

## نموذج إحالة إدارة الرعاية المحسنة (ECM) Enhanced Care Management (ECM)

يمكن للأعضاء وعائلاتهم الإحالة ذاتيًا إلى خدمات ECM.

إسم العضو: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_

ملاحظة: يجب أن يكون العضو مؤهلاً مع CalOptima Health.

الخطوة 1: يرجى ملء جميع المعلومات القابلة للتطبيق أدناه والانتقال إلى الخطوات 2 و 3.

### معلومات الإحالة:

تاريخ الإحالة: _____	تم التحويل بواسطة: _____
الوكالة / العلاقة بالعضو: _____	
معرف المزود الوطني للمزود المقدم للإحالة (NPI) (إن انطبق): _____	
الهاتف: _____	الفاكس: _____
	البريد الإلكتروني: _____

### معلومات العضو:

اسم العضو: _____	CIN: _____
تاريخ ميلاد العضو: _____	مزود الرعاية الصحية الأولية: _____
هاتف العضو: _____	البريد الإلكتروني للعضو: _____
اللغة المفضلة للعضو: _____	
وافق العضو على الإحالة لخدمات ECM: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

الخطوة 2: ضع علامة بجانب جميع الشروط التي تنطبق. يرجى إكمال جميع خانات الاختيار المطلوبة وإرفاق أي وثائق داعمة قبل التقديم.

الخطوة 3: أرسل نموذج الإحالة المكتمل والمستندات الداعمة إلى CalOptima Health.

### معلومات الاتصال بشبكة CalOptima Health ECM الصحية

عنوان المراسلة	إرسال الإحالة	رقم هاتف خدمة العملاء (للأعضاء)	الشبكة الصحية
CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856	<a href="mailto:CalAIMReferral@caloptima.org">CalAIMReferral@caloptima.org</a> أو بالفاكس: 1-714-338-3145	1-888-587-8088	CalOptima Health Direct والشبكات الصحية

للبالغين

معايير الأهلية للعضو	البالغين 18 سنة فما فوق
<p><b>حدد كل ما ينطبق على العضو:</b></p> <p>المعاناة من التشرد، والتي يتم تعريفها على أنها تستوفي واحدًا أو أكثر من الشروط التالية:</p> <p><input type="checkbox"/> عدم وجود إقامة ليلية ثابتة ومنتظمة وكافية؛ و/أو</p> <p><input type="checkbox"/> المسكن الأساسي هو مكانًا عامًا أو خاصًا غير مصمم أو لا يستخدم عادة كمسكن عادي للنوم للبشر، بما في ذلك السيارة أو الحديقة أو المبنى المهجور أو محطة الحافلات أو القطار أو المطار أو أرض التخيم؛ و/أو</p> <p><input type="checkbox"/> العيش في ملجأ يخضع للإشراف العام أو الخاص، ومصمم لتوفير ترتيبات معيشية مؤقتة (بما في ذلك الفنادق والموتيلات المدفوعة من قبل البرامج الحكومية الفيدرالية أو الحكومية أو المحلية للأفراد ذوي الدخل المنخفض أو من خلال المنظمات الخيرية والملاجئ الجماعية والإسكان الانتقالي)؛ و/أو</p> <p><input type="checkbox"/> الخروج من مؤسسة إلى حالة التشرد (بغض النظر عن مدة الإقامة في المؤسسة)؛</p> <p><input type="checkbox"/> سوف تفقد السكن وشيئًا خلال الثلاثين يومًا القادمة؛ و/أو</p> <p><input type="checkbox"/> الفرار من العنف المنزلي، والعنف في المواعيد، والاعتداء الجنسي، والمطاردة، وغيرها من الظروف الخطيرة أو المؤلمة أو التي تهدد الحياة والمتعلقة بهذا العنف</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> لديه حاجة جسدية أو سلوكية أو تنموية معقدة واحدة على الأقل، مع عدم القدرة على الإدارة الذاتية بنجاح، والذين من المحتمل أن يؤدي تنسيق الخدمات بالنسبة لهم إلى تحسين النتائج الصحية و/أو انخفاض الاستفادة من الخدمات عالية التكلفة (الأفراد الحوامل أو بعد الولادة الذين هم مشردون يستوفون هذه المعايير)</p>	<p><input type="checkbox"/> (1) البالغون الذين يعانون من التشرد: (سواء كان لديهم أطفال / شباب معالون يعيشون معهم أم لا)</p>
<p><b>حدد كل ما ينطبق على العضو:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 5 زيارات أو أكثر لغرفة الطوارئ (ER) خلال فترة 6 أشهر ، أو</p> <p><input type="checkbox"/> 3 أو أكثر من حالات الرقود في المستشفى غير المخطط لها و/أو الإقامة في مرافق التمريض الماهرة قصيرة الأجل (SNF) خلال فترة 6 أشهر</p>	<p><input type="checkbox"/> (2) البالغون المعرضون لدخول المستشفى أو قسم الطوارئ الذي يمكن تجنبه</p>
<p><b>حدد كل ما ينطبق على العضو:</b></p> <p>يستوفي معايير الأهلية للمشاركة في الخدمات أو الحصول عليها من خلال:</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات الصحة النفسية المتخصصة (SMHS) التي تقدمها خطط الصحة النفسية (MHPs)؛ أو</p> <p><input type="checkbox"/> نظام تسليم منظمة Drug Medi-Cal (DMC-ODS) أو برنامج Drug Medi-Cal (DMC)</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> المعاناة من عامل اجتماعي معقد 1 على الأقل يؤثر على صحتهم (على سبيل المثال ، عدم القدرة على الحصول على الغذاء ، والسكن المستقر ، وعدم القدرة على العمل أو الانخراط في المجتمع ، مقياس عالي (4 أو أكثر) لتجارب الطفولة السلبية (ACEs) بناءً على الفحص، وشباب التبني السابق، وتاريخ من المواجهات الحديثة مع جهات تنفيذ القانون المتعلقة بالصحة النفسية و/أو أعراض تعاطي المخدرات)</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p><b>يستوفي 1 أو أكثر من المعايير التالية:</b></p> <p><input type="checkbox"/> معرض لخطر كبير للإيداع في المؤسسات، والجرعة الزائدة، و/أو الانتحار؛ أو</p> <p><input type="checkbox"/> استخدام خدمات الأزمات أو أقسام الطوارئ (EDs) أو الرعاية العاجلة أو إقامة</p>	<p><input type="checkbox"/> (3) البالغون الذين يعانون من اضطراب خطير في الصحة النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات (SUD)</p>

	معايير الأهلية للعضو	البالغين 18 سنة فما فوق
	<p>المرضى الداخليين كمصدر أساسي للرعاية الصحية، أو</p> <p><input type="checkbox"/> شهد 2 زيارة أو أكثر لقسم الطوارئ أو 2 دخول إلى المستشفى أو أكثر بسبب حالة صحية نفسية خطيرة أو SUD خلال الـ 12 شهرًا الماضية أو</p> <p><input type="checkbox"/> حامل أو بعد الولادة (12 شهرًا من الولادة)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> يتم الانتقال من منشأة إصلاحية (على سبيل المثال، سجن أو سجن أو منشأة إصلاحية للشباب) أو تم النقل من منشأة إصلاحية خلال الـ 12 شهرًا الماضية</p> <p><b>و</b></p> <p><b>لديه على الأقل 1 من الحالات التالية:</b></p> <p><input type="checkbox"/> مرض نفسي</p> <p><input type="checkbox"/> اضطراب استخدام المواد المخدرة (SUD)</p> <p><input type="checkbox"/> حالة مزمنة / حالة سريرية كبيرة غير مزمنة .</p> <p><input type="checkbox"/> الإعاقة الذهنية أو التنموية (I / DD)</p> <p><input type="checkbox"/> إصابات الدماغ المؤلمة (TBI)</p> <p><input type="checkbox"/> فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز</p> <p><input type="checkbox"/> الحمل أو ما بعد الولادة</p>	<p><input type="checkbox"/> (4) الكبار الذين ينتقلون من السجن</p>
	<p><b>اختر 1 الذي ينطبق على العضو:</b></p> <p><input type="checkbox"/> البالغ الذي يعيش في المجتمع والذي يستوفي مستوى معايير الرعاية في منشأة التمريض الماهرة (SNF) أو</p> <p><input type="checkbox"/> شخص بالغ يحتاج إلى تمريض ماهر منخفض الحدة، مثل خدمات طبية وتمريضية محدودة المدة و/أو متقطعة، و/أو دعم و/أو معدات للوقاية من الأمراض أو الإصابات الحادة أو تشخيصها أو علاجها</p> <p><b>و</b></p> <p><input type="checkbox"/> الذين يعانون من عامل اجتماعي أو بيئي معقد واحد على الأقل يؤثر على صحتهم (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الحاجة إلى المساعدة في أنشطة الحياة اليومية (ADLs)، وصعوبات التواصل، والحصول على الغذاء، والحصول على سكن مستقر، والعيش بمفردهم، والحاجة إلى الوصاية أو اتخاذ القرار الموجه، أو تقديم الرعاية الضعيفة أو غير الكافية والتي قد تظهر على أنها نقص في مراقبة السلامة)</p> <p><b>و</b></p> <p><input type="checkbox"/> القدرة على الإقامة بشكل مستمر في المجتمع مع دعم شامل، (على سبيل المثال، قد لا يكون بعض الأفراد مؤهلين لأن لديهم احتياجات شديدة الحدة أو ظروف غير مناسبة للرعاية المنزلية بسبب السلامة أو مخاوف أخرى)</p>	<p><input type="checkbox"/> (5) البالغون الذين يعيشون في المجتمع والمعرضون لخطر إضفاء الطابع المؤسسي على الرعاية الطويلة الأجل (LTC).</p>
	<p>هل يقيم العضو حاليًا في مرفق رعاية متوسطة أو مرفق رعاية تحت الحادة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p><b>حدد كل ما ينطبق على العضو:</b></p> <p><input type="checkbox"/> مهتم بالخروج من المؤسسة</p> <p><b>و</b></p> <p><input type="checkbox"/> من المحتمل أن يقوم بذلك بنجاح</p>	<p><input type="checkbox"/> (6) انتقال المقيمين في مرافق تمريض البالغين الذين ينتقلون إلى المجتمع (تم استبعاد مرافق الرعاية المتوسطة ومرافق الرعاية تحت الحادة).</p>

معايير الأهلية للعضو	البالغين 18 سنة فما فوق	
<p style="text-align: center;">و</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> قادر على الإقامة بشكل مستمر في المجتمع</p>		
<p style="text-align: center;">حدد كل ما ينطبق على العضو:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> العضوة حامل أو في فترة ما بعد الولادة (خلال فترة 12 شهرًا)</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> يخضع للتفاوتات العرقية والإثنية على النحو المحدد في بيانات الصحة العامة في كاليفورنيا بشأن معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات النفاسية (الأفراد من السود، أو الهنود الأمريكيين، أو سكان الأسكا الأصليين، أو سكان جزر المحيط الهادئ)</p>	<p style="text-align: center;">(7) عدد المواليد المستهدفين (الكبار)</p>	<input type="checkbox"/>

## الأطفال والشباب

الأطفال والشباب	معايير الأهلية للعضو
<input type="checkbox"/> 1) الأطفال والشباب الذين يعانون من التشرد (الأسر المشردة أو الأطفال والشباب غير المصحوبين الذين يعانون من التشرد)	<p>اختر 1 الذي ينطبق على الأطفال والشباب والأسر التي يقل عمر أفرادها عن 21 عامًا والذين:</p> <p><input type="checkbox"/> ليس لديهم إقامة ليلية ثابتة ومنتظمة وكافية</p> <p><input type="checkbox"/> أن يكون لديهم مسكن أساسي هو مكانًا عامًا أو خاصًا غير مصمم أو لا يُستخدم عادةً كمكان إقامة عادي للنوم للبشر، بما في ذلك سيارة أو حديقة أو مبنى مهجور أو محطة حافلة أو قطار أو مطار أو أرض تخييم</p> <p><input type="checkbox"/> يعيش في ملجأ يتم إدارته بشكل عام أو خاص، ومصمم لتوفير ترتيبات معيشية مؤقتة (بما في ذلك الفنادق والموتيلات المدفوعة من قبل البرامج الحكومية الفيدرالية أو الحكومية أو المحلية للأفراد ذوي الدخل المنخفض أو من خلال المنظمات الخيرية والملاجئ الجماعية والإسكان الانتقالي)</p> <p><input type="checkbox"/> يخرجون من مؤسسة ويعانون التشرد (بغض النظر عن مدة الإقامة في المؤسسة)</p> <p><input type="checkbox"/> سوف يفقدون السكن وشيئًا خلال الثلاثين يومًا القادمة</p> <p><input type="checkbox"/> يفرون من العنف المنزلي، والعنف في المواقف، والاعتداء الجنسي، والمطاردة، وغيرها من الظروف الخطيرة أو المؤلمة أو التي تهدد الحياة المتعلقة بهذا العنف</p> <p style="text-align: center;">أو</p> <p>اختر 1 الذي ينطبق على العضو:</p> <p><input type="checkbox"/> يشارك السكن مع أشخاص آخرين (على سبيل المثال، النوم على الأريكة) بسبب فقدان السكن أو الصعوبات الاقتصادية أو سبب مشابه</p> <p><input type="checkbox"/> يعيش في الموتيلات أو الفنادق أو مواقف المقطورات أو أماكن التخييم بسبب عدم وجود أماكن إقامة بديلة مناسبة</p> <p><input type="checkbox"/> يعيش في ملاجئ الطوارئ أو الانتقالية؛ أو مهجور في المستشفيات (في مستشفى ليس لديه مكان آمن للخروج منه)</p>
<input type="checkbox"/> 2) الأطفال والشباب المعرضون لاستخدام المستشفى أو قسم الطوارئ الذي يمكن تجنبه	<p>حدد كل ما ينطبق على العضو:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 زيارات أو أكثر لغرفة الطوارئ في الأشهر الستة الماضية ، أو</p> <p style="text-align: center;">أو</p> <p><input type="checkbox"/> 2 حالة أو أكثر من حالات الاستشفاء غير المخطط لها و/أو مرافق التمريض الماهر قصيرة الأجل (SNF) خلال فترة 12 شهرًا</p>
<input type="checkbox"/> 3) الأطفال والشباب الذين يعانون من مرض نفسي خطير (SMI) أو اضطراب تعاطي المخدرات (SUD)	<p>حدد كل ما ينطبق على العضو:</p> <p>يستوفي معايير الأهلية للمشاركة في الخدمات أو الحصول عليها من خلال:</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات الصحة النفسية المتخصصة (SMHS) التي تقدمها خطط الصحة النفسية (MHPs) أو</p> <p><input type="checkbox"/> نظام تسليم منظمة Drug Medi-Cal (DMC-ODS) أو برنامج Drug Medi-Cal (DMC)</p>
<input type="checkbox"/> 4) الأطفال والشباب الذين ينتقلون من مرفق إصلاحية للشباب	<p>الأطفال والشباب الذين ينتقلون من مرافق إصلاحية للشباب أو ينتقلون من مرفق سجن للشباب خلال الـ 12 شهرًا الماضية</p>
<input type="checkbox"/> 5) الأطفال والشباب المسجلون في خدمات الأطفال في كاليفورنيا (CCS) أو نموذج CCS للطفل الجامع (WCM) مع احتياجات إضافية تتجاوز شرط CCS	<p>حدد كل ما ينطبق على العضو:</p> <p><input type="checkbox"/> مسجل في CCS أو CCS WCM</p> <p style="text-align: center;">و</p>

الأطفال والشباب	معايير الأهلية للعضو
	<input type="checkbox"/> يعاني من عامل اجتماعي معقد واحد على الأقل يؤثر على صحته (على سبيل المثال، عدم الحصول على الغذاء، وعدم الوصول إلى سكن مستقر، وصعوبة الوصول إلى وسائل النقل، وارتفاع عدد (أربعة أو أكثر) من تجارب الطفولة السلبية (ACEs) بناءً على الفحص وتاريخ مواجهات حديثة مع خدمات تنفيذ القانون أو التدخل في الأزمات المتعلقة بالصحة النفسية و/أو أعراض تعاطي المخدرات)
<input type="checkbox"/> (6) الأطفال والشباب المشاركون في رعاية الطفل	<p>حدد كل ما ينطبق على العضو:</p> <input type="checkbox"/> عمره أقل من 21 عامًا ويتلقى حاليًا رعاية بديلة في كاليفورنيا <input type="checkbox"/> كان عمره أقل من 21 عامًا وحصل سابقًا على رعاية بديلة في كاليفورنيا أو ولاية أخرى خلال الـ 12 شهرًا الماضية <input type="checkbox"/> تجاوز سن الحضانة حتى سن 26 عامًا (بعد أن كان في الحضانة في عيد ميلاده الثامن عشر أو بعد ذلك) في كاليفورنيا أو ولاية أخرى <input type="checkbox"/> أقل من 18 عامًا ومؤهل لبرنامج مساعدة التبني و/أو الانضمام إليه في كاليفورنيا <input type="checkbox"/> أقل من 18 عامًا ويتلقى حاليًا أو حصل على خدمات من برنامج صيانة الأسرة في كاليفورنيا خلال آخر 12 شهرًا
<input type="checkbox"/> (7) عدد المواليد المستهدفين (الشباب)	<p>حدد كل ما ينطبق على العضو:</p> <input type="checkbox"/> العضوة حامل أو في فترة ما بعد الولادة (خلال فترة 12 شهرًا) <p>و</p> <input type="checkbox"/> يخضع للتفاوتات العرقية والإثنية على النحو المحدد في بيانات الصحة العامة في كاليفورنيا بشأن معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات النفاسية (السود، أو الهنود الأمريكيون، أو سكان ألاسكا الأصليين، أو سكان جزر المحيط الهادئ)

**FOR ECM PROVIDERS ONLY:** Is the member on the Population of Focus engagement list provided by CalOptima Health?  Yes  No

If yes, please indicate all applicable Populations of Focus for which the member is eligible: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_