



基于恢复的参与支持团队（RBEST）

计划信息

什么是基于恢复的参与支持团队（Recovery Based Engagement Support Teams, RBEST）计划？

基于康复的参与支持团队（RBEST）是一个基于现场的外展和参与计划，旨在“激活”患有严重行为健康（心理健康和/或药物使用障碍）的个人，并将其与适当的治疗资源联系起来，如门诊服务、强化综合支持和支持服务。此外，还向家庭提供支持，如支持小组、心理教育，以及帮助引导行为健康护理系统。

被转介的个人必须年满 18 岁，并且患有精神健康状况，也可能有拒绝或不接受必要门诊治疗的病史。此外，对于经常使用危机服务和/或与急救人员持续接触导致多次住院/拘留（即逮捕）而没有门诊治疗随访的个人，可以接受转诊；或者可能符合 Laura 定律的标准。

什么是 Laura 定律？

第 1421 号议会法案，通常被称为 **Laura 定律**，根据《福利与慈善法则》(WIC)第 5345-5349.5 条，授权法院下令对有未经治疗的精神病史的个人进行辅助门诊治疗(AOT)。如果个人在多次参与后继续拒绝自愿治疗，该项目可以寻求门诊辅助治疗。

根据 Laura 定律，谁有资格获得推荐？

个人必须：

- 年满18岁。
- 患有严重的精神障碍。
- 在没有监督的情况下，不太可能在社区中安全生存，并且他们的病情正在严重恶化，**或**需要AOT来防止复发/严重恶化，从而导致严重残疾或对自己或他人造成严重伤害。
 - 有不遵守治疗的病史，可通过以下其中一项证明：
 - 在过去36个月内，至少两次在监禁期间住院或接受心理健康治疗。
 - 在过去48个月内，一次或多次严重暴力行为，包括威胁或试图对自己或他人造成严重身体伤害。
- 可能受益于辅助门诊治疗服务。
- 参与限制性最小的治疗选择，以确保患者的康复和稳定。

如何将个人转介到 RBEST 计划？

可以通过电话、电子邮件、传真和邮件接受转介。

- 电话号码：(909) 421-9452
- 将填写好的转介表格通过电子邮件发送至：DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov
- 将填写好的转介表格传真至：（909）421-4686
- 将填写好的转介表邮寄至：San Bernardino County, Department of Behavioral Health - Recovery Based Engagement Support Teams (RBEST), 850 E. Foothill Blvd., Rialto, CA 92376

如有任何问题或想了解更多信息，请致电（909）421-9452。



RBEST

转介表格

提交转介个人的信息:

转介完成日期: _____

填写人: _____
(正楷书写姓名)

转介来源:

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 行为健康部计划 | <input type="checkbox"/> 心理健康机构 |
| <input type="checkbox"/> 家庭/配偶/重要他人 | <input type="checkbox"/> 医疗设施 |
| <input type="checkbox"/> 与个人同住的成年人 | <input type="checkbox"/> 住宅设施 (未锁) |
| <input type="checkbox"/> 执法/法官 | <input type="checkbox"/> 自己 |
| <input type="checkbox"/> 基于社区/信仰的组织 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |

转介个人或组织名称: _____

与转介个人的关系: _____ 电话号码: _____

被转介参加项目的个人信息:

法定名称: _____ 首选名称: _____
(正楷书写姓名)

出生日期: _____ 年龄: _____ 社会保障号码: _____

- | | | |
|--|---|--|
| 性别: | 种族/族裔 (勾选所有适用项): | 首选语言: |
| <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 非裔美国人/黑人 | <input type="checkbox"/> 英语 |
| <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 美国印度安人 / 阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 普通话 |
| <input type="checkbox"/> 变性女性 | <input type="checkbox"/> 亚洲人 | <input type="checkbox"/> 西班牙语 |
| <input type="checkbox"/> 变性男性 | <input type="checkbox"/> 高加索/白人 | <input type="checkbox"/> 越南语 |
| <input type="checkbox"/> 其他/未列:
_____ | <input type="checkbox"/> 拉丁裔/西班牙裔 | <input type="checkbox"/> 其他/未列:
_____ |
| | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民 | |
| | <input type="checkbox"/> 其他/未列: _____ | |

个人地址/地点: _____

他们目前无家可归吗? 是 否 他们是否现役军人或退伍军人? 是 否

个人电话: _____ 保健保险, 如果知道: _____

家人/护理人员姓名和电话号码: _____

转介原因:

- | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 攻击性行为 | <input type="checkbox"/> 评估 Laura 定律标准 | <input type="checkbox"/> 自杀/杀人的想法 |
| <input type="checkbox"/> 药物使用障碍 | <input type="checkbox"/> 奇怪/怪异的行为 | <input type="checkbox"/> 不符合治疗要求 |
| | <input type="checkbox"/> 幻觉/妄想 | |

请提供以上所选原因的详细信息:

其他历史 (执法转介所需):

- 过去 48 个月内对自己/他人造成严重身体伤害的行为或企图
日期 (如果知道): _____
- 过去 36 个月内被监禁期间两次住院/心理健康服务
日期 (如果知道): _____