



PLANO DE VIDA AUTÓNOMA

Nome: _____

Data: _____

ESTES SÃO OS MEUS DIREITOS:

- **Viver num ambiente seguro, onde seja tratado de forma igual e justa.**
- **Ser incluído, independentemente da minha raça, religião ou capacidade mental ou física.**
- **Ter liberdade de expressão e de religião.**
- **Ter privacidade.**
- **Viver livre de abusos físicos, verbais ou emocionais.**
- **Viver livre de abuso, assédio ou exploração sexual sob qualquer forma.**
- **Permanecer em silêncio se for interrogado por um agente de imigração ou funcionário do governo.**
- **Falar com um advogado e não assinar nada sem antes falar com um advogado.**

NÚMEROS IMPORTANTES:

Estes são números importantes para os quais posso telefonar se for vítima de abuso ou tráfico, se precisar de apoio em situações de crise ou para obter informações sobre o meu caso de imigração. Se estiver em perigo imediato, devo ligar para o 911.

☐ 911 (para uma emergência)	☐ ORR National Call Center (Centro Nacional do ORR): 1-800-203-7001
☐ Child Abuse Hotline (Linha de prevenção de violência infantil): 1-800-422-4453	☐ National Human Trafficking Hotline (Linha nacional de apoio às vítimas de tráfico de seres humanos): 1-888-373-7888
☐ Suicide Prevention Lifeline (Linha telefónica de prevenção do suicídio): 988	☐ Planned Parenthood (Planeamento Familiar): 1-800-230-7526
☐ Domestic Violence Hotline (Linha de apoio a vítimas de violência doméstica): 1-800-799-7233	☐ Linha direta do EOIR: Linha para verificar a data para comparecer em tribunal: 1-800-898-7180
☐ Poison Help (Linha de Controlo Antivenenos) - 1-800-222-1222	☐ Outra:

PESSOAS DE CONFIANÇA:

São pessoas de confiança a quem posso recorrer para obter ajuda.

☐ Nome: _____ Número: _____

Morada: _____

☐ Nome: _____ Número: _____

Morada: _____

☐ Nome: _____ Número: _____

Morada: _____

ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA E PLANO DE AUTOCUIDADOS

Estas são coisas que posso fazer sozinho para me acalmar, aliviar o stress e sentir-me melhor.

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

OBJETIVOS A CURTO PRAZO

Estas são as coisas que quero realizar nos próximos três meses.

Objetivo #1: _____ Data de Conclusão Prevista: _____

Item de Ação (como vou conseguir isto?) _____

Item de Ação: _____

Objetivo #2: _____ Data de Conclusão Prevista: _____

Item de Ação (como vou conseguir isto?) _____

Item de Ação: _____

Objetivo #3: _____ Data de Conclusão Prevista: _____

Item de Ação (como vou conseguir isto?) _____

Item de Ação: _____

OBJETIVOS A LONGO PRAZO

Estas são as coisas que quero realizar nos próximos três anos.

Objetivo #1: _____ Data de Conclusão Prevista: _____

Item de Ação (como vou conseguir isto?) _____

Item de Ação: _____

Objetivo #2: _____ Data de Conclusão Prevista: _____

Item de Ação (como vou conseguir isto?) _____

Item de Ação: _____

Objetivo #3: _____ Data de Conclusão Prevista: _____

Item de Ação (como vou conseguir isto?) _____

Item de Ação: _____

CONDIÇÕES DE VIDA:

É aqui que tenciono viver quando fizer 18 anos:

Morada: _____

Colegas de quarto/Membros do agregado familiar: _____

Plano de Apoio: _____

DOCUMENTOS IMPORTANTES:

Estes são os documentos que devo manter na minha posse:

- | | |
|--|--|
| ☐ Documento de identificação com fotografia
(Verificação de Dispensa ou outra identificação) | ☐ Registos Académicos |
| ☐ Pasta de Dispensa do ORR | ☐ Registos Médicos |
| ☐ Documentação Jurídica | ☐ Carta OTIP (se aplicável) |
| ☐ Uma cópia original da minha certidão de nascimento | ☐ Outros: _____ |

COMPETÊNCIAS DE VIDA AUTÓNOMA

Pontos fortes: Quais são as competências que consigo completar sozinho(a)?

- | | |
|--|---|
| ☐ Limpeza | ☐ Higiene pessoal (tomar duche, lavar os dentes, etc.) |
| ☐ Preparar refeições | ☐ Primeiros socorros básicos |
| ☐ Utilizar equipamento de cozinha | ☐ Gerir o dinheiro |
| ☐ Fazer compras | ☐ Comunicar com os outros |
| ☐ Lavar roupa | ☐ Gestão do tempo |
| ☐ Marcação de consultas | ☐ Utilizar um mapa |
| ☐ Usar os transportes públicos | ☐ Outro |

Áreas de necessidade: Que competências quero melhorar enquanto me preparo para a independência?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ |

PLANO DE TRANSPORTES:

É assim que tenciono deslocar-me de forma autónoma:

- ☐ A pé ☐ De bicicleta ☐ De carro
- ☐ Família/Amigo: _____
- ☐ Transportes públicos
- Instruções (tipo, custo, localização): _____

GESTÃO DO DINHEIRO:

Esta é a minha informação bancária:

Atualmente, tenho uma: ☐ Conta Corrente ☐ Conta Poupança

Em caso afirmativo, qual é o nome do meu banco? _____

Receberei apoio financeiro das seguintes fontes depois de completar 18 anos (família/amigos, subsídios, etc.)

☐ Fonte: _____	Montante mensal: _____
☐ Fonte: _____	Montante mensal: _____
☐ Fonte: _____	Montante mensal: _____

BENEFÍCIOS DE SAÚDE/SEGURO

Estes são os meus benefícios de saúde atuais e informações sobre o seguro (se aplicável).

☐ Nome: _____ Número: _____

Informações sobre o seguro: _____

Este é o nome e as informações de contacto da minha farmácia.

☐ Nome da farmácia: _____ Número de telefone: _____

Localização: _____

Estes são os meus medicamentos atuais.

☐ Nome do medicamento: _____ Dosagem: _____

Instruções: _____

☐ Nome do medicamento: _____ Dosagem: _____

Instruções: _____

☐ Nome do medicamento: _____ Dosagem: _____

Instruções: _____

PRESTADORES DE SERVIÇOS ATUAIS

Estes são os meus prestadores de serviços atuais.

Médicos

☒ Nome: _____ Número: _____

Morada: _____



PLANO DE VIDA AUTÓNOMA

Odontologia

☐ Nome: _____ Número: _____

Morada: _____

Visão

☐ Nome: _____ Número: _____

Morada: _____

Saúde mental

☐ Nome: _____ Número: _____

Morada: _____

Jurídicos

☐ Nome: _____ Número: _____

Morada: _____

Formação

☐ Nome: _____ Número: _____

Morada: _____

Lazer

☐ Nome: _____ Número: _____

Morada: _____

Outro

☐ Nome: _____ Número: _____

Morada: _____

Confirmo que discutimos e concordámos com o plano acima referido.

Nome do jovem	Assinatura do jovem	Data
Nome do adulto responsável	Assinatura do adulto responsável	Data
Nome do assistente social	Assinatura do assistente social	Data