



## 뉴욕시 주거 위기 지원 및 임시보호 의뢰서

정신 건강 위기를 겪고 있는 사람들을 위해 단기의 자발적 프로그램을 통해 힘이 되어주는 집과 같은 환경을 제공하며 지역사회로 다시 복귀할 수 있도록 돕습니다. 이 프로그램에서 서비스를 받고 있는 사람들(‘게스트’)은 요구에 따라 최대 28일까지 머물 수 있으며, 주 7일 하루 24시간 직원의 도움을 받을 수 있습니다.

이 프로그램에는 정서적 위기를 극복할 수 있도록 돕는 직원이 있습니다. 게스트는 체류를 끝내고 난 후 어디에서 살 것인지 계획을 세워야 합니다. 이 프로그램은 영구 주거지나 보호소에 대한 대안이 아니며 본인이나 다른 사람들에게 긴박한 위험이 되지 않는 사람들에게만 적합합니다. 위기 거주 서비스에서 사람들이 주거지를 찾도록 도와줄 수 없습니다.

진료 추천 정보에 대해서는 988번이나 아래의 전화번호로 전화해주시요.

기관(프로그램 명칭)	침대 수	자치구	전화번호	팩스번호
<b>Mosaic Mental Health</b>	10	Bronx	(718) 884-2992	(718) 884-2901
<b>Services for the Underserved</b> (Brooklyn 임시보호)	10	Brooklyn	(347) 505-0870	(877) 603-5170
<b>Services for the Underserved</b> (Bright Corner)	3	Brooklyn	(646) 757-4561	(877) 603-5170
<b>Ohel Children’s Home &amp; Family Services</b>	3	Brooklyn	(800) 603-6435	(718) 686-4250
<b>Community Access</b>	8	Manhattan	(646) 257-5665 (내선 401)	(212) 614-1413
<b>ACMH</b> (Garden House 또는 Independence House)	10	Manhattan	(212) 253-6377 (내선 406 또는 408)	(212) 253-8679
<b>WellLife</b>	3	Queens	(718) 309-7486	(347) 542-5847
<b>Transitional Services for New York</b> (Miele 임시보호)	10	Queens	(718) 464-0375	(718) 217-2366
<b>St. Joseph’s Medical Center</b>	3	Staten Island	(718) 876-2810	(718) 876-4414
<b>TownHome Kings</b> 임시보호	11	Brooklyn	(718) 473-9860	(877) 341-4347

참고: 이 의뢰서를 작성한다고 해서 프로그램 입소가 보장되지는 않습니다. 입소는 침대 이용 가능 여부에 따라 개별적으로 결정됩니다. 이 양식은 의뢰 대상자의 자발적 동의를 받아 작성되어야 합니다.

의뢰일(월월/일일/년년년년): \_\_\_\_\_

의뢰 유형:

- 자기 의뢰
- 관리형 의료 플랜
- 입원 정신건강 또는 행동건강
- 응급실
- 주거
- 보호소
- 이동식 위기 대응팀(Mobile Crisis Team)
- 988
- 가족 또는 친구
- 외래 정신건강 또는 행동건강
- 종합 정신의학 응급 프로그램(Comprehensive Psychiatric Emergency Program)
- 진료 조정관리
- 뉴욕시 노숙자 서비스부(NYC Department of Homeless Services)
- 적극적 지역사회 기반 치료(Assertive community treatment)
- Safe Options Support 팀
- 기타: \_\_\_\_\_

**잠재 게스트**

선호하는 이름(인쇄체): \_\_\_\_\_

법적 이름(이름과 성): \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

게스트가 18세 이상입니까?  예  아니요

주소 또는 소재지: \_\_\_\_\_

게스트가 뉴욕시에 살고 있습니까?  예  아니요

선호하는 언어:  영어  스페인어  기타: \_\_\_\_\_

보험사(해당 경우): \_\_\_\_\_

보험 증권 ID 번호 또는 고객 식별 번호: \_\_\_\_\_

게스트 전화번호: \_\_\_\_\_ 추가 전화번호: \_\_\_\_\_

게스트가 음성메일을 받을 수 있습니까?  예  아니요

게스트의 이메일: \_\_\_\_\_

비상 연락자 이름(해당 경우): \_\_\_\_\_

게스트와 연락자의 관계: \_\_\_\_\_

연락자의 전화번호: \_\_\_\_\_ 추가 전화번호: \_\_\_\_\_

현재 정신건강 위기에 대한 설명:

1. 이 단기적 위기 지원 프로그램이 게스트에게 어떻게 도움이 될 수 있습니까? (해당하는 항목을 모두 선택하십시오.)
  - 건강관리와 회복 계획 세우기     입원 예방
  - 동료 지원 받기                       기타: \_\_\_\_\_
  
2. 게스트가 정신건강 위기나 정신건강 증상의 원인이 되는 어려움을 겪고 있으면서 자택이나 현재의 환경에서는 관리가 잘 되지 않고 있습니까?
  - 예     아니요
  
3. 게스트가 본인이나 다른 사람을 해칠 긴박한 위험이 있습니까?
  - 예     아니요
  
4. 게스트가 외래 치료 지원(AOT)을 받으라는 법원 명령서를 가지고 있습니까?
  - 예     아니요
  
5. 게스트가 의학적으로 안정된 상태입니까?
  - 예     아니요
  
6. 게스트에게 심각한 질병이나 알레르기가 있습니까?
  - 예     아니요     답변하기를 원치 않음
  - 심각한 질병이나 알레르기를 기재하십시오.

---
  
7. 게스트가 도움을 받지 않고 개인의 요구를(가령, 식사하기, 욕실 사용 및 처방약 복용하기) 알아서 처리할 수 있습니까?
  - 예     아니요
  
8. 게스트가 현장에서의 편의(가령, 휠체어가 접근할 수 있는 구역, 계단 이용에 도움) 제공이 필요합니까?
  - 예     아니요
  - 게스트에게 필요한 편의 제공을 기재하십시오.

---
  
9. 게스트가 프로그램에서 체류한 후 돌아갈 안전하고 안정된 곳이 있습니까, 또는 게스트가 필요하면 보호소로 갈 의향이 있습니까? (참고: 노숙 또는 주거 불안정은 제외 기준이 아닙니다.)
  - 예     아니요     확실치 않음
  - 퇴소 시 예상 주소 또는 소재지(알고 있는 경우):

---

**의뢰자 또는 연락처**

자기 의뢰인 경우 잠재 게스트 서명으로 건너뛰십시오.

의뢰자 또는 연락처 이름: \_\_\_\_\_

LCSW, LMHC 또는 MD와 같은 면허 자격증: \_\_\_\_\_

잠재 게스트와의 관계: \_\_\_\_\_

전화: \_\_\_\_\_ 추가 전화번호: \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_ 팩스: \_\_\_\_\_

의뢰 기관명(해당 경우): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
의뢰자 또는 의뢰 연락자의 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

**잠재 게스트의 서명**

\_\_\_\_\_  
잠재 게스트의 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

의뢰해주셔서 감사합니다.

**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