

نیو یارک شہر کا بحران میں رہائشی معاونت اور بحران میں آرام کا فارم

قلیل مدتی رضاکارانہ پروگرامز دماغی صحت کے بحران سے گزرنے والے لوگوں کے لیے معاونتی اور گھر جیسا ماحول فراہم کرتے ہیں اور کمیونٹی میں دوبارہ ضم ہونے میں ان کی مدد کرتے ہیں۔ ان پروگرامز میں سروسز موصول کرنے والے لوگ (جنہیں "مہمان" کہا جاتا ہے) ضرورت کی بنیاد پر 28 دنوں تک قیام کر سکتے ہیں، جس کے دوران عملے کی طرف سے معاونت تک 7/24 رسائی حاصل ہوتی ہے۔

ان پروگرامز کا عملہ جذباتی بحران کے دوران معاونت فراہم کرتا ہے۔ مہمانوں سے یہ منصوبہ رکھنے کی توقع کی جاتی ہے کہ اپنا قیام مکمل کرنے کے بعد وہ کہاں رہیں گے۔ پروگرامز مستقل رہائش یا پناہ گاہ کے متبادل نہیں ہیں اور صرف ان لوگوں کے لیے موزوں ہیں جو خود کو یا دوسروں کو نقصان پہنچانے کے فوری خطرے کا شکار نہیں ہیں۔ بحرانی رہائشیں لوگوں کے لیے رہائش تلاش کرنے میں مددگار نہیں ہوتیں۔

ریفرل کے بارے میں معلومات کے لیے، 988 پر یا ذیل میں دیے گئے کسی فون نمبر پر کال کریں۔

ایجنسی (پروگرام کا نام)	فی سائٹ بیڈز	بورو	فون نمبر	فیکس نمبر
Mosaic Mental Health	10	Bronx	(718) 884-2992	(718) 884-2901
Services for the Underserved (آرام 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 (ایکسٹنشن 401)	(212) 614-1413
ACMH (Garden House یا Independence House)	10	Manhattan	(212) 253-6377 (ایکسٹنشن 406 یا 408)	(212) 253-8679
WellLife	3	Queens	(718) 309-7486	(347) 542-5847
Transitional Services for New York (آرام Miele)	10	Queens	(718) 464-0375	(718) 217-2366
St. Joseph's Medical Center	3	Staten Island	(718) 876-2810	(718) 876-4414
TownHome Kings آرام	11	Brooklyn	(718) 473-9860	(877) 341-4347

نوٹ: اس ریفرل فارم کا مکمل ہونا کسی پروگرام میں داخلے کی ضمانت نہیں دیتا۔ ہر داخلے کا تعین انفرادی بنیاد پر کیا جاتا ہے جس کا دار و مدار بیڈ کی دستیابی پر ہوتا ہے۔ یہ فارم اس شخص کی رضاکارانہ رضامندی سے مکمل ہونا چاہیے جس کو ریفر کیا جا رہا ہے۔

ریفرل کی تاریخ (MM/DD/YYYY): _____

ریفرل کی قسم:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> خاندان یا دوست | <input type="checkbox"/> ذاتی ریفرل |
| <input type="checkbox"/> اسپتال میں داخل نہ ہوئے مریض کی دماغی یا رویہ جاتی صحت | <input type="checkbox"/> نظم کردہ نگہداشتی منصوبہ |
| <input type="checkbox"/> جامع سائیکائٹریک ہنگامی پروگرام
(Comprehensive Psychiatric Emergency Program) | <input type="checkbox"/> اسپتال میں داخل مریض کی دماغی صحت یا رویہ جاتی صحت |
| <input type="checkbox"/> نگہداشت کا ربط | <input type="checkbox"/> ہنگامی شعبہ |
| <input type="checkbox"/> NYC شعبہ برائے بے گھر سروسز
(NYC Department of Homeless Services) | <input type="checkbox"/> رہائش |
| <input type="checkbox"/> پر زور کمیونٹی علاج (Assertive community treatment) | <input type="checkbox"/> پناہ گاہ |
| <input type="checkbox"/> Safe Options Support ٹیم | <input type="checkbox"/> بحران کی متحرک ٹیم (Mobile Crisis Team) |
| <input type="checkbox"/> دیگر: _____ | <input type="checkbox"/> 988 |

ممکنہ مہمان

ترجیحی نام (پرنٹ): _____

قانونی نام (پہلا اور آخری): _____

تاریخ پیدائش: _____

کیا مہمان کی عمر 18 سال یا زیادہ ہے؟ ہاں نہیں

پتہ یا مقام: _____

کیا مہمان NYC کا رہائشی ہے؟ ہاں نہیں

ترجیحی زبانیں: انگریزی ہسپانوی دیگر: _____

بیمہ فراہم کنندہ (اگر دستیاب ہو): _____

بیمہ پالیسی کا ID نمبر یا کلائنٹ کی شناخت کا نمبر: _____

مہمان کا فون نمبر: _____ ثانوی فون: _____

کیا مہمان وائس میلز موصول کر سکتا ہے؟ ہاں نہیں

مہمان کی ای میل: _____

ہنگامی رابطے کا نام (اگر دستیاب ہو): _____

رابطے کا مہمان سے تعلق: _____

رابطے کا فون نمبر: _____ ثانوی فون: _____

موجودہ دماغی صحت کے بحران کی تفصیل:

1. یہ قلیل مدتی بحران کی معاونت کا پروگرام کیسے مہمان کی مدد کر سکتا ہے؟ (تمام قابلِ اطلاق کو منتخب کریں۔)
 بہتری اور بحالی کا منصوبہ بنائیں
 اسپتال میں داخلے سے گریز کریں
 ساتھیوں کی معاونت موصول کریں
 دیگر: _____

2. کیا مہمان ایسے دماغی صحت کے بحران یا چیلنجز کا سامنا کر رہا ہے جو دماغی صحت کی علامتوں کی وجہ بن رہے ہیں اور ان کے گھر یا موجودہ ماحول میں ان کا اچھے سے نظم نہیں کیا جا سکتا؟
 ہاں نہیں

3. کیا مہمان خود کو یا دوسروں کو نقصان پہنچانے کے فوری خطرے کا شکار ہے؟
 ہاں نہیں

4. کیا مہمان کے پاس اسپتال میں داخل نہ ہوئے مریض کے لیے تعاون یافتہ علاج (AOT) موصول کرنے کا عدالتی حکم ہے؟
 ہاں نہیں

5. کیا مہمان مستحکم صحت کا مالک ہے؟
 ہاں نہیں

6. کیا مہمان کو نمایاں طبی بیماریاں یا الرجیز لاحق ہیں؟
 ہاں نہیں جواب نہ دینے کو ترجیح دیتا ہوں
نمایاں طبی بیماریاں یا الرجیز درج کریں:

7. کیا مہمان مدد کے بغیر اپنی ذاتی ضروریات (مثلاً کھانا کھانا، غسل خانہ استعمال کرنا اور ڈاکٹر کی تجویز کردہ ادویات لینا) کا خیال رکھ سکتا ہے؟
 ہاں نہیں

8. کیا مہمان کو سائٹ پر خاص قسم کی چیزوں کی ضرورت ہے (مثلاً وہیل چیئر سے قابلِ رسائی سائٹ، سیڑھیاں چڑھنے میں مدد)؟
 ہاں نہیں
مہمان کے لیے ضروری خاص قسم کی چیزیں درج کریں:

9. کیا مہمان کے پاس اپنے قیام کے بعد لوٹنے کے لیے محفوظ اور مستحکم جگہ ہے، یا کیا مہمان ضرورت پڑنے پر کسی پناہ گاہ میں جانے کے لیے تیار ہے؟ (نوٹ: بے گھری یا رہائشی عدم تحفظ استثنائی معیارات نہیں ہیں۔)
 ہاں نہیں غیر یقینی ہوں
ڈسچارج کا متوقع پتہ یا مقام (اگر معلوم ہو):

ریفرل فراہم کنندہ یا رابطہ
اگر یہ ذاتی ریفرفل ہے تو ممکنہ مہمان کے دستخط پر جائیں۔

ریفرل فراہم کنندہ یا رابطہ کا نام: _____
لائسنس یافتہ اسناد جیسے LCSW, LMHC یا MD: _____
ممکنہ مہمان سے تعلق: _____

فون: _____
ای میل: _____
ٹانوی فون: _____
فیکس: _____

ریفرل ایجنسی کا نام (اگر قابل اطلاق ہو): _____

ریفر کرنے والے فراہم کنندہ یا ریفرفل رابطہ کے دستخط _____
تاریخ _____

ممکنہ مہمان کے دستخط

ممکنہ مہمان کے دستخط _____
تاریخ _____

آپ کے ریفرفل کا شکریہ۔

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