

ניו יארק סיטי וואוינונגס קריזיס שטיצע און פארלייכטערונג רעפערעל בויגן

קורץ-טערמיניגע פרייוויליגע פראגראמען שטעלן צו א בייהילפיגע און היימישע ענווייראמענט פאר מענטשן וועלכע גייען אדורך א גייסטישע געזונטהייט קריזיס און העלפן זיי זיך צוריק איינגלידערן מיט די קאמיוניטי. מענטשן וועלכע באקומען סערוויסעס אין די פראגראמען (אנגערופן "געסט") קענען בלייבן פאר ביז 28 טעג, געוואנדן אין באדערפענישן, מיט 24/7 צוטריט צו שטיצע פון איינגעשטעלטע.

די פראגראם איינגעשטעלטע זענען געלערנט צו געבן שטיצע צו דורכגיין אן עמאציאנאלע קריזיס. געסט זענען ערווארטעט צו האבן א פלאן וואו זיי וועלן וואוינען נאכן ענדיגן זייער באזוך. די פראגראם איז נישט אנשטאט פערמענאנטע וואוינונג אדער שעלטער און זענען נאר געמאכט פאר מענטשן וועלכע זענען נישט אין א באלדיגע געפאר פון זיך שעדיגן אדער שעדיגן אנדערע. קריזיס וואוינונגען קענען נישט העלפן מענטשן טרעפן האוּזינג.

פאר רעפערעל אינפארמאציע, רופט 988 אדער איינע פון די פאלגנדע טעלעפאן נומערן.

פאקס נומער	טעלעפאן נומער	באראו	צאל בעטן אינעם ארט	אגענטור (פראגראם נאמען)
(718) 884-2901	(718) 884-2992	Bronx	10	Mosaic Mental Health
(877) 603-5170	(347) 505-0870	Brooklyn	10	Services for the Underserved (Brooklyn רעספיט)
(877) 603-5170	(646) 757-4561	Brooklyn	3	Services for the Underserved (Bright Corner)
(718) 686-4250	(800) 603-6435	Brooklyn	3	Ohel Children's Home & Family Services
(212) 614-1413	(646) 257-5665 (עקסטענשן 401)	Manhattan	8	Community Access
(212) 253-8679	(212) 253-6377 (עקסטענשן 406 אדער 408)	Manhattan	10	ACMH (Garden House אדער Independence House)
(347) 542-5847	(718) 309-7486	Queens	3	WellLife
(718) 217-2366	(718) 464-0375	Queens	10	Transitional Services for New York (Miele רעספיט)
(718) 876-4414	(718) 876-2810	Staten Island	3	St. Joseph's Medical Center
(877) 341-4347	(718) 473-9860	Brooklyn	11	TownHome Kings רעספיט

באמערקונג: אויספילן די רעפערעל בויגן מיינט נישט גאראנטירטע אננעמונג אינעם פראגראם. יעדע אננעמונג איז באזירט אויף אן אינדיווידועלע באזיס געוואנדן אויף וויפיל בעטן עס זענען דא צו באקומען. די בויגן זאל ווערן אויסגעפילט מיט די פרייוויליגע צושטימונג פון די מענטש וואס ווערט רעפערירט.

רעפערעל דאטום (מ/מ/ט/ט/י/י): _____

סארט רעפערעל:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> פאמיליע אדער פריינט | <input type="checkbox"/> אייגענע רעפערעל |
| <input type="checkbox"/> אוט-פאציענט גייסטישע אדער אויפפירונגס געזונטהייט | <input type="checkbox"/> מענעדזשד קעיר פלאן |
| <input type="checkbox"/> ברייטע פסיכיאטרישע עמערדזשענסי פראגראם
(Comprehensive Psychiatric Emergency Program) | <input type="checkbox"/> אינ-פאציענט גייסטישע געזונטהייט אדער
אויפפירונגס געזונטהייט |
| <input type="checkbox"/> קעיר אויסארבעטונג | <input type="checkbox"/> עמערדזשענסי אפטיילונג |
| <input type="checkbox"/> NYC היימלאזע סערוויסעס דעפארטמענט
(NYC Department of Homeless Services) | <input type="checkbox"/> וואוינונג |
| <input type="checkbox"/> אסערטיוו קאמיוניטי באהאנדלונג
(Assertive community treatment) | <input type="checkbox"/> שעלטער |
| <input type="checkbox"/> Safe Options Support גרופע | <input type="checkbox"/> מאביל קריזיס גרופע (Mobile Crisis Team) |
| <input type="checkbox"/> אנדערע: _____ | <input type="checkbox"/> 988 |

מעגליכע געסט

נאמען וואס איר ווילט שרייבן (שרייבט קלאר): _____

לעגאלע נאמען (ערשטע און לעצטע): _____

דאטום פון געבורט: _____

איז דער געסט 18 יאר אדער עלטער? יא ניין

אדרעס אדער לאקאציע: _____

איז דער געסט א ניו יארק סיטי איינוואוינער? יא ניין

שפראך וואס איר ווילט: ענגליש שפאניש אנדערע: _____

אינשורענס פראוויידער (אויב באקאנט): _____

אינשורענס פאליסי ID נומער אדער קליענט אידענטיפיקאציע נומער: _____

געסט'ס טעלעפאן נומער: _____ צווייטע טעלעפאן: _____

קען דער געסט באקומען מעסעדזשעס (וואויסמעיל)? יא ניין

געסט'ס אימעיל: _____

עמערדזשענסי קאנטאקט נאמען (אויב באקאנט): _____

קאנטאקט'ס פארבינדונג צום געסט: _____

קאנטאקט'ס טעלעפאן נומער: _____ צווייטע טעלעפאן: _____

שילדערונג פון יעצטיגע גייסטישע געזונטהייט קריזיס:

1. וויאזוי קען אזא קורץ-טערמיניגע קריזיס הילפס פראגראם העלפן די געסט? (וועלט אויס אלע וואס זענען שייך.)

מאכן א וואוילזיין און ערהוילונגס פלאן פארמיידן האספיטאליזאציע

באקומען שטיצע פון פריינט אנדערע: _____

2. גייט די געסט אריבער א גייסטישע געזונטהייט קריזיס אדער פראבלעמען וועלכע לייגן צו צום גייסטישע געזונטהייט

סימפטאמען און קענען נישט גוט ווערן באהאנדלט אין זייער הויז אדער יעצטיגע ענווייראמענט?

יא ניין

3. איז די געסט אין א באלדיגע געפאר פון זיך שעדיגן אדער שעדיגן אנדערע?

יא ניין

4. האט די געסט א געריכט באפעל צו באקומען עסיסטעד אוטפאציענט באהאנדלונג (AOT)?

יא ניין

5. איז די געסט מעדיציניש סטאביל?

יא ניין

6. האט די געסט באדייטנדע מעדיצינישע פראבלעמען אדער אלערגעס?

יא ניין וויל נישט ענטפערן

רעכנט אויס סיי וועלכע באדייטנדע מעדיצינישע פראבלעמען אדער אלערגעס:

7. קען די געסט אליינס קעיר נעמען פון זייערע פערזענליכע געברויכן (צום ביישפיל, עסן, גיין אין טוילעט און נעמען

פארשריבענע מעדיצינען) אן הילף?

יא ניין

8. דארף די געסט האבן בייהילפיגע צוגאבעס אויפ'ן-פלאץ (צ.ב. רעדערשטול-צוגענגליכע פלאץ, הילף מיט רעפן)?

יא ניין

רעכנט אויס די געסט'ס בייהילפיגע צוגאבעס וואס ער דארף:

9. האט די געסט א פארזיכערטע און סטאבילע פלאץ צוריקצוגיין צו נאכ'ן ארויסגיין, אדער איז די געסט גרייט צו גיין צו

א שעלטער אויב עס פעלט אויס? (באמערקונג: היימלאזיגקייט אדער האוזינג אומזיכערקייט זענען נישט

אויסדרוקליכע באדינגונגען.)

יא ניין נישט זיכער

ערווארטענע באפרייאונג אדרעס אדער לאקאציע (אויב באקאנט):

רעפערעל פראוויידער אדער קאנטאקט

אויב דאס איז אן אייגענע רעפערעל, דאן היפט איבער צו מעגליכע גאסט'ס אונטערשריפט

רעפערעל פראוויידער אדער קאנטאקט'ס נאמען: _____
לייסענסד קרעדענשעלס אזויי LMHC, LCSW אדער MD: _____
פארבינדונג צום מעגליכע געסט: _____

טעלעפאן: _____ צווייטע טעלעפאן: _____
אימעיל: _____ פאקס: _____

רעפערעל אגענטור נאמען (אויב גילטיג): _____

רעפערעל פראוויידער אדער רעפערעל קאנטאקט'ס אונטערשריפט _____
דאטום _____

מעגליכע געסט'ס אונטערשריפט

מעגליכע געסט'ס אונטערשריפט _____
דאטום _____

א דאנק פאר אייער רעפערעל.

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