

紐約市暫居類危機支援和住宿服務轉介表

自願性短期計畫可為正在經歷心理健康危機的人員提供一處溫馨舒適的環境，以幫助他們重新融入社區。接受本計畫服務的人員（稱為「客人」），可按其需要居住最多 28 天，並可全天候獲得工作人員的支援。

本計畫的工作人員可在客人情緒危機期間提供支援。客人須做好逗留期滿後可去何處居住的計畫。支援計畫設施不能替代長期居所或收容所，且僅適合那些不會隨時對自己或他人造成傷害的人員。危機住所無法協助客人尋找長期住所。

如需轉介資訊，請致電 988 或下列任何電話號碼。

機構（計畫名稱）	每處地點床位數	行政區	電話號碼	傳真號碼
Mosaic Mental Health	10	Bronx	(718) 884-2992	(718) 884-2901
Services for the Underserved (Brooklyn 暫住計畫)	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 (分機 401)	(212) 614-1413
ACMH (Garden House 或 Independence House)	10	Manhattan	(212) 253-6377 (分機 406 或 408)	(212) 253-8679
WellLife	3	Queens	(718) 309-7486	(347) 542-5847
Transitional Services for New York (Miele 暫住計畫)	10	Queens	(718) 464-0375	(718) 217-2366
St. Joseph's Medical Center	3	Staten Island	(718) 876-2810	(718) 876-4414
TownHome Kings 暫住計畫	11	Brooklyn	(718) 473-9860	(877) 341-4347

備註：填寫此轉介表並不保證定能獲得任何計畫設施接納。可否入住均需根據床位及個人具體情況而定。填寫此表應在被轉介人員自願同意之下完成。

轉介日期（月/日/年）：_____

轉介類型：

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 自我轉介 | <input type="checkbox"/> 門診心理或行為健康 |
| <input type="checkbox"/> 管理式照護計畫 | <input type="checkbox"/> 綜合精神病急救計畫 (Comprehensive Psychiatric Emergency Program) |
| <input type="checkbox"/> 住院心理健康或行為健康 | <input type="checkbox"/> 照護協調 |
| <input type="checkbox"/> 急診科 | <input type="checkbox"/> 紐約市無家可歸人員服務局 (NYC Department of Homeless Services) |
| <input type="checkbox"/> 住所 | <input type="checkbox"/> 積極型社區治療 (Assertive community treatment) |
| <input type="checkbox"/> 收容所 | <input type="checkbox"/> 安全選項支援團隊 (Safe Options Support) |
| <input type="checkbox"/> 流動危機應變小組 (Mobile Crisis Team) | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| <input type="checkbox"/> 988 | |
| <input type="checkbox"/> 家人或朋友 | |

潛在客人

首選姓名（工整書寫）：_____

法定姓名（名字和姓氏）：_____

出生日期：_____

客人是否年齡為 18 歲或以上？ 是 否

地址或所在地點：_____

客人是否為紐約市居民？ 是 否

首選語言： 英文 西班牙文 其他：_____

保險提供商（如果有）：_____

保單編號或客戶識別號：_____

客人電話號碼：_____ 備用電話：_____

客人是否可以接收語音郵件？ 是 否

客人電子郵箱：_____

緊急聯絡人姓名（如有）：_____

聯絡人與客人的關係：_____

聯絡人電話號碼：_____ 備用電話：_____

有關目前心理健康危機的描述：

1. 本短期危機支援計畫能為客人帶來哪些幫助？（選擇所有適用項。）
 制定健康和康復計畫 預防住院
 獲得同伴支援 其他：_____

2. 客人是否正在經歷心理健康危機或挑戰（這些危機或挑戰促使客人出現無法在家中或目前環境中妥善管控的心理健康症狀）？
 是 否

3. 客人是否面臨隨時可能傷害自己或他人的風險？
 是 否

4. 客人是否有要求其接受輔助門診治療 (AOT) 的法院令？
 是 否

5. 客人的醫療狀況是否穩定？
 是 否

6. 客人是否有嚴重的健康病況或過敏症？
 是 否 不想回答
列出任何重大的健康病況或過敏症：

7. 客人是否可以在無他人協助的情況下照顧自身個人需求（例如進食、如廁及服用處方藥）？
 是 否

8. 客人是否需要現場便利安排（例如適合輪椅出入的場地、協助上樓梯）？
 是 否
列出客人需要的便利安排：

9. 客人入住結束後是否可以回到一處安全穩定的住處，或者客人是否願意在需要時前往收容所？
（備註：無家可歸或住所無保障不屬於排除標準。）
 是 否 不確定
預計出院後地址或地點（如果已知）：

轉介服務提供者或聯絡人

如果屬於自我轉介，請略過此項並前往潛在客人簽名部分。

轉介服務提供者或聯絡人姓名：_____

執照資質（如 LCSW、LMHC 或 MD）：_____

與潛在客人的關係：_____

電話：_____ 備用電話：_____

電子郵件：_____ 傳真：_____

轉介機構名稱（如適用）：_____

_____ 日期

潛在客人簽名

_____ 日期

感謝您的轉介。

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