				
	Encaminhar à rede intersetorial ( <i>serviços da política pública</i> )				
	Articulação com a rede ( <i>Solicitação de relatório, contato telefônico ou recebimento de informação via telefone sobre a família</i> )				
	Promover a inclusão escolar				
	Elevar a comunicação entre os membros familiares				
	Encaminhamento ao Sistema de Garantia de Direitos				
	Encaminhar para acesso/regularização à documentação civil				
	Elaboração de relatório externo				
	Demais encaminhamentos				
	Solicitar avaliação do órgão competente				
	Inserir em ações do PAIF				
	Outros				



Estratégias a serem adotadas para superação das vulnerabilidades	Eixos de intervenção
<p>( ) Atendimento técnico ( ) Atendimento multiprofissional ( ) Visita domiciliar ( ) Inserção no SCFV ( ) Elaboração de relatório externo ( ) Articulação com a rede socioassistencial e/ou intersetorial</p> <p>Incluir nas demais ações do PAIF:</p> <p>( ) Estudo Social ( ) Oficinas com famílias ( ) Ações particularizadas ( ) Participação em ações comunitárias ( ) Encaminhamentos</p> <p>( ) Outras _____</p> <p>Prazo para cumprimento: ____/____/____</p>	<p>( ) Educação ( ) Saúde ( ) Habitação ( ) Trabalho ( ) Qualificação Profissional/Cursos ( ) Sociocultural/Esporte e Lazer ( ) Serviços Socioassistenciais ( ) Documentação ( ) Aspectos jurídicos ( ) Sistema de justiça ( ) Conselho Tutelar ( ) OSC's ( ) Programas e benefícios socioassistenciais ( ) Outros: _____</p>

<p>A família participou da construção do Plano de acompanhamento?</p> <p>( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente</p>	<p>Houve concordância da família nas metas estabelecidas? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Se não houve, em quais pontos?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

**VII. Informações não solicitadas e fornecidas espontaneamente.**

---



---



---



---

Prazo de execução do Plano de Acompanhamento:	Prazo de avaliação do Plano de Acompanhamento:
---	--

**ELABORAÇÃO DO PLANO**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

TÉCNICO/EQUIPE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(S) RESPONSÁVEL(S) / FAMÍLIA \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DO PLANO**

Data da reavaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Itens a serem avaliados e reavaliados:** Inserção da família nas ações do PAIF e demais políticas públicas; as respostas dadas pelo poder público, os resultados e mediações realizadas, cumprimento dos objetivos e resultados alcançados.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENCERRAMENTO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Motivo:

- (1) Mudança de domicílio;
- (2) Encaminhamento para o CREAS;
- (3) Objetivos do PAIF alcançados;
- (4) Óbito;
- (5) Recusa da família;
- (6) Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TÉCNICO/EQUIPE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(S) RESPONSÁVEL(S)/FAMÍLIA: \_\_\_\_\_



