

## **Pedido de Determinação de Elegibilidade de Crianças Menores de 18 anos com Deficiências de Desenvolvimento**

### **Formulário A: Informações e Declaração do Requerente**

Este formulário coleta informações sobre a criança e sobre os benefícios, a educação e os serviços recebidos por essa criança. Além disso, coleta informações sobre a pessoa responsável por apresentar o pedido em nome da criança.

A primeira parte deste formulário deve ser assinada pela pessoa responsável por apresentar o pedido em nome da criança. Essa pessoa deve ser um dos pais, o responsável legal ou outro indivíduo legalmente autorizado a assinar o documento.

Você pode coletar informações junto a um amigo, parente, funcionário da escola, médicos da criança ou qualquer organização que ajude as famílias a obterem serviços, bem como pedir ajuda a essas pessoas para preencher este pedido.



**SEÇÃO 1: INFORMAÇÕES E STATUS DE CIDADANIA DA CRIANÇA**

**Instruções:** Preencha as informações da criança solicitadas abaixo. Observe que você deverá comprovar que a criança ou um de seus pais/responsável legal é cidadão americano ou residente permanente para poder apresentar o pedido.

**Nome da criança:** \_\_\_\_\_  
Nome Inicial do meio Sobrenome

**Endereço da criança:** \_\_\_\_\_  
Rua Número da casa ou apartamento  
\_\_\_\_\_ Cidade Estado Código postal

**Gênero:**  Masculino  Feminino

**Data de nascimento** (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

**A criança é cidadã americana?**  Sim  Não **EM CASO NEGATIVO**, data de vencimento da residência permanente (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

**A criança atualmente reside em um programa residencial?**  Sim  Não

**EM CASO AFIRMATIVO, preencha as informações abaixo:**

Tipo de programa: \_\_\_\_\_

Nome e localização do provedor: \_\_\_\_\_

Fonte de financiamento: \_\_\_\_\_

Data de admissão (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

**Descreva a situação atual de vida:**

---

---

**O(a) jovem participa atualmente da DCP&P (Divisão de Proteção e Permanência de Crianças)?**  Sim  Não

**Língua materna da criança:**  Inglês  Espanhol  Outra: \_\_\_\_\_

**Opcional:**

Grupo étnico:  Hispânico/Latino  Não hispânico/Latino

Raça:  Branco  Negro ou afro-americano  Indígena americano ou nativo do Alasca

Asiático  Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico

## SEÇÃO 2: Cidadania, status de residência e preferência de contato do pai/mãe ou responsável legal

**Instruções:** Esta seção do pedido coleta informações sobre a pessoa responsável por preencher o formulário, suas preferências de contato e se você conta com um consultor ou outra pessoa para ajudá-lo a preencher o pedido. Informamos que este pedido deve ser apresentado por uma pessoa com autoridade legal para fazê-lo (a pessoa indicada na declaração), mas você pode pedir ajuda a alguém.

**Indique o responsável por apresentar este documento em nome da criança:**

Pai/mãe    Responsável legal    Divisão de Proteção e Permanência de Crianças (DCP&P)

**Nome:** \_\_\_\_\_

Nome

Inicial do meio

Sobrenome

**Endereço:** \_\_\_\_\_

Rua

Número da casa ou apartamento

Cidade

Estado

Código postal

Telefone principal: \_\_\_\_\_ Telefone alternativo: \_\_\_\_\_

Número de telefone preferido para contato:  Principal    Alternativo

**Apenas para requerente do tribunal/agência:** O endereço da criança e o endereço do pai/mãe ou do responsável legal são iguais?  Sim    Não

**Caso não sejam, indique o endereço do pai/mãe ou do responsável legal abaixo:**

**Endereço:** \_\_\_\_\_

Rua

Número da casa ou apartamento

Cidade

Estado

Código postal

### Responda às perguntas a seguir com base no status do pai/mãe ou do responsável legal:

Um dos pais ou o responsável legal da criança é cidadão americano ou residente permanente?  Sim    Não

Um dos pais ou o responsável legal da criança reside em NJ?  Sim    Não

*Você deve apresentar um comprovante de residência em NJ em nome de um dos pais ou do responsável legal da criança. O comprovante de cidadania só é necessário para um dos pais ou para a criança, não para ambos.*

Caso haja alguma dúvida sobre o seu pedido, como prefere que entremos em contato?

E-mail    Telefone

Melhor hora para ligar:  Manhã    Tarde    Noite

Algum médico, terapeuta, gerente de cuidados ou agência de serviços comunitários o(a) está ajudando a preencher este pedido?  Sim  Não

**Em caso afirmativo, indique abaixo o nome e os detalhes da organização:**

Nome: \_\_\_\_\_

Organização: \_\_\_\_\_

Telefone principal: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
Rua Número da casa ou apartamento  
Cidade Estado Código postal

**A seção abaixo foi intencionalmente deixada em branco e é reservada para uso futuro. Prossiga para a próxima página.**



Caso o requerente receba SSA/SSDI ou SSI, existe um representante do beneficiário?  Sim  Não

**Em caso afirmativo, preencha as informações abaixo:**

<b>Benefício</b>	<b>Nome</b>	<b>Endereço</b>	<b>Telefone</b>	<b>Parentesco/relação</b>
<b>Nº1:</b>				
<b>Nº2:</b>				

Comentários:

**SEÇÃO 4: Cuidados médicos e tratamento**

**Instruções:** A presença de uma deficiência ou condição médica incapacitante que exija serviços ou apoio contínuos é um dos requisitos para receber serviços de deficiências de desenvolvimento. Nesta seção, identifique os profissionais de saúde que atualmente tratam ou recentemente trataram a criança. Inclua também informações sobre os profissionais que realizaram o diagnóstico ou elaboraram o plano de tratamento. Se não houver relatórios de diagnóstico mais recentes disponíveis, forneça informações referentes aos últimos três anos.

1. A criança atualmente tem um provedor de atenção primária (PCP)?  Sim  Não
2. A criança consultou ou foi examinada para obter um diagnóstico de um médico especialista como um neurologista, psiquiatra, ortopedista ou outro profissional?  Sim  Não

Em caso afirmativo, qual é o diagnóstico atual do seu filho? \_\_\_\_\_

3. A criança necessita de serviços para:
  - Fala/linguagem  Fisioterapia  Terapia ocupacional  Acompanhamento psicológico
  - Nenhum  Outro: \_\_\_\_\_
4. Indique o nome dos médicos ou terapeutas que trataram, receitaram ou diagnosticaram a criança mais recentemente:

Nome/grupo do médico ou terapeuta		Data da última consulta (mês/ano)
<input type="checkbox"/>	Atenção primária	
<input type="checkbox"/>	Médico especialista	
<input type="checkbox"/>	Outro médico especialista	
<input type="checkbox"/>	Fonoaudiólogo	
<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta	
<input type="checkbox"/>	Terapeuta ocupacional	
<input type="checkbox"/>	Psicólogo	
<input type="checkbox"/>	Outro	

**SEÇÃO 5: Educação**

**Instruções:** Forneça informações sobre a atual escola e série escolar da criança e sua classificação educacional, se aplicável.

1. Escola na qual está atualmente matriculada

Nome	Cidade	Distrito
------	--------	----------

2. Série escolar atual: \_\_\_\_\_

3. Colocação atual na escola

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aula regular                     | <input type="checkbox"/> Unidade de serviços especiais                    |
| <input type="checkbox"/> Sala de recursos                 | <input type="checkbox"/> Escola fora do distrito (apenas programa diário) |
| <input type="checkbox"/> Independente em escola regular   | <input type="checkbox"/> Escola fora do distrito (residencial)            |
| <input type="checkbox"/> Escola especializada no distrito |   |

4. A criança é classificada pela Equipe de Estudos Infantis (Child Study Team)?

- Sim  Não  Aguardando determinação  A criança não frequenta a escola

**EM CASO AFIRMATIVO**

Data da classificação inicial (mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Série escolar no momento da classificação: \_\_\_\_\_

5. Classificação atual, segundo a Classificação de Educação Especial de NJ (se aplicável)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva                         | <input type="checkbox"/> Múltiplas deficiências                 | <input type="checkbox"/> Deficiência de comunicação |
| <input type="checkbox"/> Autismo                                      | <input type="checkbox"/> Surdez/cegueira                        | <input type="checkbox"/> Desajustes sociais         |
| <input type="checkbox"/> Criança em idade pré-escolar com deficiência | <input type="checkbox"/> Deficiência de aprendizagem específica | <input type="checkbox"/> Lesão cerebral traumática  |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios emocionais                        | <input type="checkbox"/> Deficiência ortopédica                 | <input type="checkbox"/> Deficiência visual         |
|   | <input type="checkbox"/> Deficiência cognitiva                  | <input type="checkbox"/> Outros problemas de saúde  |

Comentários:



**Importante!** Esta é a primeira parte de um pedido **composto por quatro partes**. Proceda ao preenchimento do Formulário B: Resumo do Comportamento Adaptativo da Criança (CABS).

# NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

## Estado de Nova Jersey - Departamento de Crianças e Famílias

### Pedido de Determinação de Elegibilidade de Crianças Menores de 18 anos com Deficiências de Desenvolvimento

#### Formulário B: Resumo do Comportamento Adaptativo da Criança

O Resumo do Comportamento Adaptativo da Criança (CABS) tem como objetivo coletar informações sobre o desempenho **habitual** da criança nos últimos seis meses. O formulário deve ser preenchido pelo principal cuidador da criança (a pessoa mais familiarizada com ela) e refletir, na medida do possível, a maneira como a criança age e reage em atividades rotineiras diárias em casa, na escola e na comunidade. O CABS oferece um panorama mais amplo do impacto da deficiência da criança na vida cotidiana dela e do seu cuidador. Ele **complementa**, mas não substitui as informações e documentos emitidos por prestadores de serviços de saúde sobre os pontos fortes, capacidades e necessidades da criança que você deve apresentar.

Marque o campo que **melhor** descreva a frequência com a qual a criança apresenta as ações ou comportamentos descritos abaixo. Todos os pontos devem ser respondidos. Caso não possa responder por não ter observado o comportamento ou por acreditar que ele não se aplica à criança, marque o respectivo ponto com um “não”. Escreva os comentários relevantes no final de cada seção, salvo indicação em contrário. Os comentários podem incluir informações adicionais sobre os pontos de cada seção, como intensidade, fatores desencadeadores e melhora ou piora do desempenho atual da criança em comparação com suas habilidades passadas.

**Resumo do Comportamento Adaptativo da Criança (CABS): Seção de Solicitação**

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_\_  
Nome Inicial do meio Sobrenome

ABS preenchido por: \_\_\_\_\_ Data de preenchimento: \_\_\_\_\_

Relação/parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**SEÇÃO I: ATIVIDADES COTIDIANAS**

Lembre-se de avaliar o desempenho médio da criança **em casa** nos últimos **seis meses**. Você pode incluir qualquer informação adicional nas caixas de comentários, como intensidade, fatores desencadeadores (gatilhos) e melhora ou piora do desempenho atual da criança em comparação com suas habilidades passadas.

<b>ALIMENTAÇÃO</b>	<b>1</b> Praticamente independente	<b>2</b> Necessita de ajudas verbais menos da metade do tempo	<b>3</b> Necessita de ajudas verbais mais da metade do tempo	<b>4</b> Necessita de assistência física menos da metade do tempo	<b>5</b> Necessita de assistência física mais da metade do tempo	<b>Não aplicável</b> (N/A)
1. Come com os dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Come com colher sem ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Come com garfo sem ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Corta alimentos com uma faca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bebe de uma xícara ou copo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários/informações adicionais: (explique brevemente as respostas assinaladas como "Não aplicável")

<b>USO DO BANHEIRO</b>	<b>1</b> Praticamente independente	<b>2</b> Necessita de ajudas verbais menos da metade do tempo	<b>3</b> Necessita de ajudas verbais mais da metade do tempo	<b>4</b> Necessita de assistência física menos da metade do tempo	<b>5</b> Necessita de assistência física mais da metade do tempo	<b>Não aplicável</b> (N/A)
1. Identifica quando usar o banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Usa o banheiro sem ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Usa o papel higiênico sem ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lava as mãos depois de usar o banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. (Jovens do sexo feminino) Cuida de suas necessidades menstruais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tem incontinência de urina durante o dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tem incontinência de urina durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tem incontinência intestinal durante o dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tem incontinência intestinal durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Usa produtos para incontinência (fraldas ou similares)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<b>EM CASO AFIRMATIVO:</b> Indique o(s) momento(s) do dia: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite			
Comentários/informações adicionais: (explique brevemente as respostas assinaladas como "Não aplicável")						

<b>HIGIENE</b>	<b>1</b> Praticamente independente	<b>2</b> Necessita de ajudas verbais menos da metade do tempo	<b>3</b> Necessita de ajudas verbais mais da metade do tempo	<b>4</b> Necessita de assistência física menos da metade do tempo	<b>5</b> Necessita de assistência física mais da metade do tempo	<b>Não aplicável</b> (N/A)
1. Abre a torneira e regula a temperatura da água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lava e seca as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lava e seca o rosto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Toma banho em uma banheira sem ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Toma banho no chuveiro sem ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lava o cabelo com shampoo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Consegue se secar sem ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Usa desodorante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>HIGIENE</b>	<b>1</b> Praticamente independente	<b>2</b> Necessita de ajudas verbais menos da metade do tempo	<b>3</b> Necessita de ajudas verbais mais da metade do tempo	<b>4</b> Necessita de assistência física menos da metade do tempo	<b>5</b> Necessita de assistência física mais da metade do tempo	<b>Não aplicável</b> (N/A)
9. penteia/escova o cabelo sem ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Coloca creme dental na escova de dente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Escova os dentes sem ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Assoa e limpa o nariz com um lenço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Raspa pelos do rosto/corpo segundo suas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentários/informações adicionais: (explique brevemente as respostas assinaladas como "Não aplicável")						

<b>MOMENTO DE SE VESTIR</b>	<b>1</b> Praticamente independente	<b>2</b> Necessita de ajudas verbais menos da metade do tempo	<b>3</b> Necessita de ajudas verbais mais da metade do tempo	<b>4</b> Necessita de assistência física menos da metade do tempo	<b>5</b> Necessita de assistência física mais da metade do tempo	<b>Não aplicável</b> (N/A)
1. Tira a roupa sem ajuda (corretamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Consegue abotoar botões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Consegue colocar roupas com botões de pressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Consegue abrir e fechar zíperes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sabe apertar uma fivela (como a de um cinto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Abotoa o próprio sutiã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Amarra o cadarço dos sapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Veste-se completamente sem ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Troca de roupa regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Escolhe roupas adequadas à estação do ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tira as meias, chapéu e luvas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentários/informações adicionais: (explique brevemente as respostas assinaladas como "Não aplicável")						

**SEÇÃO II: Comunicação e comportamento social**

Lembre-se de avaliar o desempenho médio da criança **em casa, na escola e na comunidade** nos **últimos seis meses**. Você pode incluir qualquer informação adicional nas caixas de comentários, como intensidade, fatores desencadeadores (gatilhos) e melhora ou piora do desempenho atual da criança em comparação com suas habilidades passadas.

<b>HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO</b>	<b>1</b> Quase nunca (menos de 10% do tempo)	<b>2</b> Raramente (menos de 25% do tempo)	<b>3</b> Ocasionalmente (cerca de 50% do tempo)	<b>4</b> Frequentemente (mais de 75% do tempo)	<b>5</b> Sempre ou quase sempre (90% ou mais do tempo)
1. Responde corretamente a perguntas afirmativas e negativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segue instruções simples.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Segue instruções complexas ou que envolvam várias etapas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comunica necessidades e desejos básicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RESPOSTAS AFIRMATIVAS OU NEGATIVAS:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Comente ao lado de cada resposta:</b>		
5. Usa gestos para se comunicar (por exemplo, aponta).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Usa a língua de sinais para se comunicar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Compreende gestos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Compreende sinais ou a língua de sinais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Atender telefonemas e consegue efetuar chamadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. A criança usa dispositivos auxiliares para se comunicar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>COMPORTAMENTOS SOCIAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>		
A criança gosta de algum passatempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança consegue fazer amigos de forma independente e manter relações de amizade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança consegue ter uma conversa coerente com amigos da mesma idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança demonstra interesse em passar tempo com amigos da mesma faixa etária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança sabe manter segredos e toma cuidado ao compartilhar informações pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança consegue demonstrar empatia e preocupação com os sentimentos de seus amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança consegue se expressar quando necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A criança consegue lidar com sentimentos de raiva e frustração adequadamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

OUTRAS ÁREAS FUNCIONAIS	SIM	NÃO	COMENTÁRIOS
1. A criança consegue identificar preferências (alimentos, programas de TV, jogos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. A criança consegue planejar e aguardar eventos futuros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. A criança sabe pedir ajuda a outras pessoas quando necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. A criança consegue tirar o lixo e colocá-lo no recipiente adequado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. A criança pode apontar para um objeto favorito ou interessante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. A criança tem passatempos interessantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. A criança consegue definir um plano e executá-lo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. A criança domina tarefas simples.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. A criança consegue limpar o próprio quarto (guardar objetos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. A criança procura a companhia de amigos para brincar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. A criança sabe ver as horas em um relógio analógico ou digital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. A criança está atrasada em três ou mais séries em duas matérias escolares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. A criança sabe informar o endereço de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. A criança consegue identificar objetos em imagens, seja apontando ou nomeando-os.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. A criança consegue contar de 1 a 10 sem errar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. A criança consegue associar três formas ou três cores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. A criança consegue identificar pelo menos sete cores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. A criança sabe fazer uso do tempo para seguir um cronograma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentário adicionais:			

DESENVOLVIMENTO NA COMUNIDADE	SIM	NÃO	COMENTÁRIOS
1. A criança participa de quais atividades na comunidade?			
2. A criança se comporta adequadamente durante essas atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. A criança está ciente de perigos comuns no lar, como escadas, produtos de limpeza, aquecedores, fogões e lareiras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. A criança demonstra ter consciência de perigos na comunidade, como o trânsito ou a cordialidade excessiva com estranhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. A criança consegue fazer compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. A criança consegue usar transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. A criança saber dizer as horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8a. A criança toma medicamentos prescritos sozinha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8b. Descreva o método de administração dos medicamentos:			
9. Essa pessoa pode ser deixada sozinha/sem supervisão por algum tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Descreva que tipo de assistência a criança precisa para administrar o dinheiro (pagar contas, fazer orçamento, etc.)			
Comentários:			

**SEÇÃO III: Fatores médicos e comportamentais**

Lembre-se de avaliar o desempenho médio da criança **em casa** nos **últimos seis meses**. Você pode incluir qualquer informação adicional nas caixas de comentários, como intensidade, fatores desencadeadores (gatilhos) e melhora ou piora do desempenho atual da criança em comparação com suas habilidades passadas.

Na seção de Condições Médicas de Risco, só indique “sim” se a criança tiver apresentado sintomas nos últimos seis meses, independentemente da data do diagnóstico. Se a criança esteve doente ou em tratamento no passado, mas não está na atualidade, assinale “não” e inclua detalhes do histórico nas caixas de comentários.

Na seção de Situações Traumáticas e de Risco, assinale “sim” se a criança tiver vivenciado a experiência listada, **mesmo que tenha sido uma única vez**. Se a criança tiver passado por outro tipo de situação traumática, indique-o na caixa de comentários correspondente.

CONDIÇÕES MÉDICAS DE RISCO	SIM	NÃO	COMENTÁRIOS
1. Alergias (medicamentos, alimentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Asma (inaladores, nebulizadores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Respiratórias (oxigênio, traqueotomia, CPAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Gastrointestinais (problemas de alimentação/eliminação; refluxo grave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Utiliza bolsa de colostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Apresenta risco de aspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Utiliza um tubo de alimentação (tubo G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Tosse ou engasga ao comer ou beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Outra pessoa precisa colocar os alimentos/líquidos na boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Necessita de uma dieta alterada mecanicamente (engrossada, cortada ou em purê)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Necessita de uma dieta receitada por um médico (restrição de gordura, sódio ou colesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Apresenta comportamentos extremos em relação à ingestão de alimentos ou líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Apresenta risco de desidratação/recusa líquidos com frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Constipação: necessita regularmente de supositório ou enema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Necessita de cateter/diálise (doença renal/urinária, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16a. A criança sofre de transtorno epiléptico/convulsivo? Em caso afirmativo, indique o tipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16b. O(a) jovem toma medicamentos anticonvulsivantes prescritos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16c. Data da última convulsão, tipo de convulsões, frequência:			

17a. A criança sofre de diabetes? Em caso afirmativo, indique o tipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17b. O(a) jovem é insulino dependente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. A criança recebe cuidados de enfermagem especializados em casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Outras condições médicas que exigem assistência: <b>INDIQUE ABAIXO NOS COMENTÁRIOS.</b> Comentários:			

<b>RISCOS COMPORTAMENTAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>
<b>Comportamentos (dirigidos a si próprio)</b>			<b>Inclua a frequência e fatores desencadeadores (gatilhos)</b>
1. Morde ou bate em si próprio gravemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Bate a cabeça contra objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Insere objetos perigosos em orifícios do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Escoria ou arranha a pele intensamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Sofre da síndrome de pica (desejo de ingerir substâncias não comestíveis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Outros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Comportamentos (dirigidos a outras pessoas)</b>			<b>Inclua a frequência, fatores desencadeadores (gatilhos) e a quem são dirigidos (por exemplo, pai, mãe, irmão, professor, estranhos)</b>
7. Bate, morde ou chuta outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Faz ameaças diretas de violência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Tem acessos de raiva/agressividade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Desafia com veemência/rejeita constantemente ou não cumpre instruções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OUTROS COMPORTAMENTOS	SIM	NÃO	Em caso afirmativo, descreva que tratamentos/serviços a criança recebe, se houver
11. Usa drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Envolveu-se em um delito penal/foi alvo de ação judicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Tem um comportamento sexual problemático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Sai correndo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Vagueia com frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Tem o hábito incomum de escalar as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Provoca danos à propriedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Tem o costume de incendiar as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Outros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SITUAÇÕES TRAUMÁTICAS E DE RISCO	SIM	NÃO	Comentários
1. Histórico de abuso físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Histórico de abuso sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Histórico de sofrer <i>bullying</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Histórico de perdas graves, como o falecimento de um irmão ou de um dos pais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Histórico de ter sido removida de sua casa por ser vítima de abuso ou negligência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Transtornos mentais</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Em caso afirmativo, descreva que tratamentos/serviços a criança recebe, se houver</b>
6. Depressão (desesperança, tristeza, alterações de humor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Ansiedade (preocupação excessiva, ataques de pânico).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Alterações graves de humor e/ou irritabilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Tiques, distúrbios motores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Ver ou ouvir coisas que não são reais; paranoia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentários:			

**SEÇÃO IV: NECESSIDADES DE SUPERVISÃO E USO DE EQUIPAMENTOS ADAPTATIVOS**

Lembre-se de avaliar o desempenho médio da criança ou o uso de equipamentos nos **últimos seis meses**. Você pode incluir qualquer informação adicional nas caixas de comentários, como, por exemplo, se as habilidades atuais da criança ou sua necessidade de usar equipamentos adaptativos melhoraram ou pioraram em comparação com suas habilidades passadas.

NECESSIDADES DE SUPERVISÃO EM CASA	SIM	NÃO
1. Necessita de supervisão adequada à sua idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Necessita de supervisão 24 horas em vigília (dia e noite).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Necessita de supervisão cuidadosa durante o dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Necessita de apoio/supervisão diária no local durante um período limitado de horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Consegue identificar uma emergência e buscar ajuda para si própria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Necessita de assistência para evacuar a casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NECESSIDADES DE SUPERVISÃO NA COMUNIDADE	SIM	NÃO
1. Necessita de supervisão adequada à sua idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Necessita de supervisão 24 horas em vigília (dia e noite).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Necessita de supervisão cuidadosa durante o dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pode ser deixada sozinha em lugares específicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Transita de forma independente dentro da comunidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. É vulnerável à exploração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários:

USO DE EQUIPAMENTOS ADAPTATIVOS	MARQUE CASO USE	Comentários			
		<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Elétrica	<input type="checkbox"/> Locomove-se sozinha	<input type="checkbox"/> Necessita de assistência
Cadeira de rodas (você pode selecionar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Elétrica	<input type="checkbox"/> Locomove-se sozinha	<input type="checkbox"/> Necessita de assistência
Capacete	<input type="checkbox"/>				
Óculos	<input type="checkbox"/>				
Andador/muletas/bengala	<input type="checkbox"/>				
Talheres modificados	<input type="checkbox"/>				
Sistema de Resposta de Emergência Pessoal (PERS)	<input type="checkbox"/>				
Sapatos corretivos/aparelhos ortopédicos	<input type="checkbox"/>				
Aparelho auditivo	<input type="checkbox"/>				
Dispositivo de comunicação aumentativa	<input type="checkbox"/>				

USO DE EQUIPAMENTOS ADAPTATIVOS	MARQUE CASO USE	Comentários
Outros: Descreva	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
Comentários:		

MODIFICAÇÕES NO AMBIENTE	MARQUE CASO USE	Comentários
Veículo acessível para cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	
Instalações sanitárias acessíveis	<input type="checkbox"/>	
Rampa	<input type="checkbox"/>	
Elevadores: varanda, aposento, escada	<input type="checkbox"/>	
Outros: Descreva	<input type="checkbox"/>	
1		
2		
3		
Comentários:		

## SEÇÃO V: Declaração

Estado de Nova Jersey  
Departamento de Crianças e Famílias  
Divisão do Sistema de Cuidado Infantil

Declaro que sou a pessoa que preencheu o Resumo do Comportamento Adaptativo da Criança em nome de:

\_\_\_\_\_  
Nome da criança ou jovem requerente (letra de forma)

Salvo melhor juízo, as respostas por mim fornecidas refletem precisamente as habilidades de autocuidado, as habilidades de comunicação, os comportamentos sociais, o desenvolvimento na comunidade, as condições físicas, as limitações e o uso de dispositivos auxiliares dessa criança, assim como seus problemas sanitários, médicos e de segurança.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome (letra de forma): \_\_\_\_\_

Relação/parentesco com a criança ou jovem requerente: \_\_\_\_\_



**Importante!** Esta é a segunda parte de um pedido composto por quatro partes. Proceda ao preenchimento do Formulário C: Folha de Rosto da Documentação

## Pedido de Determinação de Elegibilidade de Crianças Menores de 18 anos com Deficiências de Desenvolvimento

### Formulário C: Folha de Rosto da Documentação

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

Data de nascimento da criança: \_\_\_\_\_ N° de Identidade CYBER (se conhecido): \_\_\_\_\_

Inclua esta folha de rosto com os formulários e a documentação e liste os itens que você anexou. Assinale os documentos que você está enviando com o seu pedido. Inclua o nome, a data de nascimento e o número de identidade CYBER (se conhecido) da criança em cada um dos documentos enviados.

#### **NÃO ENVIE DOCUMENTOS ORIGINAIS. OS DOCUMENTOS NÃO SERÃO DEVOLVIDOS.**

#### **Formulários exigidos**

- Formulário A: Formulário de Informações do Requerente
- Formulário B: Resumo do Comportamento Adaptativo da Criança (Child Adaptive Behavior Summary - CABS).
- Formulário C: Folha de Rosto da Documentação (este formulário) com os documentos exigidos
- Formulário D: Declaração de Conhecimento da HIPAA

#### **Documentos exigidos**

- Comprovante de cidadania americana e de residência nos Estados Unidos
- Comprovante de residência em Nova Jersey
- Avaliação diagnóstica identificando uma deficiência mental ou física
- Avaliação diagnóstica identificando uma deficiência de desenvolvimento
- Avaliações atuais dos comportamentos adaptativos

#### **Documentos comprobatórios**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico atualizado elaborado por um profissional de saúde habilitado   | <input type="checkbox"/> Avaliação atualizada do fonoaudiólogo                         |
| <input type="checkbox"/> Avaliação atualizada do desenvolvimento e do estado neurológico, neuropsicológico ou psicológico                          | <input type="checkbox"/> Avaliação atualizada do terapeuta ocupacional                 |
| <input type="checkbox"/> Avaliações atualizadas elaboradas pela Equipe de Avaliação Infantil (não é um Plano/Programa Educacional Individualizado) | <input type="checkbox"/> Avaliação atualizada do fisioterapeuta                        |
|  | <input type="checkbox"/> Avaliações atualizadas de intervenção precoce                 |
|  | <input type="checkbox"/> Uso/necessidade de dispositivos e/ou equipamentos adaptativos |

#### **Outros documentos (opcional)**

Indique quais outros documentos você está enviando para demonstrar uma limitação/deficiência funcional importante que não estejam incluídos nos documentos comprobatórios listados acima.

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Páginas: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Páginas: \_\_\_\_\_

#### **Se necessário**

- Comprovante de tutela ou ordem judicial (se o requerente não for o pai/mãe da criança)
- Autorização para compartilhar informações médicas (para permitir que outras pessoas possam verificar a situação do pedido)

Consulte as instruções na próxima página para obter mais informações. Envie todos os documentos para:

PerformCare New Jersey  
Attention: DD Eligibility Unit  
300 Horizon Drive, Suite 306  
Robbinsville, New Jersey 08691

## Instruções sobre a documentação

O Formulário C: Folha de Rosto da Documentação identifica os itens que você incluiu no seu pedido de determinação de elegibilidade. Assinale os documentos que você está anexando ao seu pedido. Certifique-se de que incluiu **todos os documentos necessários, bem como os documentos comprobatórios**, pois seu pedido **não será analisado** até que esses documentos tenham sido recebidos. Envie apenas **cópias** dos seus documentos, pois **não devolveremos os documentos enviados**. Envie todos os documentos para:

PerformCare New Jersey  
Attention: DD Eligibility Unit 300  
Horizon Drive, Suite 306  
Robbinsville, New Jersey 08691

### Formulários exigidos:

Os formulários A a D devem ser preenchidos e assinados no local indicado e enviados para o endereço acima. Para obtê-los, ligue para o PerformCare no número **1-877-652-7624** ou acesse o site do PerformCare em <http://www.performcarenj.org/families/disability/determination-eligibility.aspx>.

**Formulário A: Formulário de Informações e Declaração do Requerente.**

Os pedidos de elegibilidade só serão analisados se enviados por um dos pais, pelo responsável legal ou por um tribunal ou instituição legal autorizada a fazê-lo. A pessoa que enviar o pedido em nome da criança deverá assinar esse formulário na seção de declaração. Você poderá pedir ajuda a um amigo, familiar ou advogado para preencher as informações solicitadas.

**Formulário B: Resumo do Comportamento Adaptativo da Criança (CABS).**

Esse formulário deve ser preenchido por um familiar ou cuidador que conheça bem a criança e possa falar sobre o seu comportamento típico nos últimos seis meses. A pessoa que preencher o CABS deverá assinar esse formulário. Essa pessoa pode não ser o pai/mãe/responsável caso a criança não esteja morando em casa ou se estiver recebendo a maior parte dos seus cuidados fora de casa.

**Formulário C: Folha de Rosto da Documentação.**

Anexada a estas instruções. Use a folha de rosto sempre que enviar documentos de determinação de elegibilidade para o PerformCare. Indique quais formulários você está enviando e não se esqueça de anexar apenas **cópias** dos documentos necessários e/ou dos documentos comprobatórios. Não envie originais, pois seus documentos não serão devolvidos.

**Formulário D: Declaração de Conhecimento da HIPAA.**

Leia o **Aviso sobre Práticas de Privacidade** do Departamento de Crianças e Famílias e assine e envie o **Formulário de Declaração de Conhecimento**. Esse formulário atesta que você compreende o que estamos autorizados ou não a fazer com as informações do pedido que você enviou.

**Opcional: Autorização para compartilhar informações médicas.**

Se você quiser indicar outra pessoa autorizada a se informar sobre o status do seu pedido, não se esqueça de incluir essa informação na seção opcional **Autorização para compartilhar informações médicas**. Você pode indicar mais de uma pessoa, mas lembramos que esta opção apenas oferece ao indivíduo indicado a possibilidade de saber o status do pedido feito com relação à criança. Não divulgaremos informações detalhadas sobre a saúde da criança para a(s) pessoa(s) indicada(s) na autorização.

**Documentação necessária referente à residência, cidadania ou tutela:** **Comprovante de cidadania americana e de residência nos Estados Unidos**

(Uma das seguintes opções: fotocópia da certidão de nascimento da criança ou de um dos pais, fotocópia do passaporte americano da criança ou de um dos pais, outro comprovante de cidadania americana da criança ou de um dos pais, ou Cartão de Residência Permanente válido da criança ou de um dos pais)

 **Comprovante de residência em Nova Jersey**

(**Uma** das seguintes opções: fotocópia do título de eleitor de um dos pais, holerite de um dos pais; formulário W2 de um dos pais; comprovante de pagamento do imposto predial (Real Estate Tax Bill) de um dos pais; carteira de identidade do estado ou condado de NJ ou carteira de motorista do estado de NJ de um dos pais; conta de luz, gás, água, telefone ou internet no nome de um dos pais/responsável e o endereço em Nova Jersey).

**Registros clínicos suficientes para documentar a presença de deficiência mental ou física e deficiência de desenvolvimento, incluindo limitações funcionais importantes:** Não é necessário fornecer todos os tipos de registro listados, mas você **deve** enviar os registros **atualizados** suficientes para determinar:

1. A presença de uma deficiência mental ou física e de uma deficiência de desenvolvimento, especificamente as avaliações que diagnosticam uma deficiência mental ou física e uma deficiência de desenvolvimento (o que inclui o diagnóstico específico de uma condição física, neurológica, genética e/ou cognitiva com evidências para comprovar o diagnóstico), e
2. Limitações funcionais significativas em **três ou mais** das seguintes importantes atividades da vida diária: Cuidados pessoais; linguagem receptiva e expressiva; aprendizado; mobilidade; autogestão; capacidade de viver de modo independente e autossuficiência econômica. As limitações funcionais são avaliadas com base em uma análise abrangente da documentação comprobatória (ou seja, avaliação psicológica, fonoaudiológica, terapia ocupacional e/ou avaliações de fisioterapia), CABS, e de acordo com as expectativas baseadas na idade cronológica da criança.
3. Avaliações atualizadas dos comportamentos adaptativos (ou seja, Sistema de Avaliação de Comportamentos Adaptativos)

**Registros clínicos comprobatórios:**

- Avaliação atualizada do desenvolvimento e do estado neurológico, neuropsicológico ou psicológico, com os resultados completos de uma avaliação cognitiva padronizada
- Avaliações atualizadas elaboradas pela Equipe de Avaliação Infantil (não se trata de um Plano/Programa Educacional Individualizado (IEP))
- Avaliação atualizada do fonoaudiólogo
- Avaliação atualizada do terapeuta ocupacional
- Avaliação atualizada do fisioterapeuta
- Avaliações atualizadas de intervenção precoce
- Avaliação de Tecnologia Assistiva indicando o uso/necessidade de dispositivos e/ou equipamentos adaptativos

**Informações importantes sobre a documentação:**

1. Nenhum pedido de determinação de elegibilidade será analisado até que todas as informações exigidas e a documentação comprobatória tenham sido apresentadas para fundamentar o pedido de determinação de elegibilidade.
2. O envio simultâneo de todos os documentos exigidos e dos documentos comprobatórios facilitará o trabalho da Equipe de Análise de Elegibilidade DD para processar o pedido dentro do prazo.
3. É necessário enviar uma cópia de um relatório completo de avaliação de diagnóstico que determine uma deficiência mental/física e atraso de desenvolvimento, não sendo aceitas notas, cartas ou receitas médicas.
4. Os documentos comprobatórios atualizados podem ser elaborados por uma Equipe de Avaliação Infantil ou por profissionais particulares habilitados.
5. As avaliações atualizadas da Equipe de Avaliação Infantil que incluam avaliação cognitiva, avaliação comportamental adaptativa, terapia fonoaudiológica, terapia ocupacional e/ou avaliações de fisioterapia são úteis, mas **NÃO** envie o Plano/Programa Educacional Individualizado (IEP).

**Você será receberá um aviso caso seja necessário enviar alguma documentação adicional.**

# NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator – PerformCare®

## Pedido de Determinação de Elegibilidade de Crianças Menores de 18 anos com Deficiências de Desenvolvimento

### Formulário D: Aviso sobre Práticas de Privacidade da HIPAA – Declaração de Conhecimento

Este formulário deve ser assinado após o recebimento do Aviso sobre Práticas de Privacidade em anexo e devolvido com o pedido. Ele deve ser assinado por um dos pais ou pelo responsável legal.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome em letra de forma), declaro que recebi o Aviso sobre Práticas de Privacidade em \_\_\_\_\_ (data).

Eu sou (assinale uma das opções):  Pai/mãe  Responsável legal

---

Assinatura do pai/mãe ou responsável legal

Data

Em nome de:

---

Nome da criança (em letra de forma)

Data de nascimento

## Aviso sobre Práticas de Privacidade da HIPAA

### **Importante: OS BENEFÍCIOS OU A ELEGIBILIDADE DO SEU FILHO NÃO SERÃO AFETADOS POR ESTE AVISO.**

O presente aviso aplica-se a indivíduos ou responsáveis legais ou pais de crianças menores que recebem serviços do Department of Children and Families (Departamento de Crianças e Famílias).

Informações de saúde protegidas excluem informações de saúde individualmente identificáveis em Registros Educacionais cobertos pela Family Educational Rights and Privacy Act (Lei de Direitos e Privacidade da Educação Familiar), 20 USC 1232g, e alterações subsequentes.

### **Este aviso descreve como as informações médicas do seu filho podem ser usadas e divulgadas e como obter acesso a essas informações. Leia-o com atenção.**

Entender o que está nos registros do seu filho e como as informações de saúde dele(a) são usadas ajuda você a: garantir a precisão das informações, entender melhor quem, o que, quando, onde e por que outras pessoas podem acessar as informações de saúde do seu filho e tomar decisões mais fundamentadas ao autorizar a divulgação a terceiros.

### **NOSSAS RESPONSABILIDADES:**

O Departamento de Crianças e Famílias é obrigado por lei a:

- a. Manter a privacidade das informações sobre a saúde do seu filho.
- b. Fornecer um aviso sobre nossos deveres legais e práticas de privacidade em relação às informações que coletamos e mantemos sobre seu filho.

Além disso, o Departamento de Crianças e Famílias é obrigado a:

1. Cumprir os termos deste aviso.
2. Atender pedidos razoáveis que você possa ter para comunicar informações de saúde por meios alternativos ou em locais alternativos.
3. Avisá-lo se não pudermos concordar com uma restrição solicitada.

Reservamos o direito de alterar nossas práticas e fazer com que as novas disposições se apliquem a todas as informações de saúde protegidas que guardamos. Se houver qualquer alteração em nossas práticas de privacidade, lhe enviaremos um aviso atualizado.

### **REGRA GERAL DE PRIVACIDADE**

Não usaremos ou divulgaremos as informações de saúde do seu filho sem sua autorização por escrito, exceto nos casos descritos neste aviso.

**Revogação da sua autorização:** Se você nos fornecer uma autorização por escrito para divulgar as informações de saúde do seu filho, você poderá revogar essa autorização a qualquer momento. A revogação deverá ser feita por escrito. Uma revogação por escrito não revogará sua autorização prévia, caso já tenhamos divulgado informações com base em sua autorização prévia ou se a sua cobertura de seguro exigir sua autorização por escrito.

**Autorização específica para anotações de psicoterapia:** Não divulgaremos quaisquer anotações de psicoterapia sobre seu filho sem sua autorização por escrito específica para esse fim. Você poderá revogar sua autorização escrita específica a qualquer momento. A revogação deverá ser feita por escrito. Uma revogação por escrito não revogará sua autorização prévia, caso já tenhamos divulgado informações com base em sua autorização prévia ou se a sua cobertura de seguro exigir sua autorização por escrito.

## COMO PODEMOS UTILIZAR OU DIVULGAR AS INFORMAÇÕES DE SAÚDE DO SEU FILHO SEM SUA AUTORIZAÇÃO POR ESCRITO:

- 1. Tratamento.** Podemos usar as informações de saúde do seu filho para o tratamento do seu filho. Por exemplo, as informações obtidas por uma enfermeira, médico ou outro membro da equipe médica de seu filho serão registradas no prontuário do seu filho e podem ser usadas para determinar o diagnóstico do seu filho ou o melhor tratamento para ele(a). Um médico ou outro profissional de saúde poderá compartilhar as informações do seu filho com outros profissionais de saúde que fazem parte do PerformCare, do Departamento de Crianças e Famílias, ou que não fazem parte do Departamento de Crianças e Famílias, para diagnosticar ou tratar seu filho.
- 2. Forma de pagamento.** Podemos usar as informações de saúde do seu filho para fins de pagamento. Por exemplo, uma conta poderá ser enviada a você ou a um terceiro para pagamento. As informações constantes da conta poderão incluir informações que identificam seu filho, bem como o diagnóstico, procedimentos e medicamentos usados pelo seu filho.
- 3. Operações de saúde.** Podemos usar as informações de saúde do seu filho para operações de saúde regulares. Por exemplo, membros da equipe médica, gerentes de qualidade ou de gerenciamento de risco ou membros da equipe de qualidade podem usar as informações do prontuário do seu filho para avaliar os cuidados e os resultados no caso do seu filho e de outros pacientes como ele.
- 4. Parceiros comerciais.** Alguns serviços na nossa organização são prestados por meio de contratos com empresas associadas. Por exemplo, nossos contadores, consultores e advogados. Quando esses serviços são contratados, podemos divulgar as informações de saúde do seu filho para nossos parceiros comerciais para que eles possam realizar o trabalho para o qual foram contratados. Para proteger as informações de saúde do seu filho, no entanto, exigimos que nossos parceiros comerciais protejam adequadamente as informações sobre o seu filho.
- 5. Familiares e amigos envolvidos nos cuidados ao seu filho.** Se você não se opuser, podemos compartilhar as informações de saúde do seu filho com um membro da família, um amigo próximo ou parente que esteja envolvido nos cuidados ou no pagamento dos cuidados prestados ao seu filho. Podemos também notificar um membro da família, um representante pessoal ou outra pessoa responsável pelos cuidados prestados ao seu filho sobre a localização e a condição geral do seu filho. Em alguns casos, é possível que precisemos compartilhar as informações sobre o seu filho com uma organização de assistência em situações de emergência que nos ajude a notificar essas pessoas.
- 6. Pesquisas.** Podemos divulgar informações a pesquisadores quando a pesquisa por eles realizada tiver sido aprovada por um painel de revisão institucional que analisou o objetivo da pesquisa e os protocolos estabelecidos para garantir a privacidade das informações de saúde do seu filho.
- 7. Agentes funerários.** Podemos divulgar informações de saúde para agentes funerários e legistas para que cumpram suas funções de acordo com a legislação aplicável.
- 8. Organizações de compra de órgãos.** De acordo com a legislação aplicável, podemos divulgar as informações de saúde para organizações de compra de órgãos ou outras entidades envolvidas na aquisição, transplante ou bancos de órgãos, para fins de doação e transplante de tecidos.
- 9. Contatos.** Podemos entrar em contato com você para enviar lembretes de compromissos/consultas ou informações sobre alternativas de tratamento ou outros benefícios e serviços relacionados à saúde que possam ser de seu interesse.
- 10. Food and Drug Administration (FDA).** Podemos divulgar à FDA as informações de saúde relativas a eventos adversos com relação a alimentos, suplementos e produtos ou informações de vigilância pós-comercialização para permitir a retirada de circulação, reparos ou substituição de produtos.

11. **Remuneração de trabalhadores.** Podemos divulgar informações de saúde desde que autorizado e necessário para o cumprimento das leis relativas à remuneração de trabalhadores ou outros programas similares estabelecidos por lei.
12. **Saúde pública.** Conforme exigido por lei, podemos divulgar as informações de saúde do seu filho para as autoridades de saúde pública ou outras autoridades encarregadas de prevenir ou controlar doenças, lesões corporais ou deficiências.
13. **Instituições correcionais.** Se seu filho estiver preso em uma instituição correcional, podemos divulgar à instituição, ou a seus agentes, informações de saúde necessárias à saúde do seu filho e à saúde e segurança de outras pessoas.
14. **Aplicação da lei.** Podemos divulgar informações de saúde para o cumprimento da lei, conforme exigido por lei ou em resposta a uma intimação.
15. **Abuso, negligência ou violência doméstica.** Podemos divulgar as informações de saúde do seu filho, na medida prevista por lei, a uma autoridade, agência de serviços sociais ou agência de serviços de proteção se tivermos motivos razoáveis para acreditar que seu filho foi vítima de abuso, negligência ou violência doméstica. Você será prontamente comunicado sobre essa divulgação, a menos que tal comunicação coloque seu filho em risco de lesões graves.
16. **Atividades de supervisão da saúde.** Podemos divulgar as informações de saúde de seu filho a uma agência de supervisão de saúde para atividades autorizadas por lei, como auditorias, investigações civis, administrativas ou criminais, inspeções, licenciamento ou ações disciplinares ou outras atividades necessárias para a supervisão do sistema de saúde, dos programas de benefícios governamentais, de programas regulamentados pelo governo ou para o cumprimento das leis de direitos civis.
17. **Processos judiciais e administrativos.** Podemos divulgar as informações de saúde do seu filho em cumprimento à ordem de um tribunal judicial ou administrativo, ou em resposta a uma intimação, desde que tenhamos recebido garantias satisfatórias da parte solicitante de que esta tentou notificá-lo ou tentou obter uma medida cautelar para proteger as informações sobre o seu filho.
18. **Atividades de segurança nacional e inteligência.** Podemos divulgar as informações de saúde do seu filho a autoridades federais autorizadas para fins de segurança nacional.

## DIREITOS DO SEU FILHO EM RELAÇÃO A SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Embora o prontuário médico do seu filho seja de propriedade do Departamento de Crianças e Famílias, as informações constantes do prontuário médico do seu filho pertencem a você e a ele(a). Você tem os seguintes direitos:

1. Você pode solicitar que não usemos ou divulguemos as informações de saúde do seu filho por alguma razão específica relacionada ao tratamento, ao pagamento e às operações gerais de saúde do Departamento e/ou que não usemos ou divulguemos as informações de saúde do seu filho a um determinado membro da família, outro familiar ou amigo próximo. Pedimos que esses pedidos sejam feitos por escrito ao funcionário responsável pela privacidade. Consideraremos o seu pedido, mas lembre-se de que não temos a obrigação de aceitá-lo ou cumpri-lo.
2. Você tem o direito de receber correspondências confidenciais sobre a saúde do seu filho. Se você não estiver satisfeito com a maneira ou o local em que está recebendo as informações sobre a saúde do seu filho, você pode solicitar que enviemos essas informações por meios alternativos ou para outros locais. Esse pedido deve ser feito por escrito e enviado ao responsável pela privacidade. Atenderemos a todos os pedidos razoáveis.
3. Você pode pedir para ver e/ou obter cópias das informações de saúde do seu filho, as quais serão fornecidas no prazo de 30 dias. Esses pedidos devem ser feitos por escrito ao responsável pela privacidade. Se solicitar uma cópia, é possível que você precise pagar uma taxa por ela.

4. Se você acredita que alguma informação sobre a saúde do seu filho está cadastrada de forma incorreta no prontuário, ou se acredita que falta alguma informação importante, você poderá solicitar a correção das informações existentes ou a inclusão das informações ausentes. Você deve fornecer um motivo para apoiar o seu pedido. Esses pedidos devem ser feitos por escrito ao responsável pela privacidade.
5. Você pode solicitar um relatório por escrito listando todas as divulgações das informações de saúde do seu filho feitas por nós nos últimos seis anos. No entanto, as divulgações feitas antes de 14 de abril de 2003, por lei, não precisam ser reportadas. Pedimos que esses pedidos sejam feitos por escrito ao funcionário responsável pela privacidade. Ressaltamos que o relatório não incluirá os seguintes tipos de divulgações: divulgações feitas para fins de tratamento, pagamento ou cuidados de saúde; divulgações feitas a você ou seu representante legal, ou qualquer outra pessoa envolvida com os cuidados ao seu filho; divulgações autorizadas por você ou seu representante legal; divulgações a instituições correccionais ou funcionários responsáveis pela aplicação da lei ou para fins de segurança nacional; divulgações feitas a partir do diretório; e divulgações acidentais, relacionadas aos usos e divulgações permitidas (por exemplo, quando outro paciente que está passando por perto ouve por acaso a informação). O primeiro relatório referente a qualquer período de doze meses não será cobrado, mas poderá haver a cobrança de uma taxa razoável por pedidos adicionais no mesmo período de doze meses.
6. Você tem o direito de obter uma cópia impressa do nosso Aviso sobre Práticas de Privacidade, mediante solicitação.
7. Você pode revogar qualquer autorização para usar ou divulgar informações de saúde, exceto na medida em que a ação já tiver sido adotada. Esses pedidos devem ser feitos por escrito ao responsável pela privacidade.

## PARA OBTER MAIS INFORMAÇÕES OU RELATAR UM PROBLEMA

Se tiver dúvidas e desejar obter informações adicionais, entre em contato com o responsável pelo setor de privacidade do Departamento no endereço abaixo.

Caso acredite que os direitos de privacidade do seu filho foram violados, você pode apresentar uma queixa à nossa instituição. Essas queixas devem ser encaminhadas por escrito ao funcionário responsável pelo setor de privacidade do Departamento. O formulário para a apresentação de queixa pode ser obtido junto ao funcionário responsável pelo setor de privacidade do Departamento e, após ser preenchido, deve ser enviado para:

### **State of New Jersey, Department of Children and Families**

PO Box 717

Trenton, NJ 08625

Você também pode apresentar uma queixa junto ao Secretary of the Federal Department of Health and Human Services (Secretário do Departamento Federal de Saúde e Serviços Humanos), enviando-a por escrito para:

### **DHHS**

200 Independence Avenue SW

Washington DC 20201

A queixa deve ser apresentada no prazo de 180 dias após a ocorrência do problema. Você também pode apresentar uma queixa ao Office of Civil Rights (Gabinete de Direitos Civis) ligando para **866-627-7748**.

**Se você apresentar uma queixa ao funcionário responsável pelo setor de privacidade do Departamento ou ao Secretário de Saúde e Serviços Humanos, seu filho não sofrerá nenhuma retaliação e os benefícios dele(a) não serão afetados.**

## A discriminação é proibida por lei.

O PerformCare atua em conformidade com a legislação federal de direitos civis e não discrimina nenhuma pessoa com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. O PerformCare não exclui ou trata ninguém de forma diferente em razão de sua raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo.

O PerformCare reduz as barreiras linguísticas para permitir o acesso aos serviços do Sistema de Cuidados Infantis de Nova Jersey:

- Prestando assistência e serviços gratuitos a pessoas com deficiência para que possam se comunicar eficazmente conosco, tais como:
  - Informações escritas em outros formatos (letras grandes, arquivos de áudio, formatos eletrônicos acessíveis e outros formatos).
  - Dispositivos de telecomunicações, tais como Dispositivos de Telecomunicações para os Deficientes Auditivos (TDD) e Telefone de texto (TTY) para que indivíduos surdos, com dificuldade de audição ou problema de fala utilizem o telefone para se comunicar.
- Prestando serviços linguísticos gratuitos a pessoas cujo idioma materno não seja o inglês, o que inclui:
  - Intérpretes qualificados.
  - Informações escritas em outros idiomas.

Se precisar desses serviços, entre em contato com o PerformCare ligando para **1-877-652-7624** ou [TTY (para deficientes auditivos) **1-866-896-6975**]. Estamos à disposição 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Se acreditar que o PerformCare não prestou esses serviços ou o(a) discriminou de alguma maneira em razão de sua raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo, você pode apresentar uma queixa por correio ou telefone. Para isso, ligue para o Departamento de Qualidade do PerformCare no número **1-877-652-7624** ou envie sua queixa por escrito para:

PerformCare  
Attn: Quality Department  
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

Se precisar de ajuda para apresentar uma queixa, o Departamento de Qualidade do PerformCare está à disposição para auxiliá-lo(a).

Você também pode apresentar uma queixa por violação de direitos civis ao U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, Escritório de Direitos Civis), seja eletronicamente, no Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de Queixas do Escritório de Direitos Civis), disponível em <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou por correio ou telefone no endereço e números abaixo:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

**1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**

Os formulários a serem preenchidos para a apresentação da queixa estão disponíveis em <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Serviços de interpretação multilíngues

## Attention: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Spanish:** Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Portuguese:** Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-896-6975).

**Haitian Creole:** Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

**Chinese Mandarin:** 注意: 如果您说中文普通话/国语, 我们可为您提供免费语言援助服务。请致电: 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) 번으로 전화해 주십시오.

**Bengali:** লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৭৭-৬৫২-৭৬২৪ (TTY 1-866-896-6975)।

**French:** Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Vietnamese:** Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) पर कॉल करें।

**Chinese Cantonese:** 注意: 如果您使用粵語, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

**Polish:** Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Urdu:**

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)۔

**Turkish:** Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

**Russian:** Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).