**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?**  Sim  Não

**Método de comunicação preferido para o primeiro contato** (marque um)  Chamada  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 *questioning* (questionamento de gênero)

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.**

Indígena norte-americana ou nativa do Alasca

Asiática

Negra ou afro-americana

Nativa do Havaí ou de outra ilha do Pacífico

Branca

Prefiro não responder

A raça não consta da lista

Não sei

**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.**

Africana

Afro-americana

Americana

Indiana da asiática

Brasileira

Cambojana

Cabo-verdiano

Ilhas do Caribe

Centroamericana

Chinesa

Colombiana

Cubana

Dominicana

Europeia Oriental

Europeia

Filipina

Guatemalteca

Haitiana

Hondurenha

Japonesa

Coreano

Laosiana/lao

Mexicana

Oriente Médio ou norte africana

Portuguesa

Porto-riquenha

Russo

Salvadorenha

Sul-americana

Vietnamita

A etnia não consta da lista (favor especificar)

Não sei

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:**  Pré-julgamento (*pre-trial*)  Recebeu pena

**Data prevista de liberação**

**Próxima data no tribunal** (se souber)

**Qual é o tribunal envolvido?**

(se souber - incluindo tribunais especiais)

**Supervisão da liberdade condicional/reinserção:**  Liberdade condicional  Reinserção

**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 de saúde comportamental** (inclui saúde mental e/ou uso de substâncias)

Autorrelato  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?**

Benefícios

Emprego/educação

Identificação governamental

Apoios à saúde mental

Apoio para transtornos por uso de substâncias

Apoios sociais

Apoios à saúde física

Obtenção/reativação do MassHealth

Renda

Pesquisa de opções de moradia

Outros

**Documentação adicional**

Liberação assinada de informações  Sim  Não

Cópia do ORAS, LS/CMI ou outras avaliações de risco (ou pontuações e detalhamento das pontuações)  Sim  Não

Biopsicossociais mais recentes (ou plano de tratamento, se disponível)  Sim  Não

Condições da liberdade condicional/reinserção  Sim  Não

Fotocópia do cartão do MassHealth (se disponível):  Sim, incluída  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])**

Site do BH-JI:

https://www.mass.gov/BHJI

**Fornecedor de BH-JI por condado**

**Condado:** Barnstable

**Nome da organização:** Gosnold, Inc.

**E-mail:** [BHJI@gosnold.org](mailto:BHJI@gosnold.org)

**Telefone:** (508) 540-6550, ramal 5023

**Condado:** Berkshire

**Nome da organização:** Center for Human Development

**E-mail:** [Bhjireferrals@chd.org](mailto:Bhjireferrals@chd.org)

**Telefone:** (413) 636-5782

**Condado:** Bristol

**Nome da organização:** Community Counseling of Bristol County

**E-mail:** [mdasilva@comcounseling.org](mailto:mdasilva@comcounseling.org)

**Telefone:** (774) 303-8131

**Condado:** Dukes

**Nome da organização:** Gosnold, Inc.

**E-mail:** [BHJI@gosnold.org](mailto:BHJI@gosnold.org)

**Telefone:** (508) 540-6550, ramal 5023

**Condado:** Essex

**Nome da organização:** Advocates, Inc.

**E-mail:** [BHJI\_Referrals@Advocates.org](mailto:BHJI_Referrals@Advocates.org)

**Telefone:** (508) 630-4148

**Condado:** Franklin

**Nome da organização:** Center for Human Development

**E-mail:** [Bhjireferrals@chd.org](mailto:Bhjireferrals@chd.org)

**Telefone:** (413) 636-5782

**Condado:** Hampden

**Nome da organização:** Behavioral Health Network, Inc.

**E-mail:** [cspji-bhjireferral@bhninc.org](mailto:cspji-bhjireferral@bhninc.org" \o "mailto:cspji-bhjireferral@bhninc.org)

**Telefone:** (413) 485-8381

**Condado:** Hampshire

**Nome da organização:** Center for Human Development

**E-mail:** [Bhjireferrals@chd.org](mailto:Bhjireferrals@chd.org)

**Telefone:** (413) 636-5782

**Condado:** Middlesex

**Nome da organização:** Advocates, Inc.

**E-mail:** [BHJI\_Referrals@Advocates.org](mailto:BHJI_Referrals@Advocates.org)

**Telefone:** (508) 630-4148

**Condado:** Nantucket

**Nome da organização:** Gosnold, Inc.

**E-mail:** [BHJI@gosnold.org](mailto:BHJI@gosnold.org)

**Telefone:** (508) 540-6550, ramal 5023

**Condado:** Norfolk

**Nome da organização:** Riverside Community Care

**E-mail:** [BHJI@riversidecc.org](mailto:BHJI@riversidecc.org)

**Telefone:** (781) 234-1650

**Condado:** Plymouth

**Nome da organização:** Bay State Community Services

**E-mail:** [bhji@baystatecs.org](mailto:bhji@baystatecs.org)

**Telefone:** (781) 689-3995

**Condado:** Suffolk

**Nome da organização:** Gavin Foundation

**E-mail:** [RoscoeHurley@GavinFoundation.org](mailto:RoscoeHurley@GavinFoundation.org)

**Telefone:** (857) 496-7161

**Condado:** Worcester

**Nome da organização:** Open Sky Community Services

**E-mail:** [JusticeServices@openskycs.org](mailto:JusticeServices@openskycs.org)

**Telefone:** (774) 232-0640

**Condados:** Berkshire/Hampshire/Franklin

**Fornecedor:** CH

**Nome do fornecedor:** Center for Human Development

**Condados:** Hampden

**Fornecedor:** BH

**Nome do fornecedor:** Behavioral Health Network, Inc.

**Condados:** Worcester

**Fornecedor:** OS

**Nome do fornecedor:** Open Sky Community Services

**Condados:** Essex/Middlesex

**Fornecedor:** AI

**Nome do fornecedor:** Advocates, Inc.

**Condados:** Suffolk

**Fornecedor:** GF

**Nome do fornecedor:** Gavin Foundation

**Condados:** Norfolk

**Fornecedor:** RC

**Nome do fornecedor:** Riverside Community Care

**Condados:** Plymouth

**Fornecedor:** BS

**Nome do fornecedor:** Bay State Community Services

**Condados:** Bristol

**Fornecedor:** CC

**Nome do fornecedor:** Community Counseling of Bristol County

**Condados:** Barnstable/Dukes/Nantucket

**Fornecedor:** GI

**Nome do fornecedor:** Gosnold, Inc.

**Provedores de CSP-JI**

**Condado:** Suffolk e Hampden

**Nome da organização:** Community Caring Clinic

**E-mail:** [Communitycaringclinic@gmail.com](mailto:Communitycaringclinic@gmail.com)

**Telefone:** (617) 541-1829

**Condado:** Bristol

**Nome da organização:** High Point Treatment Center

**E-mail:** [sbennett@hptc.org](mailto:sbennett@hptc.org)

**Telefone:** (508) 641-1419

**Condado:** Bristol

**Nome da organização:** Steppingstone

**E-mail:** [mkachapis@steppingstoneinc.org](mailto:mkachapis@steppingstoneinc.org)

**Telefone:** (508) 674-2788, ramal 11101

**Condado:** Middlesex

**Nome da organização:** Vinfen

**E-mail:** [hakeyk@vinfen.org](mailto:hakeyk@vinfen.org)

**Telefone:** (877) 284-6336

**Condado:** Norfolk

**Nome da organização:** Volunteers of America

**E-mail:** [lpaolantonio@voamass.org](mailto:lpaolantonio@voamass.org)

**Telefone:** (617) 522-8086

**Condado:** Suffolk

**Nome da organização:** Casa Esperanza

**E-mail:** [FamiliasOutpatientIntake@casaesperanza.org](mailto:FamiliasOutpatientIntake@casaesperanza.org)  
**Telefone:** (617) 445-1123, ext. 849

**Condado:** Suffolk

**Nome da organização:** Fathers’ Uplift

**E-mail:** [apalacios@fathersuplift.org](mailto:apalacios@fathersuplift.org)

**Telefone:** (617) 708-0870

**Condado:** Suffolk

**Nome da organização:** North Suffolk Community Services

**E-mail:** [eporto@northsuffolk.org](mailto:eporto@northsuffolk.org)

**Telefone:** (617) 388-1594

**Condado:** Worcester

**Nome da organização:** Community Health Link

**E-mail:** [dpierce@communityhealthlink.org](mailto:dpierce@communityhealthlink.org)

**Telefone:** (508) 860-1000

BH-JI-PT-BR-2025-04