**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](mailto: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](mailto: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](mailto:mdasilva@comcounseling.org)

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

**Condado:** Dukes

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

**Correo electrónico:** [BHJI@gosnold.org](mailto: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](mailto: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](mailto:Bhjireferrals@chd.org)

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

**Condado:** Hampden

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

**Correo electrónico:** [Keith.Mumblo@bhninc.org](mailto:Keith.Mumblo@bhninc.org)

**Número de teléfono:** (413) 348-9754

**Condado:** Hampshire

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

**Correo electrónico:** [Bhjireferrals@chd.org](mailto:Bhjireferrals@chd.org)

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

**Condado:** Middlesex

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

**Correo electrónico:** [BHJI\_Referrals@Advocates.org](mailto:BHJI_Referrals@Advocates.org)

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

**Condado:** Nantucket

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

**Correo electrónico:** [BHJI@gosnold.org](mailto: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](mailto:BHJI@riversidecc.org)

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

**Condado:** Plymouth

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

**Correo electrónico:** [bhji@baystatecs.org](mailto:bhji@baystatecs.org)

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

**Condado:** Suffolk

**Nombre de la organización:** Gavin Foundation

**Correo electrónico:** [RoscoeHurley@GavinFoundation.org](mailto:RoscoeHurley@GavinFoundation.org)

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

**Condado:** Worcester

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

**Correo electrónico:** [JusticeServices@openskycs.org](mailto: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](mailto:Communitycaringclinic@gmail.com)

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

**Condado:** Bristol

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

**Correo electrónico:** [sbennett@hptc.org](mailto:sbennett@hptc.org)

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

**Condado:** Bristol

**Nombre de la organización:** Steppingstone

**Correo electrónico:** [mkachapis@steppingstoneinc.org](mailto:mkachapis@steppingstoneinc.org)

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

**Condado:** Middlesex

**Nombre de la organización:** Vinfen

**Correo electrónico:** [hakeyk@vinfen.org](mailto:hakeyk@vinfen.org)

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

**Condado:** Norfolk

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

**Correo electrónico:** [lpaolantonio@voamass.org](mailto:lpaolantonio@voamass.org)

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

**Condado:** Suffolk

**Nombre de la organización:** Casa Esperanza

**Correo electrónico:** [strieweiler@casaesperanza.org](mailto:strieweiler@casaesperanza.org)

**Número de teléfono:** (617) 874-7578

**Condado:** Suffolk

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

**Correo electrónico:** [apalacios@fathersuplift.org](mailto:apalacios@fathersuplift.org)

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

**Condado:** Suffolk

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

**Correo electrónico:** [eporto@northsuffolk.org](mailto:eporto@northsuffolk.org)

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

**Condado:** Worcester

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

**Correo electrónico:** [dpierce@communityhealthlink.org](mailto:dpierce@communityhealthlink.org)

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

BH-JI-ES-2025-05