# Apoyos Comunitarios y de Salud Conductual de MassHealth para Personas Involucradas en la Justicia (BH-JI)

## FORMULARIO UNIVERSAL DE REFERIDO

| | |
|---|---|
| **Fecha del referido** | **Fecha de nacimiento** |
| **Nombre** | **Dirección**<br>(Si es una persona sin hogar o con alojamiento temporal, nombre del área o condado para el apoyo solicitado) |
| **Estado** | **Código postal** |

| | | |
|---|---|---|
| **Teléfono** | **¿Se puede dejar un mensaje de voz?**<br>☐ Sí ☐ No | **Método de comunicación preferido para el contacto inicial** (marque uno)<br>☐ Llamada ☐ Mensaje de texto |
| **Nombre del contacto secundario** | **Número del contacto secundario** | **Número del Seguro Social o de Identificación Fiscal** |
| **Idioma preferido** | **Género** | **Etnicidad/Raza** |

**¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual actual?**
La orientación sexual describe la manera en que una persona define su atracción física o emocional hacia los demás. Elija hasta cinco opciones.

☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Queer, pansexual o cuestionándome
☐ La orientación sexual no aparece en la lista. Por favor, especifíquela ..... ☐ No sé ☐ Prefiero no responder

**¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?**
Hispano o latino hace referencia a alguien de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura española, sin tener en cuenta la raza.

☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hsipano ni latino ☐ No sé ☐ Prefiero no responder

**Raza (Opcional)**
**Elija las opciones que lo/a describan mejor colocando una marca en la casilla que está junto a su raza. Puede elegir todas las que necesite.**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Indígena norteamericana o nativa de Alaska | ☐ Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico | ☐ La raza no aparece en la lista |
| ☐ Asiática | ☐ Blanca | ☐ No sé |
| ☐ Afroamericana o negra | ☐ Prefiero no responder | |

**Etnicidad**
La etnicidad se refiere a sus antecedentes, herencia, cultura y ancestros, o al país donde usted o su familia nacieron.
**Elija las opciones que lo/a describan mejor colocando una marca en la casilla que está junto a su etnicidad. Puede elegir todas las que necesite.**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Africana | ☐ Cubana | ☐ Mexicana |
| ☐ Afroamericana | ☐ Dominicana | ☐ De Oriente Medio o del norte de África |
| ☐ Estadounidense | ☐ De Europa oriental | ☐ Portuguesa |
| ☐ Indoasiática | ☐ Europea | ☐ Puertoriqueña |
| ☐ Brasileña | ☐ Filipina | ☐ Rusa |
| ☐ Camboyana | ☐ Guatemalteca | ☐ Salvadoreña |
| ☐ Caboverdiana | ☐ Haitiana | ☐ Sudamericana |
| ☐ De las islas del Caribe | ☐ Hondureña | ☐ Vietnamita |
| ☐ Centroamericana | ☐ Japonesa | ☐ La etnicidad no aparece en la lista (por favor, especifíquela) |
| ☐ China | ☐ Coreana | ☐ No sé |
| ☐ Colombiana | ☐ Laosiana | ☐ Prefiero no responder |

| | |
|---|---|
| **Nivel más alto de educación, si lo sabe** | |
| **Cualquier acomodación razonable necesaria para ayudarlo con el acceso a los servicios (por ejemplo, personas con discapacidades auditivas, visuales o de movilidad)** | |
| **Estado legal:** ☐ Antes del juicio ☐ Sentenciado/a | **Fecha anticipada de liberación** |
| **Próxima presentación en el tribunal** (si lo sabe) | **¿Qué tribunal está involucrado?** (si lo sabe; incluidos los tribunales especiales) |
| **Supervisión de la libertad condicional bajo palabra (*parole*) o de la condena condicional (*probation*)** ☐ Condena condicional ☐ Libertad condicional | |
| **Nombre de la persona que hace el referido** | **Teléfono** |
| **Relación de la persona que refiere con el cliente (p. ej., oficial de libertad condicional)** | **Organización de la persona que refiere** |
| **Fecha y hora de la próxima cita programada con el inscrito** | |
| **Diagnóstico de salud conductual** (incluye salud mental o consumo de sustancias)<br>Informada por la persona ☐ Sí | |

**Información del seguro de MassHealth**

***(Nota: Para inscribirse en el Programa BH-JI, la persona debe tener MassHealth o ser elegible para recibirlo.)***

| | |
|---|---|
| **Número de ID de MassHealth** | **Plan de MassHealth** (si lo sabe) |

**¿Cuáles son las áreas de necesidad más urgentes para esta persona?**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Beneficios | ☐ Empleo/educación | ☐ Identificación gubernamental |
| ☐ Apoyos de salud mental | ☐ Apoyo para trastornos por consumo de sustancias | ☐ Apoyos sociales |
| ☐ Apoyos de salud física | ☐ Obtención o reactivación de MassHealth | ☐ Ingresos |
| ☐ Analizar opciones de alojamiento | ☐ Otras | |

**Documentación adicional**

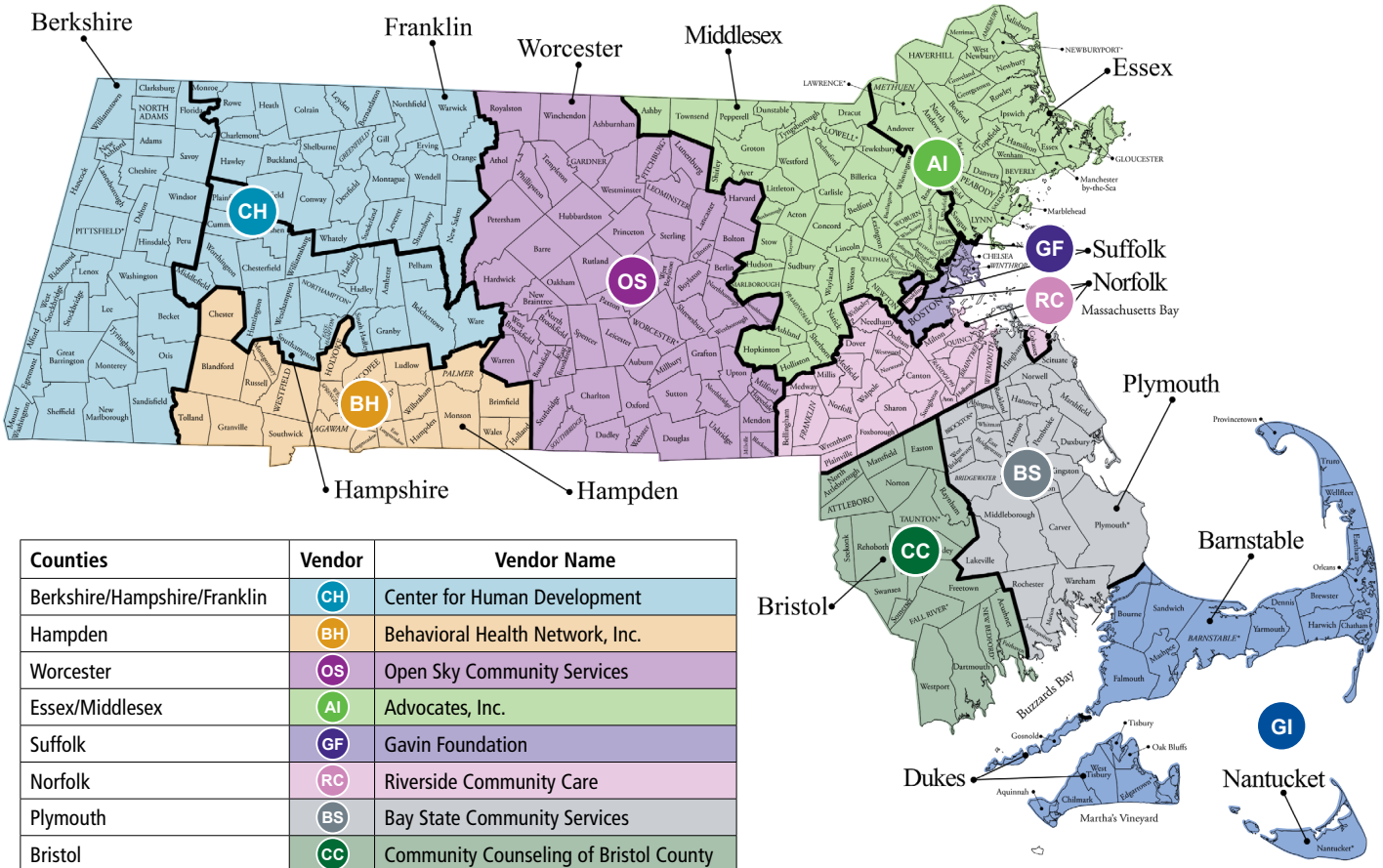
| | | |
|---|---|---|
| Divulgación de información firmada | ☐ Sí | ☐ No |
| Copia del ORAS, LS/CMI u otra evaluación de riesgos (o calificaciones y detalle de calificaciones) | ☐ Sí | ☐ No |
| Evaluación biopsicosocial más reciente (o plan de tratamiento, si está disponible) | ☐ Sí | ☐ No |
| Condiciones de condena condicional o libertad condicional | ☐ Sí | ☐ No |
| Fotocopia de la tarjeta de MassHealth (si está disponible) | ☐ Sí, incluida | ☐ No, no disponible |

## Información adicional útil

Sito web de BH-JI:
https://www.mass.gov/BHJI

**Proveedor de BH-JI por condado (Por favor, tenga en cuenta lo siguiente: los proveedores de BH-JI son también proveedores de CSP.)**

| Condado | Nombre de la organización: | Correo electrónico | Número de teléfono |
|---|---|---|---|
| Barnstable | Gosnold, Inc. | BHJI@gosnold.org | (508) 540-6550, ext. 5023 |
| Berkshire | Center for Human Development | Bhjireferrals@chd.org | (413) 636-5782 |
| Bristol | Community Counseling of Bristol County | mdasilva@comcounseling.org | (774) 303-8131 |
| Dukes | Gosnold, Inc. | BHJI@gosnold.org | (508) 540-6550, ext. 5023 |
| Essex | Advocates, Inc. | BHJI_Referrals@Advocates.org | (508) 630-4148 |
| Franklin | Center for Human Development | Bhjireferrals@chd.org | (413) 636-5782 |
| Hampden | Behavioral Health Network, Inc. | cspji-bhjireferral@bhninc.org | (413) 485-8381 |
| Hampshire | Center for Human Development | Bhjireferrals@chd.org | (413) 636-5782 |
| Middlesex | Advocates, Inc. | BHJI_Referrals@Advocates.org | (508) 630-4148 |
| Nantucket | Gosnold, Inc. | BHJI@gosnold.org | (508) 540-6550, ext. 5023 |
| Norfolk | Riverside Community Care | BHJI@riversidecc.org | (781) 234-1650 |
| Plymouth | Bay State Community Services | bhji@baystatecs.org | (781) 689-3995 |
| Suffolk | Gavin Foundation | RoscoeHurley@GavinFoundation.org | (857) 496-7161 |
| Worcester | Open Sky Community Services | JusticeServices@openskycs.org | (774) 232-0640 |




| Counties | Vendor | Vendor Name |
|---|---|---|
| Berkshire/Hampshire/Franklin | CH | Center for Human Development |
| Hampden | BH | Behavioral Health Network, Inc. |
| Worcester | OS | Open Sky Community Services |
| Essex/Middlesex | AI | Advocates, Inc. |
| Suffolk | GF | Gavin Foundation |
| Norfolk | RC | Riverside Community Care |
| Plymouth | BS | Bay State Community Services |
| Bristol | CC | Community Counseling of Bristol County |
| Barnstable/Dukes/Nantucket | GI | Gosnold, Inc. |

## Proveedores de CSP-JI

| Condado | Nombre de la organización: | Correo electrónico | Número de teléfono |
|---|---|---|---|
| Suffolk y Hampden | Community Caring Clinic | Communitycaringclinic@gmail.com | (617) 541-1829 |
| Bristol | High Point Treatment Center | sbennett@hptc.org | (508) 641-1419 |
| Bristol | Steppingstone | mkachapis@steppingstoneinc.org | (508) 674-2788 ext. 11101 |
| Middlesex | Vinfen | hakeyk@vinfen.org | (877) 284-6336 |
| Norfolk | Volunteers of America | lpaolantonio@voamass.org | (617) 522-8086 |
| Suffolk | Casa Esperanza | FamiliasOutpatientIntake@casaesperanza.org | (617) 445-1123 ext. 849 |
| Suffolk | Fathers' Uplift | apalacios@fathersuplift.org | (617) 708-0870 |
| Suffolk | North Suffolk Community Services | eporto@northsuffolk.org | (617) 388-1594 |
| Worcester | Community Health Link | dpierce@communityhealthlink.org | (508) 860-1000 |