



纽约市暂居类危机支持和住宿服务转介表

自愿性短期计划可为正在经历心理健康危机的人员提供一处温馨舒适的环境，以帮助他们重新融入社区。接受本计划服务的人员（称为“客人”），可按其需要居住最多 28 天，并可全天候获得工作人员的支持。

本计划的工作人员可在客人情绪危机期间提供支持。客人须做好逗留期满后去何处居住的计划。支持计划设施不能替代长期居所或收容所，且仅适合那些不会随时对自己或他人造成伤害的人员。危机住所无法协助客人寻找长期住所。

如需转介信息，请致电 988 或下列任何电话号码。

机构（计划名称）	每处地点床位数	行政区	电话号码	传真号码
Mosaic Mental Health	10	Bronx	(718) 884-2992	(718) 884-2901
Services for the Underserved (Brooklyn 暂住计划)	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 (分机 401)	(212) 614-1413
ACMH (Garden House 或 Independence House)	10	Manhattan	(212) 253-6377 (分机 406 或 408)	(212) 253-8679
WellLife	3	Queens	(718) 309-7486	(347) 542-5847
Transitional Services for New York (Miele 暂住计划)	10	Queens	(718) 464-0375	(718) 217-2366
St. Joseph’s Medical Center	3	Staten Island	(718) 876-2810	(718) 876-4414
TownHome Kings 暂住计划	11	Brooklyn	(718) 473-9860	(877) 341-4347

备注：填写此转介表并不保证定能获得任何计划设施接纳。可否入住均需根据床位及个人具体情况而定。填写此表应在被转介人员自愿同意之下完成。

转介日期（月/日/年）： _____

转介类型：

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 自我转介 | <input type="checkbox"/> 门诊心理或行为健康 |
| <input type="checkbox"/> 管理式照护计划 | <input type="checkbox"/> 综合精神病急救计划 (Comprehensive Psychiatric Emergency Program) |
| <input type="checkbox"/> 住院心理健康或行为健康 | <input type="checkbox"/> 照护协调 |
| <input type="checkbox"/> 急诊科 | <input type="checkbox"/> 纽约市无家可归人员服务局 (NYC Department of Homeless Services) |
| <input type="checkbox"/> 住所 | <input type="checkbox"/> 积极型社区治疗 (Assertive community treatment) |
| <input type="checkbox"/> 收容所 | <input type="checkbox"/> 安全选项支持团队 (Safe Options Support) |
| <input type="checkbox"/> 流动危机应变小组 (Mobile Crisis Team) | <input type="checkbox"/> 其他： _____ |
| <input type="checkbox"/> 988 | |
| <input type="checkbox"/> 家人或朋友 | |

潜在客人

首选姓名（工整书写）： _____

法定姓名（名字和姓氏）： _____

出生日期： _____

客人是否年龄为 18 岁或以上？ 是 否

地址或所在地点： _____

客人是否为纽约市居民？ 是 否

首选语言： 英语 西班牙语 其他： _____

保险提供商（如果有）： _____

保单编号或客户识别号： _____

客人电话号码： _____ 备用电话： _____

客人是否可以接收语音邮件？ 是 否

客人电子邮箱： _____

紧急联系人姓名（如有）： _____

联系人与客人的关系： _____

联系人电话号码： _____ 备用电话： _____

有关目前心理健康危机的描述：

1. 本短期危机支持计划能为客人带来哪些帮助？（选择所有适用项。）
- 制定健康和康复计划 预防住院
- 获得同伴支持 其他： _____
2. 客人是否正在经历心理健康危机或挑战（这些危机或挑战促使客人出现无法在家中或目前环境中妥善管控的心理健康症状）？
- 是 否
3. 客人是否面临随时可能伤害自己或他人的风险？
- 是 否
4. 客人是否有要求其接受辅助门诊治疗 (AOT) 的法院令？
- 是 否
5. 客人的医疗状况是否稳定？
- 是 否
6. 客人是否有严重的健康病况或过敏症？
- 是 否 不想回答
- 列出任何重大的健康病况或过敏症：
- _____
7. 客人是否可以在无他人协助的情况下照顾自身个人需求（例如进食、如厕及服用处方药）？
- 是 否
8. 客人是否需要现场便利安排（例如适合轮椅出入的场地、协助上楼梯）？
- 是 否
- 列出客人需要的便利安排：
- _____
9. 客人入住结束后是否可以回到一处安全稳定的住处，或者客人是否愿意在需要时前往收容所？
（备注：无家可归或住所无保障不属于排除标准。）
- 是 否 不确定
- 预计出院后地址或地点（如果已知）：
- _____

转介服务提供商或联系人

如果属于自我转介，请略过此项并前往潜在客人签名部分。

转介服务提供商或联系人姓名： _____

执照资质（如 LCSW、LMHC 或 MD）： _____

与潜在客人的关系： _____

电话： _____ 备用电话： _____

电子邮件： _____ 传真： _____

转介机构名称（如适用）： _____

转介服务提供商或转介联系人签名

日期

潜在客人签名

潜在客人签名

日期

感谢您的转介。

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