

## Formularz skierowania do programów wytchnienia i zakwaterowania w sytuacjach kryzysowych w mieście Nowy Jork

Te krótkoterminowe, dobrowolne programy oferują wspierające i domowe środowisko osobom w kryzysie zdrowia psychicznego oraz pomagają im ponownie zintegrować się ze społecznością. Osoby korzystające z usług tych programów (nazywane „gośćmi”) mogą w zależności od potrzeb przebywać w ośrodku do 28 dni i korzystać z całodobowego wsparcia ze strony personelu.

Personel ośrodków oferuje wsparcie w kryzysach emocjonalnych. Oczekuje się, że w chwili zakończenia pobytu goście będą mieli plan zakwaterowania. Programy te nie stanowią alternatywy dla stałego zakwaterowania czy schronisk i są przeznaczone tylko dla osób, które nie stwarzają bezpośrednio zagrożenia dla siebie i innych. Programy zakwaterowania w sytuacjach kryzysowych nie są w stanie pomóc w znalezieniu miejsca zamieszkania.

Informacje o skierowaniu można uzyskać pod numerem 988 lub pod następującymi numerami telefonów.

Agencja (nazwa programu)	Liczba łóżek w ośrodku	Dzielnica	Numer telefonu	Numer faksu
<b>Mosaic Mental Health</b>	10	Bronx	(718) 884-2992	(718) 884-2901
<b>Services for the Underserved</b> (Wytchnienie w Brooklynie)	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 (wewn. 401)	(212) 614-1413
<b>ACMH</b> (Garden House lub Independence House)	10	Manhattan	(212) 253-6377 (wewn. 406 lub 408)	(212) 253-8679
<b>WellLife</b>	3	Queens	(718) 309-7486	(347) 542-5847
<b>Transitional Services for New York</b> (Wytchnienie w ośrodku Miele)	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>Wytchnienie w TownHome Kings</b>	11	Brooklyn	(718) 473-9860	(877) 341-4347

Uwaga: wypełnienie niniejszego formularza skierowania nie gwarantuje przyjęcia do programu. Możliwość przyjęcia do ośrodka jest rozpatrywana indywidualnie, w zależności od dostępności łóżek. Niniejszy formularz należy wypełnić po uzyskaniu dobrowolnej zgody osoby kierowanej.

Data skierowania (MM/DD/RRRR): \_\_\_\_\_

Rodzaj skierowania:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Samoskierowanie  | <input type="checkbox"/> Kompleksowy Program Pomocy Psychiatrycznej w Sytuacjach Nagłych (Comprehensive Psychiatric Emergency Program) |
| <input type="checkbox"/> Plan opieki koordynowanej  | <input type="checkbox"/> Koordynacja opieki  |
| <input type="checkbox"/> Stacjonarna opieka pod kątem zdrowia psychicznego lub behawioralnego | <input type="checkbox"/> Wydział Usług dla Osób w Kryzysie Bezdomności NYC (NYC Department of Homeless Services)                       |
| <input type="checkbox"/> Oddział ratunkowy  | <input type="checkbox"/> Asertywne leczenie środowiskowe (Assertive Community Treatment)   |
| <input type="checkbox"/> Mieszkalnictwo   | <input type="checkbox"/> Zespół Safe Options Support   |
| <input type="checkbox"/> Schronisko   | <input type="checkbox"/> Inne: _____   |
| <input type="checkbox"/> Mobilny zespół kryzysowy (Mobile Crisis Team)                        |  |
| <input type="checkbox"/> 988  |  |
| <input type="checkbox"/> Rodzina lub znajomy  |  |
| <input type="checkbox"/> Ambulatoryjna opieka nad zdrowiem psychicznym lub behawioralnym      |  |

### **Potencjalny gość**

Preferowane imię i nazwisko (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_

Oficjalne imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Czy gość ma ukończone 18 lat?  Tak  Nie

Adres lub lokalizacja: \_\_\_\_\_

Czy gość jest mieszkańcem NYC?  Tak  Nie

Preferowane języki:  angielski  hiszpański  inny: \_\_\_\_\_

Ubezpieczyciel (jeśli dostępny): \_\_\_\_\_

Numer identyfikacyjny polisy ubezpieczeniowej lub klienta: \_\_\_\_\_

Numer telefonu gościa: \_\_\_\_\_ Telefon dodatkowy: \_\_\_\_\_

Czy gość może odbierać pocztę głosową?  Tak  Nie

Adres e-mail gościa: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby kontaktowej w sytuacjach nagłych (jeśli dostępna): \_\_\_\_\_

Relacja osoby kontaktowej z gościem: \_\_\_\_\_

Numer telefonu osoby kontaktowej: \_\_\_\_\_

Telefon dodatkowy: \_\_\_\_\_

Opis obecnego kryzysu zdrowia psychicznego:

1. Jak ten program krótkoterminowego wsparcia kryzysowego może pomóc gościowi?  
(Zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi).
- Opracowanie planu dobrego samopoczucia i powrotu do zdrowia
  - Uniknięcie hospitalizacji
  - Uzyskanie wsparcia wzajemnego w ramach społeczności
  - Inna odpowiedź: \_\_\_\_\_
2. Czy gość doświadcza kryzysu zdrowia psychicznego lub problemów, które wzmagają objawy zaburzeń zdrowia psychicznego i nie można się nimi zająć odpowiednio w domu lub obecnym otoczeniu?
- Tak  Nie
3. Czy gość stwarza bezpośrednie zagrożenie dla siebie lub innych osób?
- Tak  Nie
4. Czy gość ma nakaz sądowy korzystania ze wspomaganego leczenia w poradni (AOT)?
- Tak  Nie
5. Czy stan zdrowia gościa jest stabilny?
- Tak  Nie
6. Czy gość ma poważne schorzenia lub alergie?
- Tak  Nie  Wolę nie odpowiadać
- Wymienić poważne schorzenia lub alergie:
- \_\_\_\_\_
7. Czy gość jest w stanie samodzielnie dbać o swoje potrzeby osobiste (np. jedzenie, korzystanie z toalety i przyjmowanie przepisanych leków)?
- Tak  Nie
8. Czy gość potrzebuje udogodnień w ośrodku (np. dostępu dla wózków inwalidzkich, pomocy w pokonywaniu schodów)?
- Tak  Nie
- Wymienić potrzebne udogodnienia:
- \_\_\_\_\_
9. Czy gość ma bezpieczne i stabilne miejsce, do którego może wrócić po zakończeniu pobytu, czy też jest gotów w razie potrzeby udać się do schroniska? (Uwaga: bezdomność lub zagrożenie utratą mieszkania nie są kryteriami wykluczającymi).
- Tak  Nie  Nie mam pewności
- Spodziewany adres lub lokalizacja po wypisaniu (jeśli są znane):
- \_\_\_\_\_

