CLUBHOUSE
of Lehigh County
A PROGRAM OF GOODWILL KEYSTONE AREA

A Quien Le Interese:

Un Clubhouse ofrece esperanza y oportunidades para que nuestros miembros alcancen todo su potencial. Operamos bajo estándares probados que se han desarrollado durante un período de dos décadas y son efectivos en más de 330 Clubhouses en todo el mundo. El Clubhouse of Lehigh County se esfuerza por brindar servicios de rehabilitación psiquiátrica completa y complementaria a las personas que califiquen que viven con enfermedades mentales y que residen y reciben servicios en el condado de Lehigh.

Para garantizar que se cumplan los objetivos del modelo de rehabilitación psiquiátrica de Clubhouse y los de cada miembro, la estructura del Clubhouse se trata de tres componentes principales. LOS GRUPOS DE TRABAJO: aquí nuestros miembros se sumergen en la comunidad de la Clubhouse encontrando recursos para satisfar las necesidades individuales y completar actividades o tareas de significado. El PLAN DE META DE RECUPERACIÓN: define las barreras para el éxito de un individuo dentro de las áreas de dominio (vocacional, social, educativo, éxito comunitario y auto-mantenimiento). PROYECTOS / ACTIVIDADES / EVENTOS DEL GRUPO: Estos ofrecen oportunidades para involucrarse más allá de las necesidades de los grupos de trabajo, y trabajar en objetivos de recuperación para ayudar a completar el tiempo de una persona en el Clubhouse. Además, Clubhouse ofrece programación 'social' programada fuera del horario regular de operación del programa (8am a 4pm). *Las personas referidas a la Casa Club deben comprender esta estructura y estar preparados para involucrarse en los niveles apropiados.*

El modelo de rehabilitación psiquiátrica de Clubhouse no es necesariamente el más efectivo para todas las personas. Para ser elegible para los servicios, una persona debe tener un diagnóstico primario de salud mental confirmado. Hay cinco diagnósticos designados para la elegibilidad según los registros médicos y el diagnóstico psiquiátrico: **Esquizofrenia, Trastorno Límite De La Personalidad, Trastorno Del Estado De Animo Mayor, Trastorno Esquizoafectivo y Trastorno Psicótico NOS.**

El solicitante debe tener al menos 18 años de edad y el deseo de participar en el programa. Además, el solicitante no puedes representar una amenaza actual para la seguridad de los miembros, y mostrará comportamientos que no interrumpan el funcionamiento diario del Clubhouse. Todos los demás diagnósticos mentales y físicos deben ser incluidos en la solicitud. Toda la información debe ser completa, legible y sin omisiones. Las referencias enviadas sin la documentación necesaria serán devueltas y / o rechazadas.

El formulario de referencia puede ser completado en parte por la agencia de referencia y/o con la ayuda del trabajador social. La página 4, sin embargo, debe ser completada y firmada por el psiquiatra o terapeuta del solicitante. El solicitante debe firmar la última página del formulario de referencia.

El formulario de referencia se enviará para revisión al Director del Clubhouse, quien determinará si el solicitante cumple con los criterios de admisión. Luego se contactará al solicitante o la persona designada para programar la orientación. Si la solicitud se aplaza por algún motivo, se notificará la decisión al solicitante o a la parte remitente. Tan pronto como la orientación se complete con éxito, el nuevo miembro puede comenzar la participación activa en el programa y se programará para completar un plan de objetivos.

Gracias por su cooperación con nuestro proceso de referencia, inscripción y orientación. Toda información se mantendrá confidencial y se manejará con respeto. Todas las referencias se manejarán de manera oportuna. Si tiene alguna pregunta con respecto a este asunto, no dude en llamar. Además, no dude en hacer copias del formulario de referencia para su propio uso.

****

REFERENCIAS PARA EL PROGRAMA DE ADULTOS-JOVENES

A través de fondos de subvenciones posibles por la Oficina de Rehabilitación Vocacional, el Clubhouse ha establecido un programa de transición para adultos-jóvenes de 18 a 21 años.
Con la guía de dos empleados dedicados, el programa se enfocará en capacitar, educar y apoyar a los adultos-jóvenes a través de su transición a la edad adulta mediante la exploración de profesiones y capacitación postsecundaria y oportunidades educativas. También enseñará habilidades de trabajo, trabajo apropiado y comportamientos sociales y habilidades de vida independiente.

Los requisitos de elegibilidad incluyen:

Las personas deben tener entre 18 y 21 años de edad y residir en el condado de Lehigh.
Deben estar actualmente matriculados en la escuela secundaria o en un programa de educación posterior a la secundaria.
Deben ser diagnosticados con una enfermedad mental.

Se puede obtener una copia del registro oficial y la información financiera de Goodwill Keystone Area del Departamento de Estado de Pennsylvania llamando al número gratuito dentro de Pennsylvania, 1.800.732.0999. El registro no implica endoso.

Porfavor no utilize "Desconocido" como respuesta. Puede utilizar ninguno o N/A=No Applicable

Clubhouse of Lehigh County

FORMULARIO DE REFERENCIA PARA MEMBRECIA

IMPORTANTE: porfavor seleccione el **TIPO DE REFERENCIA** apropiado

- ☐ Membresia estandar
- ☐ Membresia a Programa del Transicion para Jovenes Adultos

Agencia/Oficina de Referencia:_____

Persona completando la referencia:_____ Telefono:_____

Nombre del aplicante:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Direccion:_____ # de Apartamento:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Zip Code:_____ Condado:_____

Telephone de Casa:_____ Celular:_____

Numero de Seguro Social:_____-_____-_____ Correo Electronico:_____

Sexo_____ Masculino

_____ Femenino

Raza: _____ 1= Negro o Afro Americano _____ 3= Indio Americano/Nativo de Alaska

_____ 4= Asiatico _____ 7= Nativo Hawaiano u Otro Isleno Pacifico

_____ 5= Blanco _____ 6= Otro/Informacion no Voluntaria por el Destinario

Informacion de Seguro de Salud

MA Access number# _____ Medical Assistance HMO _____

Medicare _____ Medicare HMO _____

Plan de Seguro Privado: _____

Para Uso de Oficina Solamente

Fecha de Admision: _____ # de ID de Condado:_____

Etnia:_____ Estado Vocacional:_____

Estado de Vivencia:_____ Grupo Poblacional:_____

EQUIPO DE SALUD MENTAL

Grupo de Proveedores	Personal Principal/Clinico	Numero Telefonico	Numero de Celular

PROVEEDORES DE ATENCION PRIMARIA

Grupo de Proveedores	Clinico Primario	Direccion	Numero Telefonico

Porfavor Indicar Todo lo que Aplique

___ Discapacidad Intelectual/Desarrollo - Si respondio que si, porfavor indique el CI Conciente Intelectual) _____

___ Discapacidad de aprendizaje _____

___ Desorden de Deficit de Atencion _____

___ Deterioro Perceptivo _____

___ Deterioro Auditivio _____

___Autismo_____

___ Desorden de Asperger's _____

___ Deterioro Visual _____

___ Discapcidades Fisicas _____

___ Ataques de Epilepsia_____

___ Otro: --- Porfavor Especificar: _____

___ Condiciones Medicas: Porfavor Especificar: _____

_____

___Alergias: Porfavor Especificar: _____

Razones de Referencia/Deseos de Resultados

Para cada área de función, calcule el nivel actual del solicitante usando la clave a continuación. A continuación, describa el cambio deseado que el solicitante desea hacer en cada área.

Clave

0= No necesita asistencia
1=necesita asistencia leve
2= Necesita asistencia moderada
3=Necesita asistencia extensiva

FUNCION	NIVEL (numero de clave)	CAMBIO DESEADO (Una descripción en palabras)
Educacion		
Social		
Vocacional		
Automantenimiento Habilidades de la Vida Diaria		
Automantenimiento Manejo de enfermades y bienestar		

Historial Educativo

Tipo de Educaccion	Nombre de la Escuela	Grado mas alto Realizado	Fechas	Diploma/Especialidad
Bachiller/GED				
Oficio o Technico				
Universidad				
Otro				

¿Está el solicitante involucrado en algún programa educativo / de capacitación en la actualidad?
_____: Si _____: No
¿Tiene el solicitante algún interés en expander su educacion? _____: Si _____: No
Si respondio si, porfavor describa que tipo de
educación:_____
_____

Está el aplicante actualmente trabajando? _____ Si _____ No

Si está trabajando, ¿cuál es su título? _____

Si, este trabajando, cual es el nombre de la compañía? _____

¿Si, está trabajando cuales son las horas? _____

¿Describe la actual experiencia de trabajo? _____

_____

Tiene alguna experiencia de trabajo como voluntario? _____ Sí _____ No

Si trabajo, donde? _____

Qué clase de trabajo realizo? _____

Liste algunos talentos, o interés especiales o pasa tiempo favoritos. _____

_____

_____

Que le gustaria realizer cuando en el Clubhouse? _____

_____

_____

_____

<u>Aviso al solicipante del Clubhouse:</u> Toda la informacion del miembro es confidencial. Los empleados/miembros son responsables del procesaniento y la orientacion de los nuevos miembros.

Para programar la orientacion del Clubhhouse deve contactar:

_____ Solicipante Telefono: _____

_____ Orta Persona Nombre: _____ Telefono: _____

Firma del Solicpante: _____ Fecha: _____

Favor de enviar la solicitud completada a:

Clubhouse of Lehigh County
1437 Gordon Street Allentown, PA 18102
Attention: Christopher Stout, Director

Phone: 610-433-9910
Fax: 610-433-9940
Email: cstout@yourgoodwill.org

THIS PORTION OF THE REFERRAL FORM MUST BE COMPLETED BY A PSYCHIATRIST OR THERAPIST

Name of Clubhouse Applicant _____

Name of Psychiatrist/Therapist _____

Address _____

_____

Phone _____

BEHAVIORAL HEALTCH CARE INFORMATION

Psychiatric Diagnosis (DSM # must be included.)

Axis I_____ DSM # _____

Axis II_____ DSM #_____

Axis III_____

Axis IV _____

Axis V_____

Current D & A Use

Type? _____

Frequency? _____

Current D & A Treatment

_____

Attend 12-Step Meetings? _____Yes _____No

Frequency? _____

PSYCHIATRIC MEDICATIONS

Describe any presence of significant harm to self, others or property, or any unusual behaviors.

Give dates and details:_____

_____

_____

Describe any incidents of violence, arrests, prison terms, fire setting.

Give dates and details:_____

_____

_____

Describe any current legal involvement (DUI, custody, probation, parole, etc.

Give dates and details:_____

_____

_____

Parole/Probation Officer: Name_____ Phone_____

Signature of Psychiatrist/Therapist _____**Date**_____