

N.º de identificação do cliente _____

Data de preenchimento: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA

PREENCHIDO POR CLIENTES OU PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Qual é o seu grau de escolaridade?

Selecione uma opção.

- Ensino fundamental completo ou incompleto
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo ou supletivo
- Ensino superior parcial, incluindo diploma ou cursos técnicos
- Formação de 4 anos de faculdade
- Pós-graduação (por exemplo, MA, MD, PhD)
- Não tenho a certeza/não sei

2. Está atualmente matriculado(a) na escola?

Selecione uma opção.

- Não matriculado(a) → *Passe para a P4*
- Matriculado(a) por tempo integral
- Matriculado(a) por meio período
- Outra (especifique: _____)
- Não tenho certeza / não sei → *Passe para a P4*

3. Se matriculado(a) por tempo integral ou meio período: Que tipo de programa escolar está frequentando?

Selecione uma opção.

- 2º ou 3º ciclo do ensino básico
- Ensino médio
- Programa de certificação profissional / vocacional
- Faculdade de dois anos
- Faculdade de quatro anos
- Programa de pós-graduação
- Outro (especifique: _____)
- Não tenho a certeza/não sei

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.

4. Recebe atualmente apoio para educação e acomodações por meio de um Plano de Educação Individualizado (IEP), de um plano 504 ou pelo departamento de apoio a portadores de deficiência?

- Sim
- Não
- Não aplicável
- Não tenho a certeza/não sei

5. Está atualmente procurando alcançar uma meta relacionada à escola, por exemplo, se formar no ensino médio ou melhorar suas notas?

- Sim
- Não
- Não aplicável
- Não tenho a certeza/não sei