

نموذج الإحالة لبرامج الإغاثة من الأزمات وتوفير الإقامة في حالة الأزمات بمدينة نيويورك

توفر البرامج التطوعية قصيرة الأجل بيئة داعمة تشبه الأجواء المنزلية للأشخاص الذين يمرون بأزمة نفسية، وتساعدهم في الاندماج في المجتمع مجددًا. يمكن للأشخاص الذين يتلقون الخدمات في هذه البرامج (يُطلق عليهم "الضيوف") البقاء لمدة تصل إلى 28 يومًا، حسبما تقتضي احتياجاتهم، مع إمكانية الحصول على دعم الموظفين على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

تعمل هذه البرامج على توفير الدعم عند التعرض لأزمة انفعالية. من المتوقع أن يخطط الضيوف للمكان الذي سيعيشون فيه بعد انتهاء إقامتهم. لا تُعد هذه البرامج حلًا بديلًا عن الإسكان الدائم أو الملاجئ، وهي تناسب فقط الأشخاص الذين لا يواجهون خطرًا وشيئًا بالحق الأذى بأنفسهم أو بالآخرين. فضلًا عن ذلك، ليس بإمكان مساكن الأزمات المؤقتة مساعدة الأشخاص في العثور على سكن لهم.

لمزيد من المعلومات حول الإحالة، يرجى الاتصال بالرقم 988 أو بأي من أرقام الهاتف التالية.

الوكالة (اسم البرنامج)	عدد الأسيرة في الموقع	الحي	رقم الهاتف	رقم الفاكس
Mosaic Mental Health	10	Bronx	(718) 884-2992	(718) 884-2901
Services for the Underserved (برنامج الإغاثة Brooklyn)	10	Brooklyn	(347) 505-0870	(877) 603-5170
Services for the Underserved (Bright Corner)	3	Brooklyn	(646) 757-4561	(877) 603-5170
Ohel Children's Home & Family Services	3	Brooklyn	(800) 603-6435	(718) 686-4250
Community Access	8	Manhattan	(646) 257-5665 (رقم داخلي 401)	(212) 614-1413
ACMH (Garden House أو Independence House)	10	Manhattan	(212) 253-6377 (رقم داخلي 406 أو 408)	(212) 253-8679
WellLife	3	Queens	(718) 309-7486	(347) 542-5847
Transitional Services for New York (برنامج الإغاثة Miele)	10	Queens	(718) 464-0375	(718) 217-2366
St. Joseph's Medical Center	3	Staten Island	(718) 876-2810	(718) 876-4414
برنامج TownHome Kings للإغاثة	11	Brooklyn	(718) 473-9860	(877) 341-4347

ملحوظة: لا تضمن تعبئة نموذج الإحالة هذا الالتحاق بالبرنامج، حيث يُحدّد القرار بشأن التحاق كل شخص على حدة بحسب عدد الأسيرة المتاحة. يجب تعبئة هذا النموذج بموافقة طوعية من الشخص المُحال.

تاريخ الإحالة (سنة/ يوم/ شهر): _____

نوع الإحالة:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> الصحة النفسية أو السلوكية لمرضى العيادات الخارجية | <input type="checkbox"/> إحالة ذاتية |
| <input type="checkbox"/> البرنامج الشامل لحالات الطوارئ النفسية
(Comprehensive Psychiatric Emergency Program) | <input type="checkbox"/> خطة الرعاية المُدارة |
| <input type="checkbox"/> تنسيق الرعاية | <input type="checkbox"/> الصحة النفسية أو الصحة السلوكية للمرضى
المقيمين بالمستشفى |
| <input type="checkbox"/> إدارة خدمات المُشرّدين في مدينة نيويورك
(NYC Department of Homeless Services) | <input type="checkbox"/> إدارة الطوارئ |
| <input type="checkbox"/> العلاج المجتمعي الحازم (Assertive community treatment) | <input type="checkbox"/> الإسكان |
| <input type="checkbox"/> فريق Safe Options Support | <input type="checkbox"/> الملجأ |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ | <input type="checkbox"/> فريق إدارة الأزمات المتنقل (Mobile Crisis Team) |
| | <input type="checkbox"/> 988 |
| | <input type="checkbox"/> فرد من العائلة أو صديق |

الضيف المحتمل

الاسم المفضل (بأحرف واضحة): _____

الاسم القانوني (الأول والأخير): _____

تاريخ الميلاد: _____

هل عمر الضيف 18 سنة فما أكثر؟ نعم لا

العنوان أو الموقع: _____

هل الضيف أحد سكان مدينة نيويورك؟ نعم لا

اللغات المفضلة: الإنكليزية الإسبانية غير ذلك: _____

مقدم خدمات التأمين (إن وُجد): _____

رقم تعريف بوليصة التأمين أو رقم هوية العميل: _____

رقم هاتف الضيف: _____ الهاتف الآخر: _____

هل يمكن للضيف استقبال رسائل صوتية؟ نعم لا

البريد الإلكتروني للضيف: _____

اسم جهة الاتصال في حالة الطوارئ (إن وُجدت): _____

صلة جهة الاتصال بالضيف: _____

رقم هاتف جهة الاتصال: _____ الهاتف الآخر: _____

بيان أزمة الصحة النفسية الحالية:

1. إلى أي مدى يمكن لبرنامج الدعم قصير المدى في أوقات الأزمات هذا مساعدة الضيف؟ (حدّد جميع الخيارات التي تنطبق).

- وضع خطة للصحة والتعافي
 تفادي دخول المستشفى للعلاج
 تلقي دعم الأقران
 غير ذلك: _____

2. هل يعاني الضيف من أزمة صحية نفسية أو يواجه تحديات تتسبب في ظهور أعراض ذات صلة بالصحة النفسية ويتعذر التعامل معها جيدًا في منزله ولا بيئته الحالية؟

- نعم لا

3. هل الضيف معرض لخطر وشيك يتسبب في إيذاء نفسه أو الآخرين؟

- نعم لا

4. هل صدر بحق الضيف أمر من المحكمة بتلقي العلاج المساعد لمرضى العيادات الخارجية (Assisted Outpatient Treatment, AOT)؟

- نعم لا

5. هل الضيف مستقر طبيًا؟

- نعم لا

6. هل يعاني الضيف من حالات طبية خطيرة أو حساسية؟

- نعم لا لا أفضل الإجابة
دوّن أي حالات طبية خطيرة أو حساسية:

7. هل يستطيع الضيف الاهتمام باحتياجاته الشخصية (مثل تناول الطعام والذهاب إلى الحمام وتناول الأدوية الموصوفة له طبيًا) دون مساعدة؟

- نعم لا

8. هل يحتاج الضيف إلى توفر تسهيلات في الموقع (على سبيل المثال، إمكانية الوصول إلى الموقع بالكرسي المتحرك، أو المساعدة على صعود السلالم والنزول منها)؟

- نعم لا

دوّن التسهيلات التي يحتاج إليها الضيف:

9. هل يتوفر للضيف مكان آمن ومستقر للعودة إليه بعد إقامته، أو هل الضيف على استعداد للذهاب إلى ملجأ عند الحاجة؟ (ملحوظة: لا تشمل معايير الاستبعاد على التشرّد أو الافتقار إلى الأمن السكني).

- نعم لا لست متأكدًا

عنوان أو موقع الخروج المتوقع (إذا كان محددًا):

مقدم خدمة الإحالة أو جهة الاتصال المعنية بالإحالة
يرجى الانتقال إلى "توقيع الضيف المحتمل" إذا كانت هذه إحالة ذاتية.

اسم مقدم خدمة الإحالة أو جهة الاتصال المعنية بالإحالة: _____
بيانات الاعتماد المرخصة، مثل LCSW أو LMHC أو MD: _____
صلة القرابة بالضيف المحتمل: _____

رقم الهاتف: _____ هاتف ثانوي: _____
البريد الإلكتروني: _____ الفاكس: _____

اسم وكالة الإحالة (إن وُجدت): _____

توقيع مقدم خدمة الإحالة أو جهة الاتصال المعنية بالإحالة _____ التاريخ _____

توقيع الضيف المحتمل

توقيع الضيف المحتمل _____ التاريخ _____

شكراً لك على إحالتك.

For Staff Use Only

Form received date: _____

Form received time: _____

Reviewed by (print name): _____

Program Supervisor signature: _____

Initial contact with guest (print name): _____

Initial contact date: _____ Initial contact time: _____

Expected arrival date: _____ Expected arrival time: _____

Did the guest decline services? Yes No

Why did the guest decline services? _____

Notes: _____

Eligible for Stay: YES NO