**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?** [ ]  Sí [ ]  No

**Método de comunicación preferido para el contacto inicial** (marque uno)
[ ]  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 hispano ni latino [ ]  No sé [ ]  Prefiero no responder

**Raza (Opcional)**

**Elija las opciones que lo 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

[ ]  Asiática

[ ]  Afroamericana o negra

[ ]  Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico

[ ]  Blanca

[ ]  Prefiero no responder

[ ]  La raza no aparece en la lista

[ ]  No sé

**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 describan mejor colocando una marca en la casilla que está junto a su etnicidad. Puede elegir todas las que necesite.**

[ ]  Africana

[ ]  Afroamericana

[ ]  Estadounidense

[ ]  Indoasiática

[ ]  Brasileña

[ ]  Camboyana

[ ]  Caboverdiana

[ ]  De las islas del Caribe

[ ]  Centroamericana

[ ]  China

[ ]  Colombiana

[ ]  Cubana

[ ]  Dominicana

[ ]  De Europa oriental

[ ]  Europea

[ ]  Filipina

[ ]  Guatemalteca

[ ]  Haitiana

[ ]  Hondureña

[ ]  Japonesa

[ ]  Coreana

[ ]  Laosiana

[ ]  Mexicana

[ ]  De Oriente Medio o del norte de África

[ ]  Portuguesa

[ ]  Puertorriqueña

[ ]  Rusa

[ ]  Salvadoreña

[ ]  Sudamericana

[ ]  Vietnamita

[ ]  La etnicidad no aparece en la lista (por favor, especifíquela):

[ ]  No sé

[ ]  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

**Fecha anticipada de liberación**

**Próxima presentación en el tribunal** (si lo sabe)

**¿Qué tribunal está involucrado?**

(si lo sabe, incluidos los tribunales especializados)

**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 (por ejemplo, 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 [ ]  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 está 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.)**

Sito web de BH-JI:

<https://www.mass.gov/BHJI>

**Proveedor de BH-JI por condado**

**Condado:** Barnstable

**Nombre de la organización:** Gosnold, Inc.

**Correo electrónico:** BHJI@gosnold.org

**Número de teléfono:** (508) 540-6550, ext. 5023

**Condado:** Berkshire

**Nombre de la organización:** Center for Human Development

**Correo electrónico:** Bhjireferrals@chd.org

**Número de teléfono:** (413) 636-5782

**Condado:** Bristol

**Nombre de la organización:** Community Counseling of Bristol County

**Correo electrónico:** mdasilva@comcounseling.org

**Número de teléfono:** (774) 303-8131

**Condado:** Dukes

**Nombre de la organización:** Gosnold, Inc.

**Correo electrónico:** BHJI@gosnold.org

**Número de teléfono:** (508) 540-6550, ext. 5023

**Condado:** Essex

**Nombre de la organización:** Advocates, Inc.

**Correo electrónico:** BHJI\_Referrals@Advocates.org

**Número de teléfono:** (508) 630-4148

**Condado:** Franklin

**Nombre de la organización:** Center for Human Development

**Correo electrónico:** Bhjireferrals@chd.org

**Número de teléfono:** (413) 636-5782

**Condado:** Hampden

**Nombre de la organización:** Behavioral Health Network, Inc.

**Correo electrónico:** cspji-bhjireferral@bhninc.org

**Número de teléfono:** (413) 485-8381

**Condado:** Hampshire

**Nombre de la organización:** Center for Human Development

**Correo electrónico:** Bhjireferrals@chd.org

**Número de teléfono:** (413) 636-5782

**Condado:** Middlesex

**Nombre de la organización:** Advocates, Inc.

**Correo electrónico:** BHJI\_Referrals@Advocates.org

**Número de teléfono:** (508) 630-4148

**Condado:** Nantucket

**Nombre de la organización:** Gosnold, Inc.

**Correo electrónico:** BHJI@gosnold.org

**Número de teléfono:** (508) 540-6550, ext. 5023

**Condado:** Norfolk

**Nombre de la organización:** Riverside Community Care

**Correo electrónico:** BHJI@riversidecc.org

**Número de teléfono:** (781) 234-1650

**Condado:** Plymouth

**Nombre de la organización:** Bay State Community Services

**Correo electrónico:** bhji@baystatecs.org

**Número de teléfono:** (781) 689-3995

**Condado:** Suffolk

**Nombre de la organización:** Gavin Foundation

**Correo electrónico:** RoscoeHurley@GavinFoundation.org

**Número de teléfono:** (857) 496-7161

**Condado:** Worcester

**Nombre de la organización:** Open Sky Community Services

**Correo electrónico:** JusticeServices@openskycs.org

**Número de teléfono:** (774) 232-0640

**Condados:** Berkshire/Hampshire/Franklin

**Proveedor:** CH

**Nombre del proveedor:** Center for Human Development

**Condados:** Hampden

**Proveedor:** BH

**Nombre del proveedor:** Behavioral Health Network, Inc.

**Condados:** Worcester

**Proveedor:** OS

**Nombre del proveedor:** Open Sky Community Services

**Condados:** Essex/Middlesex

**Proveedor:** AI

**Nombre del proveedor:** Advocates, Inc.

**Condados:** Suffolk

**Proveedor:** GF

**Nombre del proveedor:** Gavin Foundation

**Condados:** Norfolk

**Proveedor:** RC

**Nombre del proveedor:** Riverside Community Care

**Condados:** Plymouth

**Proveedor:** BS

**Nombre del proveedor:** Bay State Community Services

**Condados:** Bristol

**Proveedor:** CC

**Nombre del proveedor:** Community Counseling of Bristol County

**Condados:** Barnstable/Dukes/Nantucket

**Proveedor:** GI

**Nombre del proveedor:** Gosnold, Inc.

**Proveedores de CSP-JI**

**Condado:** Suffolk y Hampden

**Nombre de la organización:** Community Caring Clinic

**Correo electrónico:** Communitycaringclinic@gmail.com

**Número de teléfono:** (617) 541-1829

**Condado:** Bristol

**Nombre de la organización:** High Point Treatment Center

**Correo electrónico:** sbennett@hptc.org

**Número de teléfono:** (508) 641-1419

**Condado:** Bristol

**Nombre de la organización:** Steppingstone

**Correo electrónico:** mkachapis@steppingstoneinc.org

**Número de teléfono:** (508) 674-2788, ext. 11101

**Condado:** Middlesex

**Nombre de la organización:** Vinfen

**Correo electrónico:** hakeyk@vinfen.org

**Número de teléfono:** (877) 284-6336

**Condado:** Norfolk

**Nombre de la organización:** Volunteers of America

**Correo electrónico:** lpaolantonio@voamass.org

**Número de teléfono:** (617) 522-8086

**Condado:** Suffolk

**Nombre de la organización:** Casa Esperanza

**Correo electrónico:** FamiliasOutpatientIntake@casaesperanza.org

**Número de teléfono:** (617) 445-1123, ext. 849

**Condado:** Suffolk

**Nombre de la organización:** Fathers’ Uplift

**Correo electrónico:** apalacios@fathersuplift.org

**Número de teléfono:** (617) 708-0870

**Condado:** Suffolk

**Nombre de la organización:** North Suffolk Community Services

**Correo electrónico:** eporto@northsuffolk.org

**Número de teléfono:** (617) 388-1594

**Condado:** Worcester

**Nombre de la organización:** Community Health Link

**Correo electrónico:** dpierce@communityhealthlink.org

**Número de teléfono:** (508) 860-1000

BH-JI-ES-2025-04