



## QUESTIONÁRIO SOCIOFAMILIAR

1. DADOS DO(A) SERVIDOR(A)	
1.1 NOME:	
1.2 CARGO:	1.3 IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL/VÍNCULO(S):
1.4 TELEFONE DO LOCAL DE TRABALHO (INSTITUCIONAL):	1.5 E-MAIL DO LOCAL DE TRABALHO (INSTITUCIONAL):
1.6 POSSUI OUTRO EMPREGO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. ONDE? _____ _____	1.6.1 SE SIM, QUAL A CARGA HORÁRIA SEMANAL?
1.7 DIAS DE TRABALHO NA SEMANA (CONSIDERANDO TODOS OS VÍNCULOS E EMPREGOS):	
1.8 HORÁRIO(S) DE ENTRADA E DE SAÍDA (CONSIDERANDO TODOS OS VÍNCULOS E EMPREGOS):	
1.9 ENDEREÇO:	
1.10.1 CIDADE/ESTADO (UF):	1.10.2 ÁREA DA RESIDÊNCIA: <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL
1.11. E-MAIL(S):	
1.12 TELEFONE(S) (COM DDD):	1.13 TELEFONE PARA RECADOS (COM DDD):
1.14 ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
1.15 PROFISSÃO(EÓS) DO CÔNJUGE, COMPANHEIRO/ NAMORADO:	1.12.1 CARGA HORÁRIA DE TRABALHO DO CÔNJUGE/ COMPANHEIRO/NAMORADO:
1.13. POSSUI FILHOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1.13.1 SE SIM, QUANTOS E QUAL(IS) SUA(S) IDADE(S)?
1.14. RESIDE COM QUEM?	



**2. DADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA QUE É DEPENDENTE DO(A) SERVIDOR(A):**

2.1: NOME:

2.2 IDADE:

2.3 INDIQUE O TIPO DE DEFICIÊNCIA:

FÍSICA  MENTAL  VISUAL  AUDITIVA  MÚLTIPLA  OUTRA(S): \_\_\_\_\_

2.4 QUAL O NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DIÁRIAS? (LOCOMOÇÃO/ALIMENTAÇÃO/HIGIENE/SOCIALIZAÇÃO/COMUNICAÇÃO)

2.5 ESTUDA?

NÃO  SIM. EM QUAL ANO? \_\_\_\_\_

2.6 SE SIM, EM QUAL TURNO?

MANHÃ  TARDE

2.7 SABE LER E ESCREVER?

SIM  NÃO

2.8 FREQUENTA O ATENDIMENTO ESPECIALIZADO – AEE?

SIM  NÃO

2.9 PRECISA DE PROFISSIONAL DE APOIO ESCOLAR?

SIM  NÃO

2.10 POSSUI REDE DE APOIO FAMILIAR?

NÃO  SIM. QUAL? \_\_\_\_\_

2.11 QUEM NORMALMENTE ACOMPANHA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NAS ROTINAS (CUIDADOS DIÁRIOS E TRATAMENTOS)?

2.12 RECEBE PENSÃO ALIMENTÍCIA, APOSENTADORIA OU BENEFÍCIOS SOCIAIS?

NÃO  SIM. QUAIS? \_\_\_\_\_

2.13 CITE TODOS OS TRATAMENTOS/TERAPIAS REALIZADOS E A FREQUÊNCIA (DIAS/HORÁRIOS):

2.14 INFORMAÇÕES QUE O(A) SERVIDOR(A) QUEIRA ACRESCENTAR:

*Declaro sob as penas da lei que as informações acima declaradas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.*

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)

ASSINATURA DE DEMAIS RESPONSÁVEIS: