



Mẫu đơn Giới thiệu Dịch vụ Hỗ Trợ Cộng đồng của Chương trình CalAIM

Tên của Thành Viên: _____ Số ID Thành Viên (CIN): _____

Lưu ý: Thành viên phải hội đủ điều kiện với CalOptima Health.

Bước 1: Xin điền thông tin vào tất cả những phần có áp dụng bên dưới và chuyển qua Bước 2 và 3. Cần điền thông tin vào những phần có đánh dấu sao*.

Thông tin Giới thiệu:

Ngày Giới Thiệu*:	_____	Người Giới Thiệu*:	_____
Cơ Quan hoặc Mối Quan Hệ với Thành Viên*:	_____		
Mã Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Quốc Gia (National Provider Identifier, NPI) của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ thực hiện việc Giới Thiệu (nếu có):	_____		
Số Điện Thoại*:	_____	Số Fax:	_____
Email*:	_____		

Thông tin của Thành viên:

Tên của Thành Viên*:	_____	Số ID Thành Viên (CIN)*:	_____
Ngày Sinh của Thành Viên*:	_____	Bác Sĩ Gia Đình (Primary Care Provider, PCP):	_____
Số Điện Thoại:	_____	Email:	_____
Ngôn Ngữ mà Thành Viên muốn Sử Dụng*:	_____	Thành Viên Hiện có đang Nằm Viện?	_____

Bước 2: Xin đánh dấu vào những ô dành cho dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng nào mà thành viên muốn nhận. Các trang sau cung cấp thêm thông tin về sự hội đủ điều kiện cho dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng. **Xin hoàn tất tất cả các ô vuông được yêu cầu trước khi nộp mẫu đơn giới thiệu.**

Bước 3: Xin fax hoặc gửi qua đường bưu điện mẫu đơn giới thiệu đã được điền đầy đủ và các tài liệu hỗ trợ đến CalOptima Health.

Thông Tin Liên Lạc của Nhóm Y Tế cho dịch vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng của CalOptima Health

Nhóm Y Tế	Số Điện Thoại của Văn Phòng Dịch Vụ (dành cho Thành Viên)	Nộp giấy Giới thiệu	Địa chỉ Gửi thư
CalOptima Health Direct và các Nhóm Y tế	1-888-587-8088	Số fax: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856

Các Dịch Vụ Nhà Ở

<input type="checkbox"/>	<p>Dịch vụ Chuyển đổi Hướng dẫn về Nhà ở</p> <p>Trợ giúp thành viên trong việc có được nhà ở và chuẩn bị chuyển vào.</p>	<p>Chọn 1 phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư</p> <p align="center"><u>HOẶC</u></p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang có nguy cơ bị vô gia cư với các khó khăn đáng kể về nhà ở</p> <p align="center"><u>HOẶC</u></p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên được ưu tiên nhận nhà ở trợ cấp lâu dài hoặc trợ cấp tiền thuê nhà thông qua Hệ Thống Bố Trí Gia Cư của Quận Cam</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Đặt cọc cho Nhà ở</p> <p>Xác định, điều phối và tài trợ các chi phí và dịch vụ để dọn vào một nơi ở cơ bản, không bao gồm chi phí ăn ở. Thành viên phải đang nhận các Dịch vụ Chuyển đổi Hướng dẫn về Nhà ở.</p>	<p>Chọn tất cả các phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư hoặc có nguy cơ bị vô gia cư</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang nhận các Dịch vụ Chuyển đổi Hướng dẫn về Nhà ở.</p> <p align="center">Xin ghi tên của nhà cung cấp dịch vụ hướng dẫn về nhà ở:</p> <p align="center">_____</p> <p align="center"><i>(Sẽ yêu cầu tài liệu bổ sung từ nhà cung cấp dịch vụ này.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên được ưu tiên nhận nhà ở trợ cấp lâu dài hoặc trợ cấp tiền thuê nhà thông qua Hệ Thống Bố Trí Gia Cư của Quận Cam</p> <p>Đã nhận dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Dịch vụ Thuê và Duy trì Nhà ở</p> <p>Cung cấp sự hướng dẫn, huấn luyện và trợ giúp để duy trì việc thuê nhà an toàn và ổn định sau khi nhà ở được bảo đảm.</p>	<p>Chọn tất cả các phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đã nhận các Dịch vụ Chuyển đổi Hướng dẫn về Nhà ở</p> <p align="center">Xin ghi tên của nhà cung cấp dịch vụ hướng dẫn về nhà ở:</p> <p align="center">_____</p> <p align="center"><i>(Sẽ yêu cầu tài liệu bổ sung từ nhà cung cấp dịch vụ này.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên được ưu tiên cho nhà ở trợ cấp lâu dài hoặc trợ cấp tiền thuê nhà thông qua Hệ Thống Bố Trí Gia Cư Quận Cam</p> <p>Đã nhận dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Chương trình Ban ngày để Phát triển Kỹ năng và sự Độc lập</p> <p>Hỗ trợ thành viên với các kỹ năng phát triển bản thân, giao tiếp xã hội và các kỹ năng thích nghi cần thiết để tiếp tục sống tại nơi ở bình thường của họ.</p>	<p>Chọn 1 phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên có nguy cơ bị vô gia cư hoặc phải vào trung tâm điều trị</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên không còn bị vô gia cư và tìm được nơi ở trong vòng 24 tháng qua</p>

Các Dịch Vụ Cung Cấp cho việc Nhập Viện Chăm Sóc Sau Cấp Tính hoặc Nhập Viện Vào Trung Tâm Sau Điều Dưỡng		
<input type="checkbox"/>	<p>Chăm Sóc Hồi Phục</p> <p>Cung cấp dịch vụ chăm sóc nội trú ngắn hạn cho những cá nhân không cần nằm viện nữa, nhưng vẫn cần được hồi phục sau khi bị thương tích, bệnh tật hoặc tình trạng sức khỏe tâm thần.</p>	<p>Chọn 1 phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư hoặc có nguy cơ bị vô gia cư</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang có nguy cơ nhập viện hoặc đang trong giai đoạn sau nhập viện</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên sống một mình mà không được sự hỗ trợ chính thức</p> <p><i>Xin đính kèm Mẫu Đơn Giới Thiệu Chăm Sóc Hồi Phục hoặc Nhà Ở Ngắn Hạn Sau Khi Nhập Viện</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Nhà Ở Ngắn Hạn Sau Khi Nhập Viện (Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH)</p> <p>Trợ giúp về nhà ở ngắn hạn cho các thành viên có nhu cầu cao về y tế hoặc sức khỏe hành vi sau khi rời khỏi bệnh viện, trung tâm phục hồi, chăm sóc hồi phục hoặc các trung tâm khác.</p>	<p>Chọn tất cả các phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư hoặc có nguy cơ bị vô gia cư</p> <p style="text-align: center;"><u>VÀ</u></p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang rời khỏi dịch vụ chăm sóc hồi phục, bệnh viện nội trú, trung tâm nội trú điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện, trung tâm nội trú điều trị sức khỏe tâm thần, trung tâm cải huấn hoặc trung tâm điều dưỡng</p> <p><i>Xin đính kèm Mẫu Đơn Giới Thiệu Chăm Sóc Hồi Phục hoặc Nhà Ở Ngắn Hạn Sau Khi Nhập Viện</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Dịch Vụ Chuyển Tiếp Cộng Đồng</p> <p>Cung cấp dịch vụ chuyển tiếp từ trung tâm điều dưỡng về nhà.</p>	<p>Xem xét các tiêu chuẩn hội đủ điều kiện sau đây:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hiện đang nhận các dịch vụ cần thiết về mặt y khoa ở cấp độ chăm sóc (Level of Care, LOC) của trung tâm điều dưỡng và, thay vì tiếp tục ở lại trung tâm điều dưỡng hoặc môi trường chăm sóc y tế thay thế, đang chọn lựa để chuyển về nhà và tiếp tục nhận các dịch vụ cần thiết về mặt y khoa ở cấp độ chăm sóc của trung tâm điều dưỡng; và Đã ở hơn 60 ngày tại viện dưỡng lão hoặc nơi chăm sóc y tế thay thế; và Muốn trở lại cộng đồng; và Có khả năng ở một cách an toàn trong cộng đồng với sự trợ giúp và các dịch vụ phù hợp và tiết kiệm chi phí <p>Thành viên đáp ứng TẤT CẢ các tiêu chuẩn trong phần này để đủ điều kiện: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Đã nhận dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>A. <u>Chuyển Tiếp</u> từ Trung Tâm Điều Dưỡng đến Cơ Sở Hỗ Trợ Sinh Hoạt</p> <p>Chuyển tiếp các thành viên từ một trung tâm điều dưỡng vào một Trung Tâm</p>	<p>Xem xét các tiêu chuẩn hội đủ điều kiện sau đây:</p> <ol style="list-style-type: none"> Đã ở hơn 60 ngày tại một trung tâm điều dưỡng; và Muốn sống tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt như một chọn lựa thay thế cho trung tâm điều dưỡng; và

<p>Chăm Sóc Nội Trú cho Người Cao Niên hoặc Trung Tâm Nội Trú cho Người Lớn.</p>	<p>3. Có khả năng ở một cách an toàn tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt với sự trợ giúp và các dịch vụ phù hợp và tiết kiệm chi phí</p> <p>Thành viên phải đáp ứng TẤT CẢ các tiêu chuẩn trong phần này để đủ điều kiện: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Đã nhận dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/></p>
--	---

Các Dịch Vụ Được Cung Cấp tại Nhà

<p><input type="checkbox"/> B. Chuyên Hướng từ Trung Tâm Điều Dưỡng đến Cơ Sở Hỗ Trợ Sinh Hoạt</p> <p>Chuyển tiếp các thành viên, mà nếu không có sự trợ giúp này, sẽ cần phải cư trú trong trung tâm điều dưỡng và thay vào đó chuyển tiếp họ vào một Trung Tâm Chăm Sóc Nội Trú cho Người Cao Niên hoặc Trung Tâm Nội Trú cho Người Lớn.</p>	<p>Xem xét các tiêu chuẩn hội đủ điều kiện sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Muốn tiếp tục sống trong cộng đồng; và <input type="checkbox"/> Muốn và có khả năng ở một cách an toàn tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt với sự trợ giúp và dịch vụ phù hợp và tiết kiệm chi phí; và <input type="checkbox"/> Hiện phải đang nhận các dịch vụ cần thiết về mặt y khoa ở cấp độ chăm sóc của trung tâm điều dưỡng hoặc đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu để nhận các dịch vụ đó tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt <p>Thành viên phải đáp ứng TẤT CẢ các tiêu chuẩn trong phần này để đủ điều kiện: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Đã nhận dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/> Dịch vụ Chăm sóc Cá nhân và Người giúp việc nhà</p> <p>Cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân và người giúp việc nhà cho các thành viên cần giúp đỡ trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (activities of daily living, ADL).</p>	<p>Chọn tất cả các phương án phù hợp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thành viên có nguy cơ phải nhập viện hoặc phải vào trung tâm điều dưỡng <input type="checkbox"/> Thành viên bị suy giảm chức năng và không đủ hệ thống trợ giúp <p style="text-align: center;"><u>VÀ</u></p> <p>Chọn 1 phương án phù hợp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thành viên được chấp thuận để nhận Dịch Vụ Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Nhà (In-Home Supportive Services, IHSS) và đã đưa ra yêu cầu tăng số giờ và yêu cầu này vẫn đang chờ được giải quyết <input type="checkbox"/> Thành viên đã ghi danh cho chương trình IHSS và đang chờ hoàn tất việc thẩm định <p>Thành viên trong gia đình hoặc bạn bè có muốn trở thành người chăm sóc không?</p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/> Dịch vụ Chăm sóc Thay thế để Người chăm sóc được Nghỉ ngơi</p> <p>Cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế cho người chăm sóc của những thành viên cần dịch vụ giám sát tạm</p>	<p>Xin trả lời tất cả những phần sau đây:</p> <p>Dịch vụ Chăm sóc Thay thế Tại nhà để Người chăm sóc được Nghỉ ngơi được cung cấp cho thành viên tại nhà riêng của họ hoặc một địa điểm khác được sử dụng làm nhà.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Phụ thuộc vào người chăm sóc đủ tiêu chuẩn mà nếu không có người đó, thành viên sẽ cần phải ở trong trung tâm điều dưỡng

<p>thời ngắn quãng. Dịch vụ này khác với dịch vụ hỗ trợ phục hồi y tế hoặc chăm sóc phục hồi và chỉ nhằm giúp người chăm sóc được nghỉ ngơi.</p> <p>Giới hạn trong 336 giờ một năm.</p>	<p>Thành viên có những ngày và thời gian cụ thể cho việc cần người chăm sóc thay thế:</p> <p>Các ngày: _____</p> <p>Thời gian: _____</p> <p>Thành viên nhận những dịch vụ khác có cung cấp người chăm sóc:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Nhà (In-Home Supportive Services, IHSS) <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Dành Cho Người Lớn Trong Cộng Đồng (Community-Based Adult Services, CBAS) <input type="checkbox"/> Trung tâm Vùng <input type="checkbox"/> Người chăm sóc riêng <input type="checkbox"/> Không áp dụng <p>Thành viên có cần dịch vụ người chăm sóc ngay lập tức không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p>
---	---

Các Dịch Vụ Được Cung Cấp tại Nhà

<p><input type="checkbox"/> Bữa Ăn Phù Hợp Với các Nhu Cầu về Y Khoa và/hoặc Trị liệu Dinh dưỡng Y tế</p> <p>Cung cấp cho các thành viên Bữa ăn Phù hợp với các Nhu cầu về Y khoa tại nhà sau khi xuất viện, ra khỏi viện dưỡng lão, hoặc khi cần thiết về mặt y khoa.</p>	<p>Chọn tất cả các phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên hiện đang nằm viện hoặc trung tâm điều dưỡng và Bữa ăn Phù hợp với các Nhu cầu về Y khoa là một phần trong kế hoạch xuất viện. <i>(Điều này sẽ dẫn đến một yêu cầu khẩn cấp.)</i></p> <p>Thành viên phải đáp ứng <u>1</u> trong những bệnh trạng sau đây:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Viêm khớp <input type="checkbox"/> Bệnh Tự miễn <input type="checkbox"/> Ung thư <input type="checkbox"/> Rối loạn tim mạch <input type="checkbox"/> Suy tim xung huyết (Congestive heart failure, CHF) <input type="checkbox"/> Rối loạn sức khỏe tâm thần/hành vi mãn tính hoặc làm mất khả năng <input type="checkbox"/> Bệnh thận mãn tính (chronic kidney disease, CKD) <input type="checkbox"/> Rối loạn phổi mãn tính <input type="checkbox"/> Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) <input type="checkbox"/> Tiền tiểu đường, tiểu đường, hoặc bệnh tiểu đường khi mang thai <input type="checkbox"/> Khó nhai thức ăn (thí dụ như hiện tượng cứng hàm) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chứng dị ứng thực phẩm nghiêm trọng đã lưu hồ sơ (thí dụ như bệnh không dung nạp gluten, đậu phụng v.v...) <input type="checkbox"/> Bệnh gan giai đoạn cuối <input type="checkbox"/> Cao mỡ trong máu <input type="checkbox"/> Bệnh trạng trước và sau khi sinh có nguy cơ cao <input type="checkbox"/> Cao huyết áp <input type="checkbox"/> Viêm ruột <input type="checkbox"/> Rối loạn nhận thức thần kinh chính yếu <input type="checkbox"/> Béo phì <input type="checkbox"/> Viêm khớp do purine (bệnh gút) <input type="checkbox"/> Đột quy <input type="checkbox"/> Bệnh khác (xin giải thích): _____ _____ </div>
---	--

HOẶC

Thành viên phải đáp ứng 1 trong những tiêu chuẩn về việc sử dụng dịch vụ sau đây:

- Thành viên vừa mới được xuất viện hoặc ra khỏi trung tâm điều dưỡng chuyên môn
- Thành viên có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc được đưa vào trung tâm điều dưỡng
- Thành viên có nhu cầu điều phối dịch vụ chăm sóc chuyên sâu

Nếu có, xin miêu tả:

Thành viên có chế độ ăn uống đặc biệt không? Có Không

Nếu có, xin miêu tả:

Thành viên đang được nhận dịch vụ giao bữa ăn khác từ các chương trình được địa phương, tiểu bang hoặc liên bang tài trợ

Có tủ lạnh không? Có Không

Có thể hâm nóng các bữa ăn một cách an toàn không? Có Không

Các Dịch Vụ Được Cung Cấp tại Nhà

<input type="checkbox"/> Điều chỉnh Khả năng Tiếp Cận Của Môi Trường Thực hiện những sửa đổi cần thiết về vật chất cho nhà ở để bảo đảm sức khỏe, phúc lợi và sự an toàn của các thành viên, hoặc cho phép các thành viên tiếp tục sống tại nhà của họ.	Yêu cầu Hệ Thống Ứng Phó Cấp Cứu Cá Nhân (Personal Emergency Response System, PERS)? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Chọn tất cả các phương án phù hợp: <input type="checkbox"/> Thành viên có nguy cơ bị đưa vào trung tâm điều trị tại một trung tâm điều dưỡng <p style="text-align: center;"><u>VÀ</u></p> <input type="checkbox"/> Thành viên đã thảo luận về việc cần điều chỉnh nhà ở với bác sĩ gia đình (primary care provider, PCP) <input type="checkbox"/> Bác sĩ gia đình đã ghi lại trong hồ sơ nhu cầu y tế dành cho dịch vụ này và sẽ cung cấp tài liệu khi được yêu cầu Đã nhận dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Điều trị bệnh Hen suyễn Cung cấp thông tin cho các thành viên về những việc cần thực hiện quanh nhà ở để giảm thiểu những tiếp xúc về môi trường có thể gây ra các triệu chứng hen suyễn và cung cấp trang thiết bị cần thiết.	Chọn tất cả các phương án phù hợp: <input type="checkbox"/> Thành viên đã đến phòng cấp cứu hoặc nhập viện trong vòng 12 tháng qua <input type="checkbox"/> Thành viên đã có 2 buổi khám bệnh hoặc chăm sóc khẩn cấp trong vòng 12 tháng qua <input type="checkbox"/> Thành viên có điểm số 19 trở xuống trong Thử Nghiệm Kiểm Soát Hen Suyễn <p style="text-align: center;"><u>VÀ</u></p> <input type="checkbox"/> Bác sĩ gia đình đã ghi lại trong hồ sơ nhu cầu y tế dành cho dịch vụ này và sẽ cung cấp tài liệu khi được yêu cầu Đã nhận dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/>