

Форма направления для участия в программе кризисной поддержки в стационарных учреждениях и кризисных центрах г. Нью-Йорка

Программа краткосрочного добровольного пребывания в стационарном учреждении предлагает помощь в комфортной, домашней обстановке людям, переживающим кризис психического здоровья, и помогает им вернуться к жизни в сообществе. Люди, получающие услуги в рамках данной программы (гости), в зависимости от своих потребностей могут оставаться в учреждении на срок до 28 дней и пользоваться доступом 24/7 к помощи персонала учреждения.

Задача персонала программы — помочь справиться с эмоциональным кризисом. Ожидается, что гости самостоятельно решат, где они будут проживать после того, как покинут учреждение. Учреждения программы не являются альтернативой постоянному жилью или приюту и предназначены только для лиц, не представляющих непосредственной угрозы для окружающих или самих себя. Данная программа не может помочь гостям с поиском жилья.

Чтобы узнать о том, как стать участником программы, позвоните службу 988 или по любому из указанных ниже номеров.

Наименование учреждения (программы)	Количество мест/коек	Боро	Номер телефона	Номер факса
Mosaic Mental Health	10	Bronx	(718) 884-2992	(718) 884-2901
Services for the Underserved (Кризисный центр 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 (доб. 401)	(212) 614-1413
ACMH (Garden House или Independence House)	10	Manhattan	(212) 253-6377 (доб. 406 или 408)	(212) 253-8679
WellLife	3	Queens	(718) 309-7486	(347) 542-5847
Transitional Services for New York (Кризисный центр Miele)	10	Queens	(718) 464-0375	(718) 217-2366
St. Joseph’s Medical Center	3	Staten Island	(718) 876-2810	(718) 876-4414
Кризисный центр TownHome Kings	11	Brooklyn	(718) 473-9860	(877) 341-4347

Примечание. Заполнение данной формы направления не гарантирует участие в программе. Возможность участия в программе определяется индивидуально в зависимости от наличия свободных мест. Данная форма должна быть заполнена при условии добровольного согласия потенциального участника программы.

Дата направления (ММ/ДД/ГГГГ): _____

Тип направления:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Самостоятельное | <input type="checkbox"/> Амбулаторное учреждение, занимающееся охраной психического здоровья или расстройствами поведения |
| <input type="checkbox"/> План управляемого медицинского обслуживания | <input type="checkbox"/> Комплексная программа неотложной психиатрической помощи (Comprehensive Psychiatric Emergency Program) |
| <input type="checkbox"/> Стационарное учреждение, занимающееся охраной психического здоровья или расстройствами поведения | <input type="checkbox"/> Координатор ухода |
| <input type="checkbox"/> Отделение неотложной помощи | <input type="checkbox"/> Департамент г. Нью-Йорка по делам бездомных (NYC Department of Homeless Services) |
| <input type="checkbox"/> Учреждение, занимающееся вопросами жилья | <input type="checkbox"/> Интенсивное лечение в сообществе (Assertive community treatment) |
| <input type="checkbox"/> Приют | <input type="checkbox"/> Группа Safe Options Support |
| <input type="checkbox"/> Мобильная группа реагирования на кризисные ситуации (Mobile Crisis Team) | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Служба 988 | |
| <input type="checkbox"/> Член семьи или друг | |

Потенциальный гость

Предпочтительное имя (печатными буквами): _____

Полное имя в соответствии с документами (имя и фамилия): _____

Дата рождения: _____

Возраст гостя 18 лет или старше? Да Нет

Адрес места жительства или пребывания: _____

Является ли гость жителем г. Нью-Йорка? Да Нет

Предпочтительные языки общения: Английский Испанский Другой: _____

Поставщик страховых услуг (при наличии страховки): _____

Номер страхового полиса или идентификационный номер клиента: _____

Номер телефона гостя: _____ Дополнительный номер: _____

Может ли гость получать голосовые сообщения? Да Нет

Адрес электронной почты гостя: _____

Имя и фамилия контактного лица для чрезвычайных ситуаций (при наличии): _____

Кем контактное лицо приходится гостю: _____

Номер телефона контактного лица: _____

Дополнительный номер телефона: _____

Описание текущего кризиса психического здоровья:

1. Каким образом данная программа краткосрочной кризисной поддержки может помочь гостю?
(Выберите все подходящие варианты.)
- Составление плана оздоровления и восстановления
 - Предотвращение госпитализации
 - Помощь и поддержка наставника, пережившего аналогичный опыт
 - Другое: _____
2. Переживает ли гость кризис психического здоровья или столкнулся с трудностями, усиливающими симптомы психического расстройства, с которыми невозможно справиться надлежащим образом в домашней обстановке или по месту жительства?
- Да Нет
3. Представляет ли гость непосредственную угрозу для окружающих или себя самого?
- Да Нет
4. Вынесено ли в отношении гостя постановление суда, предписывающее пройти амбулаторное лечение с оказанием поддержки (Assisted Outpatient Treatment, AOT)?
- Да Нет
5. Состояние гостя стабильно?
- Да Нет
6. Есть ли у гостя серьезные заболевания или аллергические реакции?
- Да Нет Предпочитаю не отвечать
- Укажите все серьезные заболевания и аллергические реакции:
- _____
7. Может ли гость самостоятельно удовлетворять свои личные потребности (например, принимать пищу, пользоваться туалетом и принимать назначенные лекарственные препараты)?
- Да Нет
8. Нужны ли гостю какие-либо специальные удобства на территории учреждения (например, оборудованный доступ для инвалидных колясок, помощь при подъеме по лестнице)?
- Да Нет
- Укажите специальные удобства, которые необходимы гостю:
- _____
9. Есть ли у гостя безопасное и стабильное место, куда он может вернуться после своего пребывания в учреждении, или готов ли он при необходимости отправиться в приют?
(Примечание. Отсутствие собственного жилья или постоянного места жительства не являются причинами для отказа в участии в программе.)
- Да Нет Не знаю
- Адрес или место, где гость будет проживать после выписки из учреждения (если известно):
- _____

Сведения о поставщике услуг или контактном лице, заполнившем направление

Если это самостоятельное направление, перейдите к разделу «Подпись потенциального гостя».

Наименование поставщика услуг или полное имя контактного лица, заполнившего направление: _____

Сведения о наличии лицензии, например LCSW, LMHC или MD: _____

Кем приходится потенциальному гостю: _____

Номер телефона: _____

Дополнительный номер телефона: _____

Адрес электронной почты: _____

Факс: _____

Наименование учреждения, заполнившего направление (если применимо): _____

Подпись поставщика услуг или контактного лица,
заполнившего направление

Дата

Подпись потенциального гостя

Подпись потенциального гостя

Дата

Благодарим за направление!

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