ANEXO III - PORTARIA CONJUNTA SEHAB/SMDHC/SMADS Nº X, DE XX DE XXX DE 2022

LISTA DE QUALIFICAÇÃO DA DEMANDA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

ORIGEM: CADASTRO COHAB-SP/SEHAB

DATA: ____/_____/_____

Nome completo	Data de nascimento	RG	CPF	Endereço completo (Rua/número/complemento)		cep	Telefone de contato	Nome da Mãe		Nº de integrantes da família
Renda familiar (R$)	PCD na composição familiar (Sim/Não)	Idoso na composição familiar (Sim/Não)	Criança na primeira infância na composição familiar(Sim/Não)	É assistida por SMDHC ou SMADS (Sim/Não)	Data de início do atendimento (SMDHC ou SMADS)	Possui medida protetiva vigente? (Sim/Não)	Beneficiária de auxílio aluguel de SMDHC (Sim/Não)	Data de inclusão no Aux. Aluguel	Possui inscrição na COHAB? (Sim/Não)	Data de inscrição na COHAB

Nome completo	Data de nascimento	RG	CPF	Endereço completo (Rua/número/complemento)	cep	Telefone de contato	Nome da Mãe	Nº de integrantes da família

Renda familiar (R$)	PCD na composição familiar (Sim/Não)	Idoso na composição familiar (Sim/Não)	Criança na primeira infância na composição familiar(Sim/Não)	É assistida por SMDHC ou SMADS (Sim/Não)	Data de início do atendimento (SMDHC ou SMADS)	Possui medida protetiva vigente? (Sim/Não)	Beneficiária de auxílio aluguel de SMDHC (Sim/Não)	Data de inclusão no Aux. Aluguel	Possui inscrição na COHAB? (Sim/Não)	Data de inscrição na COHAB

Nome completo	Data de nascimento	RG	CPF	Endereço completo (Rua/número/complemento)		cep	Telefone de contato	Nome da Mãe		Nº de integrantes da família
Renda familiar (R$)	PCD na composição familiar (Sim/Não)	Idoso na composição familiar (Sim/Não)	Criança na primeira infância na composição familiar(Sim/Não)	É assistida por SMDHC ou SMADS (Sim/Não)	Data de início do atendimento (SMDHC ou SMADS)	Possui medida protetiva vigente? (Sim/Não)	Beneficiária de auxílio aluguel de SMDHC (Sim/Não)	Data de inclusão no Aux. Aluguel	Possui inscrição na COHAB? (Sim/Não)	Data de inscrição na COHAB