



**Suportes para saúde comportamental e suportes comunitários
para pessoas envolvidas com a justiça (BH-JI)**

FORMULÁRIO UNIVERSAL DE ENCAMINHAMENTO

Data do encaminhamento	Data de nascimento
Nome	Endereço (Se desabrigado(a) ou em moradia instável, nome da área/ país de suporte requisitado)
Estado	Zip

Tel.	Aceita recado por voz? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Método de comunicação preferido para o primeiro contato (marque um) <input type="checkbox"/> Chamada <input type="checkbox"/> Texto
Nome de contato secundário	Número de contato secundário	Número do Seguro Social ou número de identificação fiscal
Idioma de preferência	Gênero	Etnia/raça

Qual das opções abaixo melhor descreve a sua orientação sexual atual?

A orientação sexual descreve como uma pessoa define sua atração física e/ou emocional por outras pessoas. Selecione até cinco opções

- ☐ Straight ou heterossexual ☐ Lésbica ou gay ☐ Bissexual ☐ Queer, pansexual, ou em questionamento
☐ Orientação sexual não está listada. Favor especificar ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

Sua origem ou descendência é hispânica ou latina?

Hispânica ou latina refere-se a uma pessoa de cultura ou origem cubana, mexicana, porto-riquenha, sul-americana ou centro-americana, independentemente da raça.

- ☐ Sim, hispânica ou latina ☐ Não, nem hispânica nem latina ☐ Não sei ☐ Prefiro não responder

Raça (opcional)

Escolha as opções que melhor descrevem você, marcando a caixa ao lado da sua raça.

Escolha todas as que você precisar.

<input type="checkbox"/> Indígena norte-americana ou nativa do Alasca	<input type="checkbox"/> Nativa do Havaí ou de outra ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> A raça não consta da lista
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana	<input type="checkbox"/> Prefiro não responder	

Etnia

Etnia refere-se à sua origem, herança, cultura, descendência ou ao país onde você ou sua família nasceram.

**Escolha as opções que melhor descrevem você, marcando a caixa ao lado da sua etnia. Escolha todas as que
você precisar.**

<input type="checkbox"/> Africana	<input type="checkbox"/> Cubana	<input type="checkbox"/> Mexicana
<input type="checkbox"/> Afro-americana	<input type="checkbox"/> Dominicana	<input type="checkbox"/> Oriente Médio ou norte africana
<input type="checkbox"/> Americana	<input type="checkbox"/> Europeia Oriental	<input type="checkbox"/> Portuguesa
<input type="checkbox"/> Indiana da asiática	<input type="checkbox"/> Europeia	<input type="checkbox"/> Porto-riquenha
<input type="checkbox"/> Brasileira	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Russa
<input type="checkbox"/> Cambojana	<input type="checkbox"/> Guatemalteca	<input type="checkbox"/> Salvadorenha
<input type="checkbox"/> Cabo-verdiana	<input type="checkbox"/> Haitiana	<input type="checkbox"/> Sul-americana
<input type="checkbox"/> Ilhas do Caribe	<input type="checkbox"/> Hondurenha	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Centroamericana	<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> A etnia não consta da lista (favor especificar)
<input type="checkbox"/> Chinesa	<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Colombiana	<input type="checkbox"/> Laosiana/lao	<input type="checkbox"/> Prefiro não responder

Nível mais alto de escolaridade, se souber

Acomodações razoáveis necessárias para ajudar a obter acesso aos serviços (p. ex., deficiência auditiva, visual, de mobilidade):	
Situação legal: <input type="checkbox"/> Pré-julgamento (<i>pre-trial</i>) <input type="checkbox"/> Recebeu pena	Data prevista de liberação
Próxima data no tribunal (se souber) Supervisão da liberdade condicional/reinserção <input type="checkbox"/> Liberdade condicional <input type="checkbox"/> Reinserção	Qual é o tribunal envolvido? (se souber - incluindo tribunais especiais)
Nome da pessoa que encaminhou	Tel.
Relação da pessoa de referência com o cliente (p. ex., agente de condicional)	Organização do indivíduo do encaminhamento
Data/hora da próxima consulta agendada com a pessoa inscrita	
Diagnóstico da saúde comportamental (inclui saúde mental e/ou uso de substâncias) Autorrelato <input type="checkbox"/> Sim	

Informações do seguro do MassHealth
 (Observação: para se inscrever no programa BH-JI, a pessoa deve ter, ou se qualificar para ter o MassHealth.)

Número de ID do MassHealth	Plano do MassHealth (se souber)
-----------------------------------	--

Quais são as necessidades mais urgentes dessa pessoa?

<input type="checkbox"/> Benefícios	<input type="checkbox"/> Emprego/educação	<input type="checkbox"/> Identificação governamental
<input type="checkbox"/> Apoios à saúde mental	<input type="checkbox"/> Apoio para transtornos por uso de substâncias	<input type="checkbox"/> Apoios sociais
<input type="checkbox"/> Apoios à saúde física	<input type="checkbox"/> Obtenção/reativação do MassHealth	<input type="checkbox"/> Renda
<input type="checkbox"/> Pesquisa de opções de moradia	<input type="checkbox"/> Outros	

Documentação adicional

Liberação assinada de informações	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cópia do ORAS, LS/CMI ou outras avaliações de risco (ou pontuações e detalhamento das pontuações)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Biopsicossociais mais recentes (ou plano de tratamento, se disponível)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Condições da liberdade condicional/reinserção	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Fotocópia do cartão do MassHealth (se disponível)	<input type="checkbox"/> Sim, incluída	<input type="checkbox"/> Não, indisponível

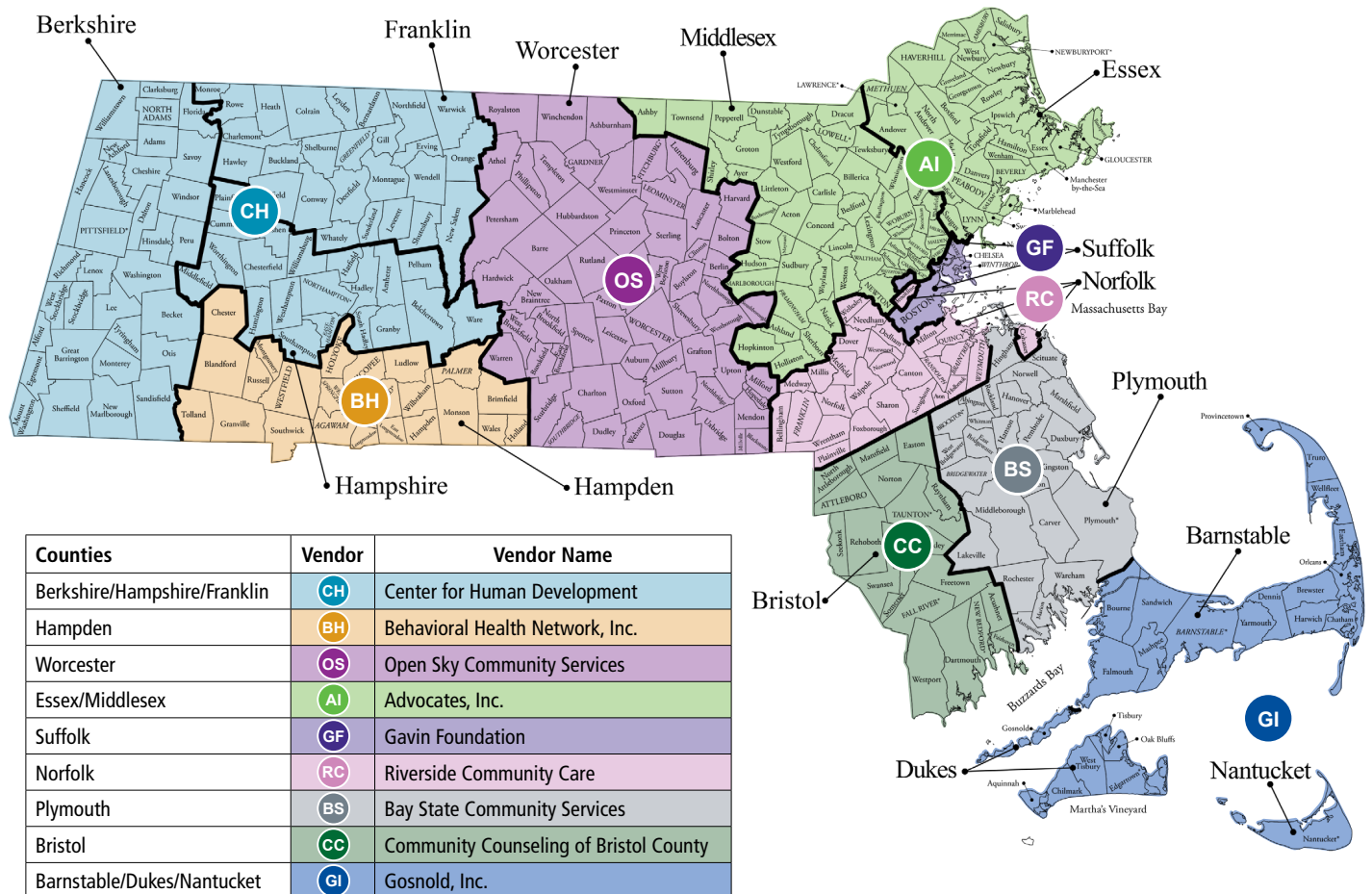
Informações úteis adicionais

Site do BH-JI:

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

Fornecedor de BH-JI por condado (Observação: os fornecedores de BH-JI também são provedores do Programa de Apoio Comunitário [CSP])

Condado	Nome da organização	E-mail	Telefone
Barnstable	Gosnold, Inc.	BHJI@gosnold.org	(508) 540-6550 ramal 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 ramal 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 ramal 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



Provedores de CSP-JI

Condado	Nome da organização	E-mail	Telefone
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