



CalAIM 社區支援轉介表

會員姓名： _____ CIN 號碼： _____

備注：會員必須符合 CalOptima Health 的資格。

步驟 1：請填寫以下所有適用信息，然後繼續進行步驟 2 和步驟 3。有星號*的欄位為必填欄位。

轉介資訊：

轉介日期*：由 _____ 轉介*： _____
機構或與會員的關係*： _____
提交轉介的醫療服務者的國家醫療服務者識別號 (National Provider Identifier, NPI) (如果適用)： _____
電話*： _____ 傳真： _____ 電子郵箱*： _____

會員資訊：

會員姓名*： _____ CIN 號碼*： _____
會員生日*： _____ 家庭醫生 (Primary Care Provider, PCP): _____
電話： _____ 電子郵件： _____
會員的首選語言*： _____ 會員目前在醫院嗎？ _____

步驟 2：請在會員有興趣獲得的社區支援的方框處做標記。以下頁面提供有關社區支援的其他資格資訊。請在提交前填寫所有必需填的選框。

步驟 3：將填妥的轉介表和佐證文件傳真或寄至 CalOptima Health。

CalOptima Health 社區支援醫療網聯繫信息

醫療網	客戶服務 電話號碼(會員專線)	轉介提交	郵寄地址：
CalOptima Health Direct 和醫療網	1-888-587-8088	傳真: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856

住房服務

<input type="checkbox"/>	<p>住房過渡導航服務</p> <p>協助會員取得住房並準備搬入。</p>	<p>請選擇 1 項適用選項：</p> <p><input type="checkbox"/> 會員是無家可歸的</p> <p style="text-align: center;">或者</p> <p><input type="checkbox"/> 會員正面臨無家可歸的風險，住房存在重大障礙</p> <p style="text-align: center;">或者</p> <p><input type="checkbox"/> 透過 Orange County Coordinated Entry System（橙縣協調入住系統），會員可優先獲得永久支持性住房或租金補貼</p>
<input type="checkbox"/>	<p>住房押金</p> <p>確定、安排和資助基本家庭的入住費用和服務（不包括食宿）。會員必須有取得過渡性住房指向服務。</p>	<p>選擇全部適用的答案：</p> <p><input type="checkbox"/> 會員無家可歸或面臨無家可歸的風險</p> <p><input type="checkbox"/> 會員正在接受住房過渡導航服務</p> <p style="padding-left: 40px;">輸入住房導航服務者的名稱：_____</p> <p style="padding-left: 40px;">（將要求該服務者提供更多文件。）</p> <p><input type="checkbox"/> 透過 Orange County Coordinated Entry System（橙縣協調入住系統），會員可優先獲得永久支持性住房或租金補貼</p> <p>以前有接受過這項服務嗎？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>房屋租賃和維護服務</p> <p>在獲得住房後，提供訓練、輔導和支援以維持安全且穩定的租約關係。</p>	<p>選擇全部適用的答案：</p> <p><input type="checkbox"/> 會員是無家可歸的</p> <p><input type="checkbox"/> 會員正在接受住房過渡導航服務</p> <p style="padding-left: 40px;">輸入住房導航服務者的名稱：_____</p> <p style="padding-left: 40px;">（將要求該服務者提供更多文件。）</p> <p><input type="checkbox"/> 透過 Orange County Coordinated Entry System（橙縣協調入住系統），會員可優先獲得永久支持性住房或租金補貼</p> <p>以前有接受過這項服務嗎？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>日間復健服務</p> <p>幫助會員掌握保持在自然環境所需的自助技能、社交和適應技能。）</p>	<p>請選擇 1 項適用選項：</p> <p><input type="checkbox"/> 會員是無家可歸的</p> <p><input type="checkbox"/> 面臨無家可歸或被收容的風險</p> <p><input type="checkbox"/> 在過去 24 個月內離開無家可歸的狀況併已經入住房屋</p>

為急症住院後或離開護理機構後提供的服務

<input type="checkbox"/>	<p>復健護理</p> <p>為不再需要住院但仍需要從受傷、疾病或心理健康狀況中康復過來的個人提供短期住宿護理。</p>	<p>請選擇 1 項適用選項：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 會員無家可歸或面臨無家可歸的風險 <input type="checkbox"/> 會員有住院風險或已出院 <input type="checkbox"/> 會員獨居，沒有正式的支持 <p><i>請附上復健護理或STPHH轉介表</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>短期出院後住房 (Short-Ter Post-Hospitalization Housing, STPHH)</p> <p>為有高度醫療或行為健康需求的會員提供協助，讓其在出院後能夠取得短期住房、使用康復設施、康復護理或其他設施。</p>	<p>選擇全部適用的答案：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 會員無家可歸或面臨無家可歸的風險 <p style="text-align: center;">並且</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 會員正在離開康復護理、住院、物質使用障礙治療院所、心理健康治療院所、懲教所或療養院 <p><i>請附上復健護理或STPHH轉介表</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>社區過渡服務：</p> <p>提供護理設施到回家的過渡。</p>	<p>查看以下資格標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 目前正在接受醫療必要的護理機構護理級別 (level of care, LOC) 服務，並且選擇回家並繼續接受醫療必要的護理機構 LOC 服務，而不是留在護理機構或醫療暫托環境中；並且 2. 在療養院或醫療暫托場所居住超過 60 天；並且 3. 有興趣搬回社區；並且 4. 能夠在社區中安全居住，並獲得適當且具成本效益的支援和服務 <p>會員符合本節中的所有標準才有資格：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>以前有接受過這項服務嗎？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>A. 護理設施過渡到輔助生活設施</p> <p>將會員從護理機構轉變為老人住宅護理機構或成人住宅機構。</p>	<p>查看以下資格標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 已在護理機構居住 60 天以上；並且 2. 願意居住在輔助生活環境中作為護理機構的替代方案；並且 3. 能夠安全地居住在輔助生活設施中，並獲得適當且具成本效益的支援和服務 <p>會員符合本節中的所有標準才有資格：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>以前有接受過這項服務嗎？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/></p>

在家中提供的服務

<input type="checkbox"/>	<p>B. 護理設施轉移至輔助生活設施</p> <p>如果沒有這種支持，需要居住在護理機構中的過渡會員將其轉入老人住宅護理機構或成人住宅機構。</p>	<p>查看以下資格標準：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 有興趣搬回社區；并且 <input type="checkbox"/> 能夠安全地居住在輔助生活設施中，並獲得適當且具成本效益的支援和服務；并且 <input type="checkbox"/> 目前必須正在接受醫療上必要的護理機構 LOC 服務或符合在輔助生活機構接受這些服務的最低標準 <p>會員符合本節中的所有標準才有資格：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>以前有接受過這項服務嗎？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>個人護理和家政服務</p> <p>為在日常生活(activities of daily living, ADLs)需要幫助的會員提供個人護理和家政服務。</p>	<p>選擇全部適用的答案：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 會員有住院或入住護理機構的風險 <input type="checkbox"/> 會員存在功能缺陷且沒有足夠的支援系統 <p align="center">並且</p> <p>請選擇 1 項適用選項：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 會員已獲得居家支援服務 (In-Home Supportive Services, IHSS) 批准，並已提出增加服務時間的請求，但該請求仍在等待中 <input type="checkbox"/> 會員已申請 IHSS，等待評估完成 <p>家人或朋友有興趣成為照護者嗎？</p> <p>是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>暫托服務：</p> <p>為需要間歇性臨時監管的會員的護理人員提供暫托護理。此服務與醫療暫託或復健護理不同，僅為護理人員提供休息。</p> <p>每年限制為 336 小時。</p>	<p>回答以下所有部分：</p> <p>居家暫托服務是在會員自己的家中或用作家的其他地點提供的。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 取決於合資格的護理人員，如果沒有合資格的護理人員，會員將需要在護理機構中 <p>會員需要臨時照護者的具體日期和時間：</p> <p>日期: _____</p> <p>時間: _____</p> <p>會員還有其他提供照護者的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 居家支援服務 (IHSS) <input type="checkbox"/> 社區成人服務 (Community-Based Adult Services, CBAS) <input type="checkbox"/> 區域中心 <input type="checkbox"/> 私人護理人員 <input type="checkbox"/> 不適用 <p>會員是否需要立即照護服務？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>

在家裏提供的服務

醫療定制膳食和/或醫學營養療法
從醫院或療養院出院後因醫療需求時，在家中為會員提供醫療定制膳食。

選擇全部適用的答案:

會員目前正在醫院或護理機構中，醫療定制膳食是出院計劃的一部分。（這將觸發一個加急請求。）

會員必須符合以下其中一項醫療條件：

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 關節炎 | <input type="checkbox"/> 有記錄的嚴重食物過敏（如乳糜瀉、花生等） |
| <input type="checkbox"/> 自體免疫疾病 | <input type="checkbox"/> 末期肝病 |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 高膽固醇 |
| <input type="checkbox"/> 心血管疾病 | <input type="checkbox"/> 高風險圍產期疾病 |
| <input type="checkbox"/> 充血性心臟衰竭（CHF） | <input type="checkbox"/> 高血壓 |
| <input type="checkbox"/> 慢性或殘疾精神/行為健康障礙 | <input type="checkbox"/> 發炎性腸道疾病 |
| <input type="checkbox"/> 慢性腎臟病（CKD） | <input type="checkbox"/> 嚴重的神經認知障礙 |
| <input type="checkbox"/> 慢性肺部疾病 | <input type="checkbox"/> 肥胖 |
| <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 (COPD) | <input type="checkbox"/> 嘌呤關節炎（痛風） |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病前期、糖尿病或妊娠糖尿病 | <input type="checkbox"/> 中風 |
| <input type="checkbox"/> 咀嚼食物困難（例如，有線下顎） | <input type="checkbox"/> 其他（請說明）：
_____ |

或者

會員必須符合以下 1 項使用標準條件：

- 近期從醫院或專業護理機構出院
- 住院或護理機構安置的高風險
- 有大量的護理協調需求

如果是，請描述：

會員有特殊飲食習慣嗎？ 是 否

如果是，請描述：

會員正在接受來自當地、州或聯邦政府資助的計劃的其他送餐服務

有冰箱嗎？ 是 否

有辦法安全地重新加熱食物嗎？ 是 否

在家裏提供的服務

<input type="checkbox"/>	環境可及性適應 提供對住處的身體適應的服務，以確保會員的健康、福利和安全，或在家中繼續生活。	需要申請個人應急系統 (Personal Emergency Response System, PERS) ? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 選擇全部適用的答案: <input type="checkbox"/> 會員有或入住護理機構的風險 並且 <input type="checkbox"/> 會員已與家庭醫生(primary care provider, PCP) 討論了需要改造房屋的問題 <input type="checkbox"/> PCP 已記錄了此項服務的醫療需求，並將根據要求提供文件 以前有接受過這項服務嗎？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	哮喘治療 為會員提供有關在家中採取的行動的信息，以減輕可能引發氣喘症狀的環境暴露，並提供所需的設備。	選擇全部適用的答案: <input type="checkbox"/> 會員在過去 12 個月內曾接受過急診就診或住院治療 <input type="checkbox"/> 會員在過去 12 個月內曾有 2 次生病或緊急護理就診 <input type="checkbox"/> 會員氣喘控制測驗得分為 19 分或更低 並且 <input type="checkbox"/> PCP 已記錄了此項服務的醫療需求，並將根據要求提供文件 以前有接受過這項服務嗎？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/>