

Formulaire d'orientation pour répit et soutien résidentiel en cas de crise dans la ville de New York

Les programmes de participation volontaire à court terme offrent un environnement accueillant et réconfortant aux personnes confrontées à une crise de santé mentale, et les aident à se réintégrer dans la communauté. Les personnes bénéficiant de services dans le cadre de ces programmes (appelées « clients ») peuvent le faire pendant 28 jours maximum, en fonction de leurs besoins, avec un accès 24/24, 7j/7 à un soutien du personnel.

Ces programmes sont dotés de personnel qui fournira du soutien pendant une crise émotionnelle. Les clients doivent avoir une idée de l'endroit où ils vivront une fois que leur séjour aura pris fin. Les programmes ne constituent pas une alternative à un logement permanent ou à un centre hébergement, et conviennent uniquement aux personnes qui ne représentent aucun danger imminent pour leur propre sécurité ou celle d'autrui. Les résidences proposées en cas de crise ne sont pas conçues pour aider les personnes à trouver un logement.

Pour obtenir des informations en matière d'orientation, appelez le 988 ou l'un des numéros de téléphone suivants :

| Agence (nom du programme) | Nombre de lits par site | Arrondissement | Numéro de téléphone | Numéro de fax |
|---|-------------------------|----------------|--------------------------------------|----------------|
| Mosaic Mental Health | 10 | Bronx | (718) 884-2992 | (718) 884-2901 |
| Services for the Underserved (Programme de répit de 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 (Accès communautaire) | 8 | Manhattan | (646) 257-5665 (poste 401) | (212) 614-1413 |
| ACMH (Garden House ou Independence House) | 10 | Manhattan | (212) 253-6377 (poste 406 ou 408) | (212) 253-8679 |
| WellLife | 3 | Queens | (718) 309-7486 | (347) 542-5847 |
| Transitional Services for New York (Programme de répit de Miele) | 10 | Queens | (718) 464-0375 | (718) 217-2366 |
| St. Joseph's Medical Center | 3 | Staten Island | (718) 876-2810 | (718) 876-4414 |
| Répit TownHome Kings | 11 | Brooklyn | (718) 473-9860 | (877) 341-4347 |

Remarque : Le fait de remplir ce formulaire d'orientation ne garantit pas l'admission à un programme. Chaque admission est déterminée au cas par cas en fonction de la disponibilité des lits. Ce formulaire doit être rempli avec le consentement volontaire de la personne référée.

Date de l'orientation (MM/JJ/AAAA) : _____

Type d'orientation :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Auto-orientation | <input type="checkbox"/> Programme pour urgences psychiatriques 24h/24, 7j/7 (Comprehensive Psychiatric Emergency Program) |
| <input type="checkbox"/> Plan de soins gérés | <input type="checkbox"/> Service de coordination de soins |
| <input type="checkbox"/> Service de santé mentale ou santé comportementale en milieu hospitalier | <input type="checkbox"/> Département des services aux sans-abris de la ville de New York (NYC Department of Homeless Services) |
| <input type="checkbox"/> Service des urgences | <input type="checkbox"/> Traitement communautaire dynamique (Assertive community treatment) |
| <input type="checkbox"/> Service du logement | <input type="checkbox"/> Équipe Safe Options Support |
| <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Équipe mobile de crise (Mobile Crisis Team) | |
| <input type="checkbox"/> 988 | |
| <input type="checkbox"/> Membre de la famille ou ami | |
| <input type="checkbox"/> Service de santé mentale ou comportementale ambulatoire | |

Client(e) potentiel(le) :

Nom préféré (en caractères d'imprimerie) : _____

Nom légal (prénom et nom de famille) : _____

Date de naissance : _____

Le/la client(e) est-il(elle) âgé(e) de 18 ans ou plus ? Oui Non

Adresse ou emplacement : _____

Le/la client(e) est-il(elle) un(e) résident(e) de la ville de New York ? Oui Non

Langues préférées : Anglais Espagnol Autre : _____

Compagnie d'assurance (le cas échéant) : _____

Numéro de la police d'assurance ou identifiant du/de la client(e) : _____

Numéro de téléphone du/de la client(e) : _____

Numéro de téléphone secondaire : _____

Le/la client(e) peut-il(elle) recevoir des messages vocaux ? Oui Non

Adresse électronique du/de la client(e) : _____

Nom du contact d'urgence (le cas échéant) : _____

Relation du contact avec le/la client(e) : _____

Numéro de téléphone du contact : _____

Numéro de téléphone secondaire : _____

Description de la crise de santé mentale actuelle :

1. Comment ce programme de soutien en cas de crise à court terme peut-il aider le/la client(e) ?
(Sélectionnez toutes les réponses pertinentes.)
- Élaborer un plan de bien-être et de guérison Éviter l'hospitalisation
 Bénéficier du soutien de pairs Autre : _____
2. Le/la client(e) traverse-t-il(elle) une crise ou des problèmes de santé mentale qui contribuent aux symptômes de santé mentale et qui ne peuvent pas être gérés de façon efficace à son domicile ou dans son environnement actuel ?
- Oui Non
3. Le/la client(e) représente-t-il/elle un danger pour sa propre sécurité ou celle d'autrui ?
- Oui Non
4. Le/la client(e) dispose-t-il/elle d'une ordonnance du tribunal lui permettant de bénéficier d'un traitement ambulatoire assisté (AOT) ?
- Oui Non
5. Le/la client(e) est-il/elle médicalement stable ?
- Oui Non
6. Le/la client(e) souffre-t-il(elle) de problèmes de santé ou d'allergies importants ?
- Oui Non Je préfère ne pas répondre
Veuillez indiquer les problèmes de santé ou allergies importants :

7. Le/la client(e) peut-il/elle subvenir à ses besoins personnels (par exemple, manger, aller aux toilettes et prendre les médicaments qui lui ont été prescrits) sans assistance ?
- Oui Non
8. Le/la client(e) a-t-il/elle besoin d'un aménagement sur place (par exemple, un site accessible aux fauteuils roulants, une aide pour les escaliers) ?
- Oui Non
Veuillez indiquer les aménagements requis par le/la client(e) :

9. Le/la client(e) dispose-t-il/elle d'un endroit sûr et stable où retourner après son séjour, ou consent-il/elle à aller dans un centre d'hébergement si nécessaire ? (Remarque : Le sans-abrisme ou la précarité en matière de logement ne sont pas des critères d'exclusion.)
- Oui Non Je ne suis pas sûr(e)
Adresse ou lieu de sortie prévu(e) (si connu[e]) :

Fournisseur ou contact d'orientation

Passer directement à la signature du/de la client(e) potentiel(le) s'il s'agit d'une auto-orientation.

Nom du fournisseur ou contact d'orientation : _____

Titre de compétence agréé tel que LCSW, LMHC ou MD : _____

Relation avec le/la client(e) potentiel(le) : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de téléphone secondaire : _____

Adresse électronique : _____ Fax : _____

Nom de l'agence d'orientation (le cas échéant) : _____

Signature du fournisseur ou contact d'orientation

Date

Signature du/de la client(e) potentiel(le)

Signature du/de la client(e) potentiel(le)

Date

Merci pour votre formulaire d'orientation.

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