



## 基于康复的介入支持团队 (RBEST)

### 计划信息

#### 什么是 RBEST?

基于康复的介入支持团队 (Recovery Based Engagement Support Team, RBEST) 是一项以客户为中心的自愿性计划，为有行为健康问题的个人提供社区（实地）外联和参与服务。我们的目标是“激活”并将个人与适当的治疗联系起来，其中可能包括门诊精神健康、药物使用障碍 (Substance Use Disorder, SUD) 和密集的全方位支持。我们同时通过支持小组、心理教育和协助浏览行为健康护理系统为各个家庭提供支持。被转介的个人必须年满 18 周岁，且符合以下标准之一：

- 患有行为健康疾病的个人
- 存在不遵守或拒绝必要门诊治疗的历史记录的个人。
- 经常使用危机服务（即危机免预约中心、精神病院、急诊室）和/或与急救人员持续联系，导致多次住院/拘留（即逮捕），但没有进行门诊治疗随访的个人

#### 什么是 Laura's Law (《劳拉法》) ?

当 RBEST 计划与被转介的个人进行联系时，努力让他们自愿接受治疗，但该个人仍拒绝接受治疗时，该计划可能会与县合作伙伴、家庭成员和其他相关方探讨依据 Laura's Law 下的辅助门诊治疗选项。符合 Laura's Law 服务条件的个人必须满足以下标准：

- 18 岁及以上
- 患有精神疾病
- 不太可能在没有监督的情况下安全地在社区生存，或防止病情复发/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
- 有不遵从精神病治疗的历史，至少存在以下情况之一：
  - 在过去 36 个月内，该人士的精神疾病至少两次成为导致其必须住院治疗或在州立教养所或地方教养所的法医或其他精神健康部门接受服务的重要因素，但不包括该人士在递交申请之前的任何住院或监禁期间。
  - 在过去 48 个月内，该人士的精神疾病导致其对自己或他人有一次或多次严重的暴力行为，或威胁、或企图对自己或他人造成严重的身体伤害，但不包括该人士在递交申请之前的任何住院或监禁期间。
- 可能从辅助门诊治疗服务中受益
- 参与计划是限制最少的治疗选择，以确保患者的康复和稳定

若要提交转介：发送电子邮件至 [DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov](mailto:DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov)；拨打电话 (909) 421-9452；  
传真 (909) 421-4686；或邮寄至 850 E. Foothill Blvd, Rialto, CA 92376



## 基于康复的介入支持团队 (RBEST)

### 转介表格

#### 如何进行转介？

可通过电话、电子邮件、传真和邮件接受转介。

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

#### 转介个人的信息:

转介填写日期: \_\_\_\_\_ 填写人: \_\_\_\_\_  
(工整书写全名)

- 转介来源:
- 行为健康部 (Department of Behavioral Health, DBH) 计划
  - 家人/配偶/重要他人
  - 与个人同住的成年人
  - 执法人员/法官
  - 社区/信仰组织
  - 精神卫生机构
  - 医疗设施
  - 住宿设施 (未上锁)
  - 自行前来
  - 其他: \_\_\_\_\_

转介机构 (如适用): \_\_\_\_\_  
(工整书写全名)

转介个人 (如果与填写人不同): \_\_\_\_\_  
(工整书写全名)

与被转介人的关系: \_\_\_\_\_

联系信息: \_\_\_\_\_  
电话号码 \_\_\_\_\_ 电子邮箱地址 \_\_\_\_\_

若要提交转介: 发送电子邮件至 [DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov](mailto:DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov); 拨打电话 (909) 421-9452;  
传真 (909) 421-4686; 或邮寄至 850 E. Foothill Blvd, Rialto, CA 92376



# 基于康复的介入支持团队 (RBEST)

## 转介表格

### 被转介到计划的个人的信息:

法定姓名: \_\_\_\_\_ 首选姓名: \_\_\_\_\_  
(工整书写全名)

出生日期: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_ 社会安全号码: \_\_\_\_\_

|   |   |   |
|---|---|---|
| 性别:                                       | 种族/族裔 (请勾选所有适用项):                       | 首选语言:                                     |
| <input type="checkbox"/> 女                | <input type="checkbox"/> 非裔美国人/黑人       | <input type="checkbox"/> 英语               |
| <input type="checkbox"/> 男                | <input type="checkbox"/> 美国印第安人/阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 普通话              |
| <input type="checkbox"/> 变性女              | <input type="checkbox"/> 亚裔             | <input type="checkbox"/> 西班牙语             |
| <input type="checkbox"/> 变性男              | <input type="checkbox"/> 高加索人/白人        | <input type="checkbox"/> 越南语              |
| <input type="checkbox"/> 其他/未列出:<br>_____ | <input type="checkbox"/> 拉丁裔/西班牙语裔      | <input type="checkbox"/> 其他/未列出:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> 拒绝回答             | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民   | <input type="checkbox"/> 拒绝回答             |
|   | <input type="checkbox"/> 其他/未列出: _____  |   |
|   | <input type="checkbox"/> 拒绝回答           |   |

个人地址/地点: \_\_\_\_\_

个人电话号码: \_\_\_\_\_ 医疗保险 (如已知): \_\_\_\_\_

家庭/照顾者姓名和电话号码: \_\_\_\_\_

其目前是否无住房? 是否 其是现役军人还是退伍军人? 是否

### 转介原因:

|                                 |                                  |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不遵守治疗  | <input type="checkbox"/> 古怪/离奇行为 | <input type="checkbox"/> 自杀/杀戮念头 |
| <input type="checkbox"/> 物质使用障碍 | <input type="checkbox"/> 攻击行为    | <input type="checkbox"/> 幻觉/妄想   |

### 其他历史记录 (执法机构转介时需要):

在过去 48 个月内对自己/他人进行严重身体伤害的行为或尝试  
日期 (如已知): \_\_\_\_\_

过去 36 个月内, 在监禁期间接受过两次住院治疗/心理健康服务:  
日期 (如已知): \_\_\_\_\_

### 其他信息:

若要提交转介: 发送电子邮件至 [DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov](mailto:DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov); 拨打电话 (909) 421-9452;  
传真 (909) 421-4686; 或邮寄至 850 E. Foothill Blvd, Rialto, CA 92376



## 基于康复的介入支持团队 (RBEST)

### 转介表格

若要提交转介：发送电子邮件至 [DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov](mailto:DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov)；拨打电话 (909) 421-9452；  
传真 (909) 421-4686；或邮寄至 850 E. Foothill Blvd, Rialto, CA 92376