



**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 (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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Método de comunicación preferido para el contacto inicial (marque uno) <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> 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 hispano 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.**

<input type="checkbox"/> Indígena norteamericana o nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> La raza no aparece en la lista
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> Afroamericana o negra	<input type="checkbox"/> 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.**

<input type="checkbox"/> Africana	<input type="checkbox"/> Cubana	<input type="checkbox"/> Mexicana
<input type="checkbox"/> Afroamericana	<input type="checkbox"/> Dominicana	<input type="checkbox"/> De Oriente Medio o del norte de África
<input type="checkbox"/> Estadounidense	<input type="checkbox"/> De Europa oriental	<input type="checkbox"/> Portuguesa
<input type="checkbox"/> Indoasiática	<input type="checkbox"/> Europea	<input type="checkbox"/> Puertorriqueña
<input type="checkbox"/> Brasileña	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Rusa
<input type="checkbox"/> Camboyana	<input type="checkbox"/> Guatimalteca	<input type="checkbox"/> Salvadoreña
<input type="checkbox"/> Caboverdiana	<input type="checkbox"/> Haitiana	<input type="checkbox"/> Sudamericana
<input type="checkbox"/> De las islas del Caribe	<input type="checkbox"/> Hondureña	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Centroamericana	<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> La etnicidad no aparece en la lista (por favor, especifíquela)
<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> Colombiana	<input type="checkbox"/> Laosiana	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Antes del juicio <input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> Condena condicional <input type="checkbox"/> 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) Informada por la persona <input type="checkbox"/> Sí	

Información del seguro de MassHealth

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

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

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

<input type="checkbox"/> Beneficios	<input type="checkbox"/> Empleo/educación	<input type="checkbox"/> Identificación gubernamental
<input type="checkbox"/> Apoyos de salud mental	<input type="checkbox"/> Apoyo para trastornos por consumo de sustancias	<input type="checkbox"/> Apoyos sociales
<input type="checkbox"/> Apoyos de salud física	<input type="checkbox"/> Obtención o reactivación de MassHealth	<input type="checkbox"/> Ingresos
<input type="checkbox"/> Analizar opciones de alojamiento	<input type="checkbox"/> Otras	

Documentación adicional

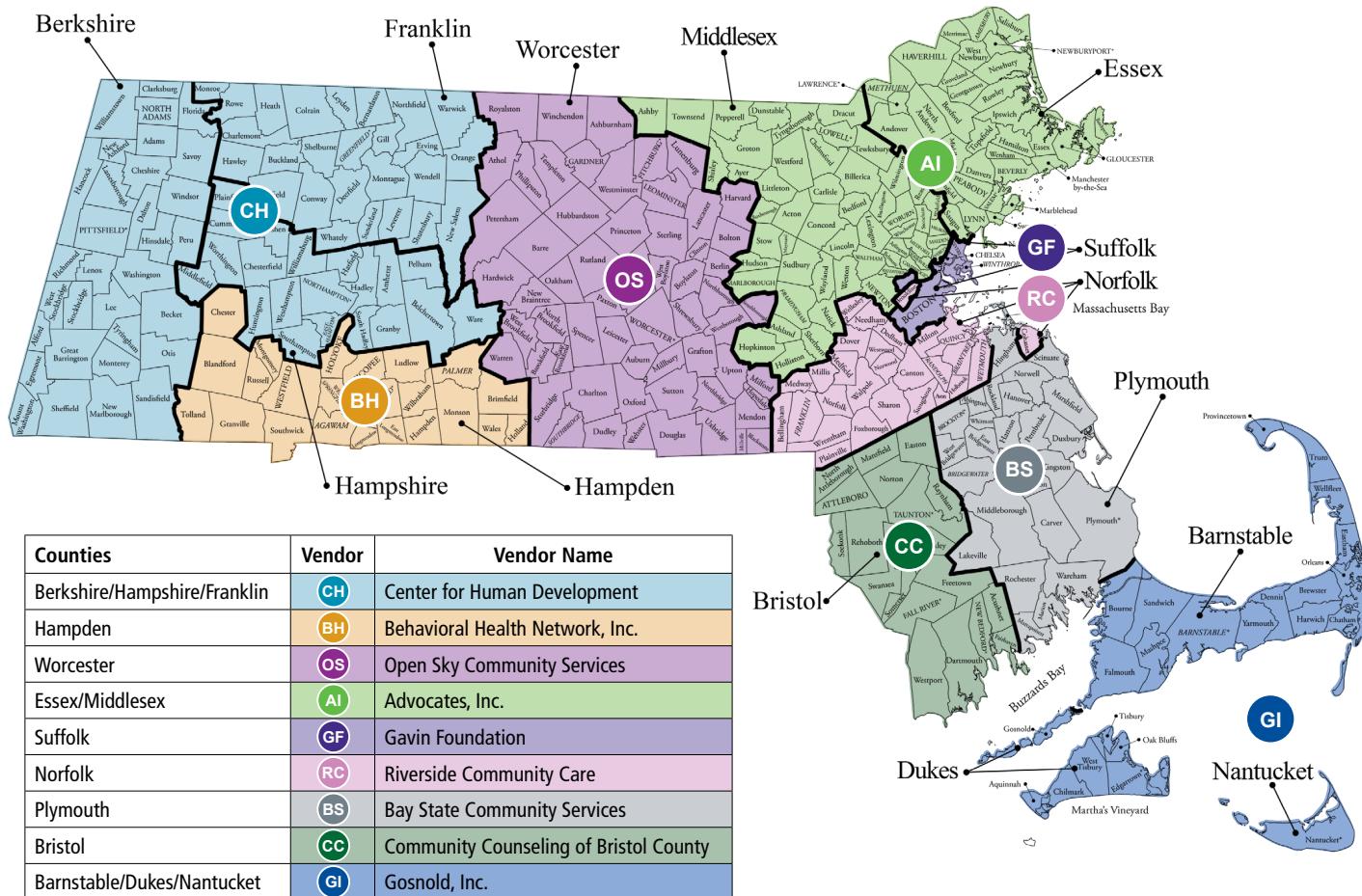
Divulgación de información firmada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Copia del ORAS, LS/CMI u otra evaluación de riesgos (o calificaciones y detalle de calificaciones)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Evaluación biopsicosocial más reciente (o plan de tratamiento, si está disponible)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Condiciones de condena condicional o libertad condicional	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fotocopia de la tarjeta de MassHealth (si está disponible)	<input type="checkbox"/> Sí, incluida	<input type="checkbox"/> 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



Proveedores de CSP-JI

Condado	Nombre de la organización:	Correo electrónico	Número de teléfono
Bristol	High Point Treatment Center	sbennett@hptc.org	(508) 641-1419
Bristol	Ignite Recovery	heather.c@ignitemyrecovery.com	(508) 296-0523
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
Norfolk and Plymouth	New Life Counseling	wanda.casillas@nlcwc.org	(781) 986-4800 or (857) 324-3317
Suffolk	Casa Esperanza	strieweiler@casaesperanza.org	(617) 874-7578
Suffolk	Fathers' Uplift	apalacios@fathersuplift.org	(617) 708-0870
Suffolk	North Suffolk Community Services	eporto@northsuffolk.org	(617) 388-1594
Suffolk and Hampden	Community Caring Clinic	Communitycaringclinic@gmail.com	(617) 541-1829
Worcester	Community Health Link	dpierce@communityhealthlink.org	(508) 860-1000