



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

**FORMULARIO UNIVERSAL DE REFERIDO**

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

<b>Teléfono</b>	<b>¿Se puede dejar un mensaje de voz?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Método de comunicación preferido para el contacto inicial</b> (marque uno) <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Mensaje de texto
<b>Nombre del contacto secundario</b>	<b>Número del contacto secundario</b>	<b>Número del Seguro Social o de Identificación Fiscal</b>
<b>Idioma preferido</b>	<b>Género</b>	<b>Etnicidad/Raza</b>

**¿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"/> Guatemalteca	<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

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

<b>Número de ID de MassHealth</b>	<b>Plan de MassHealth</b> (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

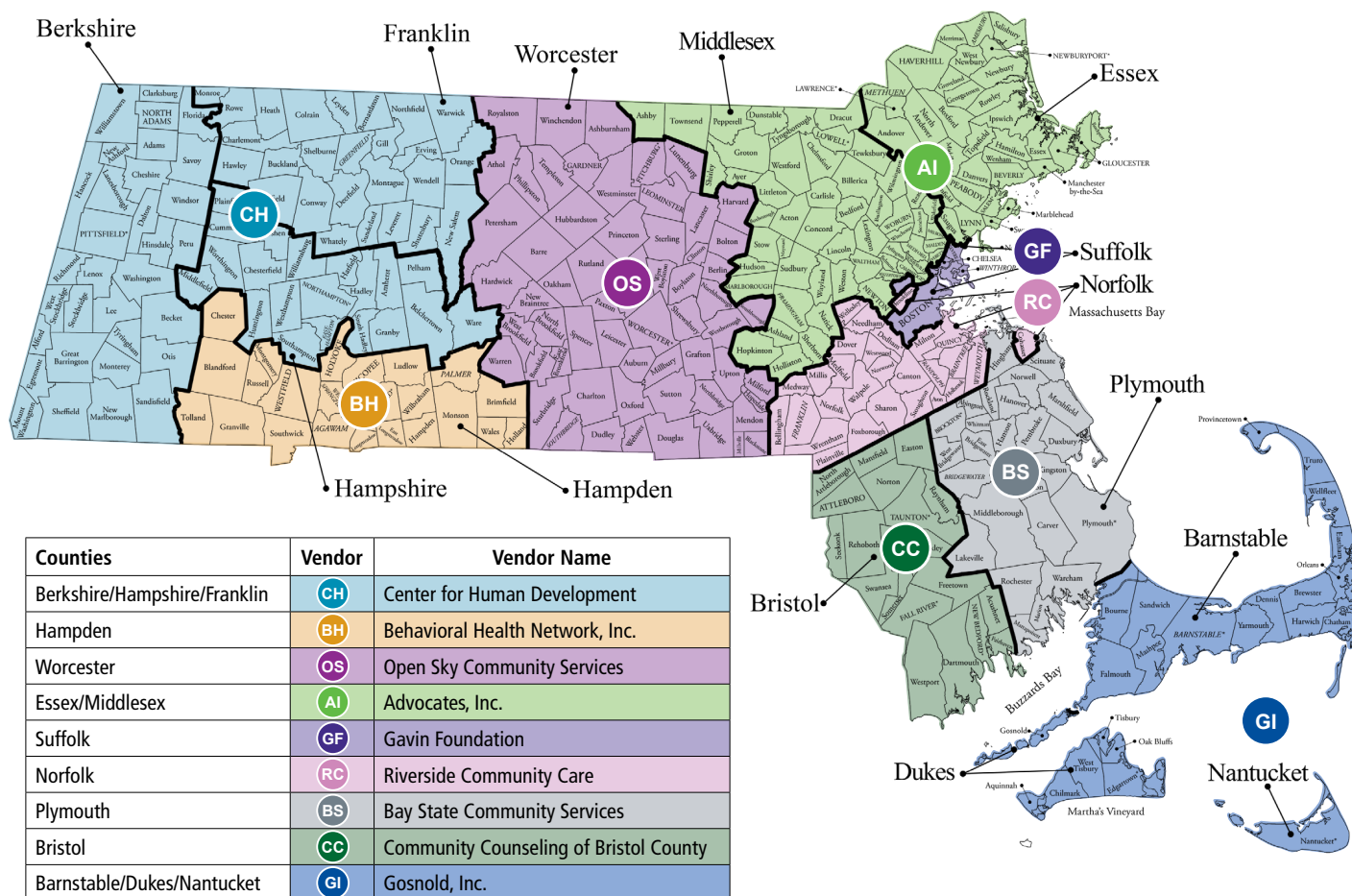
## Información adicional útil

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