



CalAIM 지역사회 지원 의뢰 양식

회원 이름: _____ CIN: _____

메모: 회원은 CalOptima Health 에 자격이 되어야 합니다.

1 단계: 아래에 해당하는 모든 정보를 입력하고 2 단계 및 3 단계로 이동하십시오. 별표(*)가 되어 있는 항목은 입력이 필요합니다.

의뢰 정보:

의뢰 날짜*:	_____	의뢰한 사람*:	_____
기관 또는 회원과의 관계*:	_____		
의뢰한 의료 제공자의 National Provider Identifier (NPI) (해당되는 경우):	_____		
전화번호*:	_____	팩스:	_____
		이메일*:	_____

회원 정보:

회원 이름*:	_____	CIN*:	_____
회원 생년월일*:	_____	주치의(PCP):	_____
전화번호:	_____	이메일:	_____
회원의 선호하는 언어*:	_____	현재 회원은 병원에 입원하였습니까?	_____

2 단계: 회원이 받길 원하는 지역사회 지원 박스에 표시하십시오. 다음 페이지들에는 지역사회 지원에 대한 추가 자격 정보를 제공합니다. **제출하기 전에 필수 박스를 모두 작성해 주십시오.**

3 단계: 작성된 의뢰 양식과 지원 서류를 CalOptima Health 로 팩스나 우편으로 보내십시오.

CalOptima Health 지역사회 지원 건강 네트워크 연락처 정보

건강 네트워크	고객 서비스 전화번호(회원을 위한)	의뢰 제출	우편 주소
CalOptima Health Direct 및 건강 네트워크	1-888-587-8088	팩스: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856

거주지 서비스

□	<p>주거이전/내비게이션 서비스</p> <p>회원들이 거주지를 찾고 입주 준비를 하는데 도와드립니다.</p>	<p>해당되는 항목 1 개를 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 노숙자임</p> <p style="text-align: center;">또는</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 주거에 대한 상당한 장벽으로 인해 노숙 위기에 처해 있음</p> <p style="text-align: center;">또는</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 Orange County Coordinated Entry System 을 통한 영구 지원 주택 또는 임대 보조금을 받기 위한 우선순위에 있음</p>
□	<p>거주지 보증금</p> <p>숙식을 제외한 기본 가구를 위한 입주 비용과 그에 관련된 서비스를 식별하고 조정함. 회원은 Housing Transition Navigation Services (주택 전환 탐색 서비스)를 받고 있어야 함.</p>	<p>해당되는 모든 것을 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 노숙자 또는 노숙 위기에 처해있음</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 Housing Transition Navigation Services 를 받고있음 주택 탐색 제공자 이름을 입력하십시오: _____ (이 제공자에게 추가 서류가 요청될 것임.)</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 Orange County Coordinated Entry System 을 통한 영구 지원 주택 또는 임대 보조금을 받기 위한 우선순위에 있음</p> <p>이전에 이 서비스를 받아보셨습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/></p>
□	<p>주택 임대 및 유지 서비스</p> <p>안정적인 거주지가 확보된 후 임대를 유지하기 위한 교육, 코칭 및 지원을 제공함.</p>	<p>해당되는 모든 것을 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 노숙자임</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 Housing Transition Navigation Services 를 받았음 주택 탐색 제공자 이름을 입력하십시오: _____ (이 제공자에게 추가 서류가 요청될 것임.)</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 Orange County Coordinated Entry System 을 통한 영구 지원 주택 또는 임대 보조금을 받기 위한 우선순위에 있음</p> <p>이전에 이 서비스를 받아보셨습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/></p>
□	<p>주간 재활</p> <p>그들의 일상적 환경에서 생활하는 데 필요한 자조</p>	<p>해당되는 항목 1 개를 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 노숙자임</p>

기술, 사회화 및 적응 기술을 지원함.	<input type="checkbox"/> 회원은 노숙 생활 또는 시설 수용 위기에 처함 <input type="checkbox"/> 회원은 지난 24 개월 동안 노숙 생활을 마치고 주택에 입주했음
-----------------------	--

긴급치료 입원 이후 또는 간호시설 입원 이후를 위해 제공되는 서비스	
<input type="checkbox"/> 회복 치료 더 이상 입원이 필요하지 않지만 부상, 질병 또는 정신 건강 문제로 인해 여전히 치료가 필요한 개인을 위해 단기 주거 치료를 제공함.	해당되는 항목 1 개를 선택하십시오: <input type="checkbox"/> 회원은 노숙자 또는 노숙 위기에 처해 있음 <input type="checkbox"/> 회원은 입원 위험이 있거나 입원 후 임 <input type="checkbox"/> 회원은 공식적인 지원 없이 혼자 살고 있음 <u>회복 치료 또는 STPHH 의뢰 양식을 첨부하십시오</u>
<input type="checkbox"/> 입원 후 단기 주거지(STPHH) 병원, 회복 시설, 영양 치료 또는 기타 시설을 떠난 후 단기 거주지로 의료 또는 행동 건강 필요 사항이 높은 회원을 지원	해당되는 모든 것을 선택하십시오: <input type="checkbox"/> 회원은 노숙자 또는 노숙 위기에 처해 있음 <p style="text-align: center;">그리고</p> <input type="checkbox"/> 회원이 영양 치료, 병원 입원, 주거 약물 남용 장애 치료 시설, 주거 정신 건강 치료 시설, 구치소 또는 영양 시설에서 퇴원하는 경우 <u>회복 치료 또는 STPHH 의뢰 양식을 첨부하십시오</u>
<input type="checkbox"/> 지역사회 전환 서비스 영양시설에서 가정으로의 전환을 제공	다음 자격 기준을 검토하십시오: <ol style="list-style-type: none"> 1. 현재 의학적으로 필요한 영양 시설 수준 치료(LOC) 서비스를 받고 있으며, 영양 시설이나 의료 휴양 시설에 머무르는 대신 집으로 돌아가 의학적으로 필요한 영양 시설 LOC 서비스를 계속 받기로 선택함 및 2. 영양원이나 의료 영양 시설에서 60일 이상 거주함 및 3. 지역사회로 돌아가는 데 관심이 있음 및 4. 적절하고 비용 효율적인 지원 및 서비스를 통해 지역사회에서 안전하게 생활할 수 있음 회원은 다음 섹션의 모든 기준을 충족해야 자격이 됩니다: 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 이전에 이 서비스를 받아보셨습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/>

□	<p>A. 요양 시설에서 생활 보조 시설로 전환</p> <p>요양시설에 있는 회원을 노인 및 성인을 위한 주거 치료 시설로 전환함.</p>	<p>다음 자격 기준을 검토하십시오:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 요양 시설에서 60일 이상 거주한 경우 및 2. 요양 시설의 대안으로 보조 생활 시설에서 생활할 의향이 있는 경우 및 3. 적절하고 비용 효율적인 지원 및 서비스를 통해 보조 생활 시설에서 안전하게 거주할 수 있는 경우 <p>회원은 다음 섹션의 <u>모든</u> 기준을 충족해야 자격이 됩니다: 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p> <p>이전에 이 서비스를 받아보셨습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/></p>
---	--	---

집에서 제공되는 서비스		
□	<p>B. 요양 시설에서 생활 보조 시설로 전환</p> <p>이러한 지원이 없다면 요양 시설에 거주해야 하는 회원은 대신 주거 요양 시설로 전환해야 함.</p> <p>노인 및 성인을 위한 주거시설.</p>	<p>다음 자격 기준을 검토하십시오:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 지역사회로 돌아가는 데 관심이 있음 및 □ 적절하고 비용 효율적인 지원 및 서비스를 통해 보조 생활 시설에서 안전하게 거주할 수 있고 원하는 경우 및 □ 현재 의료적으로 필요한 요양 시설 LOC 서비스를 받고 있거나 보조 생활 시설에서 해당 서비스를 받기 위한 최소 기준을 충족해야 함. <p>회원은 다음 섹션의 <u>모든</u> 기준을 충족해야 자격이 됩니다: 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p> <p>이전에 이 서비스를 받아보셨습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/></p>
□	<p>개인 관리 및 가사도우미 서비스</p> <p>생활(ADLs) 활동에 도움이 필요한 회원에게 개인 관리 및 가사도우미 서비스 제공함</p>	<p>해당되는 모든 것을 선택하십시오:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 회원은 요양 시설 또는 병원에 입원할 위험이 있음 □ 회원은 일상 생활을 하는 데 결함이 있고 주위에 적절한 지원이 없음 <p style="text-align: center;"><u>그리고</u></p> <p>해당되는 항목 1 개를 선택하십시오:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 회원은 가정 내 지원 서비스(IHSS)에 대한 승인을 받았으며 추가 시간 요청이 아직 보류 중임 □ 회원은 IHSS 를 신청했으며 평가가 완료되기를 기다리고 있음

		<p>가족이나 친구 중에 간병인이 되는 데 관심이 있는 사람이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/></p>		
<p><input type="checkbox"/> 임시 간호 서비스</p> <p>간헐적으로 임시 감독이 필요한 회원의 간병인에게 임시 휴식을 제공함. 이 서비스는 의료적 휴식이나 회복 치료와 다르며 간병인에게만 휴식을 제공함.</p> <p>제한은 연간 336 시간.</p>		<p>아래 모든 섹션에 답하십시오:</p> <p>가정 내 휴식 서비스는 회원의 집이나 집으로 사용되는 다른 장소에서 제공됩니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 자격을 갖춘 간병인이 있고 없다면 회원은 요양 시설에 있어야 합니다.</p> <p>회원에게 휴식 간병인이 필요한 특정 날짜와 시간이 있습니다:</p> <p>날짜: _____</p> <p>시간: _____</p> <p>회원은 간병인이 제공되는 다음과 같은 기타 서비스가 있습니다:</p> <p><input type="checkbox"/> 가정 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)</p> <p><input type="checkbox"/> 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS)</p> <p><input type="checkbox"/> 지역센터</p> <p><input type="checkbox"/> 개인 간병인</p> <p><input type="checkbox"/> 해당 않됨</p> <p>회원은 즉시 간병 서비스가 필요합니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p>		
<p>집에서 제공되는 서비스</p>				
<p><input type="checkbox"/> 의료적으로 맞춤형 식사 및/또는 의료 영양 요법</p> <p>병원이나 요양원에서 퇴원한 회원에게 의료적 맞춤형 식사를 택으로 제공함.</p>		<p>해당되는 모든 것을 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 현재 병원이나 요양 시설에 있으며 의료적으로 맞춤형 식사가 퇴원 계획에 포함되어 있습니다. <i>(이것은 요청이 신속 처리되게 합니다.)</i></p> <p>회원은 다음 건강 상태 중 하나를 충족해야 합니다:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 관절염</p> <p><input type="checkbox"/> 자가면역 질환</p> <p><input type="checkbox"/> 암</p> <p><input type="checkbox"/> 심혈관 질환</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 문서화된 심각한 음식 알레르기(예: 셀리악질환, 땅콩 등)</p> <p><input type="checkbox"/> 말기 간 질환</p> <p><input type="checkbox"/> 고콜레스테롤</p> <p><input type="checkbox"/> 고위험 주산기 질환</p> </td> </tr> </table>	<p><input type="checkbox"/> 관절염</p> <p><input type="checkbox"/> 자가면역 질환</p> <p><input type="checkbox"/> 암</p> <p><input type="checkbox"/> 심혈관 질환</p>	<p><input type="checkbox"/> 문서화된 심각한 음식 알레르기(예: 셀리악질환, 땅콩 등)</p> <p><input type="checkbox"/> 말기 간 질환</p> <p><input type="checkbox"/> 고콜레스테롤</p> <p><input type="checkbox"/> 고위험 주산기 질환</p>
<p><input type="checkbox"/> 관절염</p> <p><input type="checkbox"/> 자가면역 질환</p> <p><input type="checkbox"/> 암</p> <p><input type="checkbox"/> 심혈관 질환</p>	<p><input type="checkbox"/> 문서화된 심각한 음식 알레르기(예: 셀리악질환, 땅콩 등)</p> <p><input type="checkbox"/> 말기 간 질환</p> <p><input type="checkbox"/> 고콜레스테롤</p> <p><input type="checkbox"/> 고위험 주산기 질환</p>			

- | | | |
|--|--|---|
| | <input type="checkbox"/> 울혈성 심부전 (CHF)
<input type="checkbox"/> 만성 또는 장애를 유발하는 정신/행동 건강 장애
<input type="checkbox"/> 만성 신장 질환 (CKD)
<input type="checkbox"/> 만성 폐 질환
<input type="checkbox"/> 만성 폐쇄성 폐 질환 (COPD)
<input type="checkbox"/> 당뇨 전단계, 당뇨병 또는 임신성 당뇨병
<input type="checkbox"/> 음식을 씹는 데 어려움(예: 와이어드 턱) | <input type="checkbox"/> 고혈압
<input type="checkbox"/> 염증성 장 질환
<input type="checkbox"/> 주요 신경 인지 장애
<input type="checkbox"/> 비만
<input type="checkbox"/> 퓨린 관절염(통풍)
<input type="checkbox"/> 뇌졸중
<input type="checkbox"/> 기타 (설명이 필요):
<hr/> <hr/> |
|--|--|---|

또는

회원은 다음 이용 기준 중 하나를 충족해야 합니다:

- 회원은 최근 병원 또는 전문 요양 시설에서 퇴원함
- 회원은 병원 또는 요양시설 입원의 위험이 높음
- 회원은 광범위한 치료 조정이 필요함

예라면, 설명하십시오:

회원은 특별 식단을 섭취하고 있습니까? 예 아니오

예라면, 설명하십시오:

회원은 지역, 주 또는 연방 자금 지원 프로그램에서 다른 식사 배달 서비스를 받고 있음

냉장고가 있으십니까? 예 아니오

식사를 안전하게 데울 수 있는 방법이 있으십니까? 예 아니오

집에서 제공되는 서비스

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 환경 접근성 적응
회원의 건강, 복지 및 안전을 보장하거나 회원이 집에서 | 개인 비상 대응 시스템(PERS)에 대한 요청? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
해당되는 모든 것을 선택하십시오:
<input type="checkbox"/> 회원은 요양 시설에 수용될 위험이 있음 |
|---|---|

	<p>독립적으로 생활할 수 있도록 돕는 데 필요한 가정 환경의 신체적 개조를 제공.</p>	<p style="text-align: center;"><u>그리고</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 회원은 주치의(PCP)와 주택 개조 필요성에 대해 논의했습니다. <input type="checkbox"/> PCP 는 이 서비스에 대한 의료적 필요성을 문서화했으며 요청 시 문서를 제공할 것입니다. <p>이전에 이 서비스를 받아보셨습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>천식 치료</p> <p>천식 증상을 유발할 수 있는 환경 노출을 완화하기 위해 집 주변에서 취할 수 있는 조치에 대한 정보를 회원들에게 제공하고 필요한 장비를 제공.</p>	<p>해당되는 모든 것을 선택하십시오:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 회원은 지난 12 개월 동안 응급실을 방문하거나 또는 입원을 한적이 있습니다. <input type="checkbox"/> 회원은 지난 12 개월 동안 2 회의 병가 또는 긴급 진료 방문을 한적이 있습니다. <input type="checkbox"/> 회원은 천식 조절 검사에서 19 점 또는 이하를 받았습니다. <p style="text-align: center;"><u>그리고</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PCP 는 이 서비스에 대한 의료적 필요성을 문서화했으며 요청 시 문서를 제공할 것입니다. <p>이전에 이 서비스를 받아보셨습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/></p>