

## নিউ ইয়র্ক সিটির সংকটকালীন আবাসিক সহায়তা এবং অস্থায়ী পরিচর্যার রেফারেল ফর্ম

স্বল্পমেয়াদী স্বৈচ্ছাসেবী প্রোগ্রামগুলি মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সংকটের সম্মুখীন ব্যক্তিদের জন্য একটি সহায়ক এবং ঘরের মতো পরিবেশ প্রদান করে এবং তাদের কমিউনিটির সাথে পুনরায় একত্রিত হতে সাহায্য করে। এই প্রোগ্রামগুলিতে পরিষেবা প্রাপ্ত লোকেরা (যাকে "অতিথি" বলা হয়) প্রয়োজনের ভিত্তিতে 24/7 কর্মীদের সহায়তার অ্যাক্সেস সহ 28 দিন পর্যন্ত থাকতে পারেন।

এই প্রোগ্রামগুলিতে একটি আবেগজনিত সংকটের মাধ্যমে সহায়তা প্রদানের জন্য কর্মী নিয়োগ করা হয়। অতিথিরা তাদের অবস্থান শেষ করার পরে তারা কোথায় থাকবেন তার একটি পরিকল্পনা রয়েছে বলে আশা করা হচ্ছে। প্রোগ্রামগুলি স্থায়ী আবাসন বা আশ্রয়ের বিকল্প নয় এবং শুধুমাত্র সেই লোকদের জন্য উপযুক্ত যারা নিজেদের বা অন্যদের ক্ষতি করার আসন্ন ঝুঁকিতে নেই। সংকট আবাসনগুলি লোকদের আবাসন খুঁজে পেতে সাহায্য করতে সক্ষম নয়।

রেফারেল সম্পর্কিত তথ্যের জন্য, 988 বা নিম্নলিখিত ফোন নম্বরগুলির মধ্যে যেকোনো একটিতে কল করুন।

এজেন্সি (প্রোগ্রামের নাম)	প্রতিটি সাইটে বেডের সংখ্যা	বরো	ফোন নম্বর	ফ্যাক্স নম্বর
Mosaic Mental Health	10	Bronx	(718) 884-2992	(718) 884-2901
Services for the Underserved (Brooklyn-এর অস্থায়ী পরিচর্যা)	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 (এক্সটেনশন 401)	(212) 614-1413
ACMH (Garden House বা Independence House)	10	Manhattan	(212) 253-6377 (এক্সটেনশন 406 বা 408)	(212) 253-8679
WellLife	3	Queens	(718) 309-7486	(347) 542-5847
Transitional Services for New York (Miele-এর অস্থায়ী পরিচর্যা)	10	Queens	(718) 464-0375	(718) 217-2366
St. Joseph's Medical Center	3	Staten Island	(718) 876-2810	(718) 876-4414
TownHome Kings অস্থায়ী পরিচর্যা	11	Brooklyn	(718) 473-9860	(877) 341-4347

দ্রষ্টব্য: এই রেফারেল ফর্মটি পূরণ করা কোনো প্রোগ্রামে ভর্তির নিশ্চয়তা প্রদান করে না। প্রতিটি ভর্তি হওয়া বেডের উপলব্ধতার উপর নির্ভর করে পৃথক ভিত্তিতে নির্ধারিত হয়। এই ফর্মটি রেফার করা ব্যক্তির স্বৈচ্ছায় সম্মতিতে পূরণ করা উচিত।

রেফারেলের তারিখ (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

রেফারেলের প্রকার:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> স্ব-রেফারেল   | <input type="checkbox"/> পরিবার বা বন্ধু  |
| <input type="checkbox"/> পরিচালিত পরিচর্যা পরিকল্পনা                           | <input type="checkbox"/> বহিরাগত রোগীর মানসিক বা আচরণগত স্বাস্থ্য                                       |
| <input type="checkbox"/> অভ্যন্তরীণ রোগীর মানসিক স্বাস্থ্য বা আচরণগত স্বাস্থ্য | <input type="checkbox"/> বিস্তীর্ণ মানসিক জরুরী প্রোগ্রাম (Comprehensive Psychiatric Emergency Program) |
| <input type="checkbox"/> জরুরী বিভাগ   | <input type="checkbox"/> পরিচর্যা সমন্বয়   |
| <input type="checkbox"/> আবাসন   | <input type="checkbox"/> NYC ডিপার্টমেন্ট অফ হোমলেস সার্ভিসেস (NYC Department of Homeless Services)     |
| <input type="checkbox"/> আশ্রয়  | <input type="checkbox"/> স্থিতিশীল কমিউনিটি চিকিৎসা (Assertive community treatment)                     |
| <input type="checkbox"/> মোবাইল ক্রাইসিস টিম (Mobile Crisis Team)              | <input type="checkbox"/> Safe Options Support টিম   |
| <input type="checkbox"/> 988   | <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____  |

### সম্ভাব্য অতিথি

পছন্দের নাম (প্রিন্ট): \_\_\_\_\_

আইনী নাম (প্রথম এবং শেষ): \_\_\_\_\_

জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_

অতিথির বয়স কি 18 বা তার বেশী?  হ্যাঁ  না

ঠিকানা বা স্থান: \_\_\_\_\_

অতিথি কি NYC-এর একজন বাসিন্দা?  হ্যাঁ  না

পছন্দের ভাষা:  ইংরেজী  স্প্যানিশ  অন্যান্য: \_\_\_\_\_

বীমা প্রদানকারী (যদি পাওয়া যায়): \_\_\_\_\_

বীমা পলিসি আইডি নম্বর বা ক্লায়েন্ট শনাক্তকরণ নম্বর: \_\_\_\_\_

অতিথির ফোন নম্বর: \_\_\_\_\_ দ্বিতীয় ফোন: \_\_\_\_\_

অতিথি কি ভয়েসমেল পেতে পারেন?  হ্যাঁ  না

অতিথির ইমেইল: \_\_\_\_\_

জরুরী যোগাযোগের নাম (যদি পাওয়া যায়): \_\_\_\_\_

অতিথির সাথে যোগাযোগের সম্পর্ক: \_\_\_\_\_

যোগাযোগের ফোন নম্বর: \_\_\_\_\_ দ্বিতীয় ফোন: \_\_\_\_\_

বর্তমান মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সংকটের বর্ণনা:

1. এই স্বল্পমেয়াদী সংকট সহায়তা প্রোগ্রাম কীভাবে অতিথিকে সাহায্য করতে পারে? (প্রযোজ্য সমস্ত নির্বাচন করুন।)
  - একটি সুস্থতা এবং পুনরুদ্ধারের পরিকল্পনা তৈরি করুন
  - হাসপাতালে ভর্তি হওয়া প্রতিরোধ করুন
  - সহকর্মী সমর্থন পান
  - অন্যান্য: \_\_\_\_\_
2. অতিথি কি মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সংকট বা চ্যালেঞ্জের সম্মুখীন হচ্ছেন যা মানসিক স্বাস্থ্যের লক্ষণগুলিতে অবদান রাখছে এবং তাদের বাড়ীতে বা বর্তমান পরিবেশে ভালোভাবে পরিচালনা করা যায় না?
  - হ্যাঁ  না
3. অতিথি কি নিজের বা অন্যদের ক্ষতি করার আসন্ন ঝুঁকিতে রয়েছে?
  - হ্যাঁ  না
4. অতিথির কি সহকারী বহিরাগত রোগীদের চিকিৎসা (AOT) পাওয়ার জন্য আদালতের আদেশ আছে?
  - হ্যাঁ  না
5. অতিথি কি চিকিৎসাগতভাবে স্থির অবস্থায় আছেন?
  - হ্যাঁ  না
6. অতিথির কি উল্লেখযোগ্য চিকিৎসাগত সমস্যা বা অ্যালার্জি আছে?
  - হ্যাঁ  না  উত্তর দিতে পছন্দ করেন নাকোনো উল্লেখযোগ্য চিকিৎসাগত সমস্যা বা অ্যালার্জিগুলি তালিকাভুক্ত করুন:  
\_\_\_\_\_
7. অতিথি কি সাহায্য ছাড়া তাদের ব্যক্তিগত প্রয়োজনের (যেমন, খাওয়া, বাথরুম ব্যবহার করা এবং নির্ধারিত ওষুধপত্র গ্রহণ করা) পরিচর্যা নিতে পারেন?
  - হ্যাঁ  না
8. অতিথির কি অন-সাইট থাকার ব্যবস্থার প্রয়োজন (যেমন হুইলচেয়ার-অ্যাক্সেসযোগ্য সাইট, সিঁড়ি ব্যবহার করতে সহায়তা)?
  - হ্যাঁ  নাঅতিথিদের প্রয়োজনীয় থাকার ব্যবস্থা তালিকাভুক্ত করুন:  
\_\_\_\_\_
9. অতিথির থাকার পর ফিরে যাওয়ার জন্য কি নিরাপদ ও স্থির জায়গা আছে, নাকি প্রয়োজন হলে অতিথি আশ্রয়কেন্দ্রে যেতে ইচ্ছুক? (দ্রষ্টব্য: গৃহহীনতা বা আবাসন নিরাপত্তাহীনতা বর্জনের মানদণ্ড নয়।)
  - হ্যাঁ  না  অনিশ্চিতপ্রত্যাশিত ডিসচার্জের ঠিকানা বা স্থান (যদি জানা থাকে):  
\_\_\_\_\_

## রেফারেল প্রদানকারী বা যোগাযোগ

এটি একটি স্ব-রেফারেল হলে সম্ভাব্য অতিথির স্বাক্ষরে যান।

রেফারেল প্রদানকারী বা যোগাযোগের নাম: \_\_\_\_\_

লাইসেন্সকৃত শংসাপত্র যেমন LCSW, LMHC বা MD: \_\_\_\_\_

সম্ভাব্য অতিথির সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_

ফোন: \_\_\_\_\_ দ্বিতীয় ফোন: \_\_\_\_\_

ইমেইল: \_\_\_\_\_ ফ্যাক্স: \_\_\_\_\_

রেফারেল এজেন্সির নাম (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_

রেফারিং প্রদানকারী বা রেফারেল যোগাযোগের স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

## সম্ভাব্য অতিথির স্বাক্ষর

সম্ভাব্য অতিথির স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

আপনার রেফারেলের জন্য আপনাকে ধন্যবাদ।

### 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