

Modulo di segnalazione ai Programmi di supporto residenziali e di sollievo temporaneo per il recupero da crisi emotive/psichiche operativi a New York City

I programmi su base volontaria, a breve termine, offrono un ambiente supportivo e familiare a persone che stanno vivendo un momento di crisi emotiva/psichica e le aiutano a reintegrarsi nella società. Le persone assistite in questi programmi (gli "ospiti") possono restarvi per un massimo di 28 giorni, in base al bisogno, usufruendo dell'assistenza degli operatori 24/7.

I programmi dispongono di operatori in grado di fornire assistenza durante un momento di crisi emotiva/psichica. Si dà per scontato che, alla fine del soggiorno, gli ospiti sappiano dove andare a vivere. I programmi non sono un'alternativa all'alloggio o al rifugio permanente e sono destinati esclusivamente a persone che non rappresentano un rischio imminente di nuocere a sé o agli altri. Le residenze di questo tipo non hanno la possibilità di aiutare le persone a trovare casa.

Per informazioni sulle modalità di segnalazione chiamare il 988 o uno dei numeri sottoindicati.

Agenzia (nome del programma)	Posti letto disponibili	Distretto	Numero di telefono	Numero di fax
Mosaic Mental Health	10	Bronx	(718) 884-2992	(718) 884-2901
Services for the Underserved (Casa di sollievo temporaneo di 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 (int. 401)	(212) 614-1413
ACMH (Garden House o Independence House)	10	Manhattan	(212) 253-6377 (int. 406 o 408)	(212) 253-8679
WellLife	3	Queens	(718) 309-7486	(347) 542-5847
Transitional Services for New York (Casa di sollievo temporaneo Miele)	10	Queens	(718) 464-0375	(718) 217-2366
St. Joseph's Medical Center	3	Staten Island	(718) 876-2810	(718) 876-4414
Casa di sollievo temporaneo TownHome Kings	11	Brooklyn	(718) 473-9860	(877) 341-4347

Nota: La compilazione del presente modulo di segnalazione non garantisce l'ammissione al programma. Le ammissioni vengono decise su base individuale in funzione dei posti letto disponibili. Questo modulo dev'essere compilato con il consenso volontario della persona segnalata.

Data di segnalazione (MM/GG/AAAA): _____

Tipo di segnalazione:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Auto-segnalazione | <input type="checkbox"/> Programma di emergenza psichiatrica completo (Comprehensive Psychiatric Emergency Program) |
| <input type="checkbox"/> Piano di assistenza gestita | <input type="checkbox"/> Coordinamento assistenziale |
| <input type="checkbox"/> Salute mentale o salute comportamentale in regime di ricovero | <input type="checkbox"/> Dipartimento di assistenza ai senza fissa dimora di NYC (NYC Department of Homeless Services) |
| <input type="checkbox"/> Pronto soccorso | <input type="checkbox"/> Trattamento di comunità assertivo (Assertive community treatment) |
| <input type="checkbox"/> Abitazione | <input type="checkbox"/> Unità Safe Options Support |
| <input type="checkbox"/> Rifugio | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Unità di crisi mobile (Mobile Crisis Team) | |
| <input type="checkbox"/> 988 | |
| <input type="checkbox"/> Familiari o amici | |
| <input type="checkbox"/> Salute mentale o salute comportamentale in regime ambulatoriale | |

Ospiti potenziali

Nome prescelto (in stampatello): _____

Nome legale (nome e cognome): _____

Data di nascita: _____

L'ospite ha compiuto 18 anni? Sì No

Indirizzo o località: _____

L'ospite risiede a NYC? Sì No

Lingue preferite: Inglese Spagnolo Altre: _____

Assicuratore (se del caso): _____

Numero della polizza o numero identificativo del cliente: _____

Numero di telefono dell'ospite: _____ Altro numero di telefono: _____

L'ospite può ricevere messaggi vocali? Sì No

Email dell'ospite: _____

Persona da contattare in caso di emergenza (se del caso): _____

Relazione con l'ospite: _____

Numero di telefono: _____ Altro numero di telefono: _____

Descrizione dell'attuale crisi emotiva/psichica:

1. In che modo questo programma di supporto a breve termine può aiutare l'ospite? (Selezionare tutte le risposte pertinenti.)

Realizzare un piano di benessere e recupero

Evitare il ricovero ospedaliero

Ricevere il sostegno di pari

Altro: _____

2. L'ospite sta vivendo una crisi emotiva/psichica o ha problemi che contribuiscono ai sintomi di salute mentale e che non potrebbero essere gestiti adeguatamente a casa o nell'ambiente in cui l'ospite vive attualmente?

Sì No

3. L'ospite è a rischio imminente di nuocere a sé o ad altri?

Sì No

4. L'ospite ha un provvedimento del tribunale che lo obbliga a ricevere un trattamento ambulatoriale assistito (AOT)?

Sì No

5. L'ospite è stabile dal punto di vista medico?

Sì No

6. L'ospite riferisce condizioni mediche o allergie significative?

Sì No Preferisco non rispondere

Indicare eventuali condizioni mediche o allergie significative:

7. L'ospite è in grado di provvedere ai bisogni personali (es., mangiare, andare in bagno, assumere i farmaci prescritti) senza bisogno di assistenza?

Sì No

8. L'ospite necessita di particolari sistemazioni (es., sito accessibile con sedia a rotelle, assistenza per salire/scendere le scale)?

Sì No

Indicare le sistemazioni necessarie per l'ospite:

9. Al termine del soggiorno, l'ospite dispone di un luogo sicuro e stabile dove tornare, o è disposto a trasferirsi in un rifugio, se necessario? (Nota: Il fatto di essere senza fissa dimora o in condizioni di insicurezza abitativa non costituisce criterio di esclusione).

Sì No Non so

Indirizzo o ubicazione previsti al momento delle dimissioni (se noto):

Persona che effettua la segnalazione o contatto

Passare alla firma del potenziale ospite in caso di auto-segnalazione.

Nome di chi effettua la segnalazione o del contatto: _____

Qualifiche ufficiali (es., LCSW, LMHC o MD): _____

Relazione con il potenziale ospite: _____

Telefono: _____ Altro telefono: _____

Email: _____ Fax: _____

Nome dell'agenzia che effettua la segnalazione (se applicabile): _____

Firma di chi effettua la segnalazione o del contatto

Data

Firma del potenziale ospite

Firma del potenziale ospite

Data

Grazie per la segnalazione.

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