

نموذج إحالة لخدمات الدعم المجتمعي من CalAIM

اسم العضو: _____ رقم تعريف الشركة (CIN): _____

ملاحظة: ينبغي أن يكون العضو مؤهلاً لعضوية CalOptima Health.
الخطوة 1: يُرجى استيفاء كل المعلومات أدناه والانتقال إلى الخطوة 2 و3.

معلومات الإحالة:

تاريخ الإحالة: _____	أحاله: _____
الوكالة أو الصلة بالعضو: _____	
رقم مُعرّف موّفر الإحالة الوطني (NPI) (إن وجد): _____	
هاتف: _____	فاكس: _____
	بريد إلكتروني: _____

معلومات العضو:

اسم العضو: _____	رقم تعريف الشركة: _____
تاريخ ميلاد العضو: _____	مزود الرعاية الأولية (PCP): _____
هاتف: _____	بريد إلكتروني: _____
لغة العضو المفضلة: _____	هل العضو في المستشفى حالياً؟ _____

الخطوة 2: حدد خانات خدمات الدعم المجتمعي التي يود العضو الحصول عليها. يتوفر في الصفحات التالية معلومات أهلية إضافية حول خدمات الدعم المجتمعي. يُرجى استكمال تحديد الخانات المطلوبة قبل التقديم.

الخطوة 3: يُرجى إرسال نموذج الإحالة والمستندات الداعمة عبر الفاكس أو البريد إلى CalOptima Health إذا كان العضو ينتمي إلى شبكة رعاية صحية أخرى غير Kaiser Permanente. يُرجى إرسال الإحالات عبر البريد الإلكتروني أو البريد إلى Kaiser Permanente مباشرة.

بيانات التواصل مع شبكة الرعاية الصحية التابعة لخدمات الدعم المجتمعي لـ CalOptima Health

عنوان البريد	تقديم الإحالة	خدمة العملاء رقم الهاتف (الأعضاء)	الشبكة الصحية
CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856	فاكس: 1-714-338-3145	1-888-587-8088	CalOptima Health Direct and Health Networks (ما عدا Kaiser Permanente)

Kaiser Permanente Attention: Medi-Cal and State Programs (Second Floor) 393 E. Walnut St. Pasadena, CA 91188	بريد إلكتروني آمن: RegCareCoordCaseMgmt @kp.org	1-866-551-9619	Kaiser Permanente
--	---	----------------	-------------------

خدمات الإسكان			
<p>حدد الخيار الذي ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى</p> <p>أو</p> <p><input type="checkbox"/> يتعرض العضو لخطر العيش بلا مأوى إضافة إلى عوائق سكنية كبيرة</p> <p>أو</p> <p><input type="checkbox"/> يُمنح العضو أولوية في الحصول على الدعم السكني الدائم أو مساعدة في الإيجار عبر Orange Coordinated Entry System بمقاطعة Orange</p>	<p>خدمات المساعدة في الانتقال السكني</p> <p>تُقدم مساعدة للأعضاء للحصول على سكن والاستعداد للانتقال إليه.</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى أو يواجه خطر العيش بلا مأوى</p> <p><input type="checkbox"/> يتلقى العضو خدمات المساعدة في الانتقال السكني</p> <p>أدرج اسم موفر خدمة المساعدة في المسكن: _____ (سيتم طلب مستندات إضافية من هذا الموفر.)</p> <p><input type="checkbox"/> يُمنح العضو أولوية في الحصول على الدعم السكني أو مساعدة في الإيجار عبر نظام Orange Coordinated Entry System بمقاطعة Orange</p> <p>هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>	<p>تأمين الإسكان</p> <p>يخصص، وينسق ويمول نفقات الانتقال والخدمات الأساسية للمعيشة الأساسية باستثناء السكن والغذاء. الأعضاء الواجب تلقيهم خدمات المساعدة في الانتقال السكني.</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى</p> <p><input type="checkbox"/> يتلقى العضو خدمات المساعدة في الانتقال السكني</p> <p>أدرج اسم موفر خدمة المساعدة في المسكن: _____ (سيتم طلب مستندات إضافية من هذا الموفر.)</p> <p><input type="checkbox"/> يُمنح العضو أولوية في الحصول على الدعم السكني أو مساعدة في الإيجار عبر نظام Orange Coordinated Entry System بمقاطعة Orange</p> <p>هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>	<p>خدمات تأجير واستمرار الدعم السكني</p> <p>توفر خدمات التعليم، والتدريب والدعم للحفاظ على الأمن واستدامة الإيجار بمجرد تأمين السكن.</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>حدد الخيار الذي ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى</p> <p><input type="checkbox"/> يتعرض العضو لخطر العيش بلا مأوى أو الرعاية المؤسسية</p> <p><input type="checkbox"/> ظل العضو بلا مأوى ودخل برنامج الإسكان خلال الـ 24 شهرًا الماضية</p>	<p>التأهيل النهاري</p> <p>يساعد الأعضاء في اكتساب مهارات المساعدة الذاتية، والتفاعل الاجتماعي والتكيف اللازمة للعيش في بيئتهم الطبيعية.</p>	<input type="checkbox"/>	

الخدمات المقدمة لدخول الرعاية اللاحقة للحالات الحادة أو دخول مركز ما بعد الرعاية التمريضية

<p>حدد الخيار الذي ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى أو يواجه خطر أن يكون بلا مأوى</p> <p><input type="checkbox"/> يواجه العضو حالة قد تحتاج إلى رعاية المستشفى أو رعاية ما بعد المستشفى</p> <p><input type="checkbox"/> يعيش العضو وحده دون توفر دعم رسمي</p> <p><u>يُرجى إرفاق نموذج رعاية النفاهة أو نموذج إقامة قصيرة الأجل في المستشفى</u></p> <p><i>(Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH)</i></p>	<p>رعاية النفاهة</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>توفر إقامة رعاية قصيرة للأفراد الذين لا يتطلب بقائهم في المستشفى، ولكن ما زالوا في حاجة إلى الاستشفاء من إصابة، أو مرض أو حالة صحية عقلية.</p>
<p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى أو يواجه خطر أن يكون بلا مأوى</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> يخرج العضو من قسم رعاية النفاهة، أو المستشفى، أو مركز علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، أو مركز علاج الصحة العقلية أو مرفق التمريض</p> <p><u>يُرجى إرفاق نموذج رعاية النفاهة أو نموذج إقامة STPHH</u></p>	<p>الإقامة قصيرة الأجل في المستشفى (STPHH)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>تساعد الأعضاء من ذوي الحاجات الطبية أو حاجات الصحة السلوكية المرتفعة من الإقامة قصيرة الأجل بعد مغادرة المستشفى، أو مركز الاستشفاء، أو مركز رعاية النفاهة أو أي منشأة أخرى.</p>
<p>راجع معايير الأهلية الآتية:</p> <p>1. يجري حاليًا تلقي خدمات مستوى الرعاية (Level of Care, LOC) الخاص بمرفق التمريض الضروري من الناحية الطبية، وبدلاً من البقاء في مرفق التمريض أو الراحة الطبية يختار الانتقال إلى المنزل ومتابعة تلقي خدمات LOC الخاص بمركز التمريض الضروري من الناحية الطبية؛ و</p> <p>2. عاش أكثر من 60 يوم في دار رعاية أو مكان استراحة طبية و</p> <p>3. لديه اهتمام بالعودة إلى المجتمع، و</p> <p>4. قادر على العيش في أمان بالمجتمع من خلال الخدمات ووسائل الدعم المناسبة والفعالة من حيث التكلفة.</p> <p>يفي العضو بكافة معايير هذا القسم ليكون مؤهلاً: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>	<p>خدمات الانتقال المجتمعي</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>توفر الانتقال من مرفق التمريض إلى منزل.</p>
<p>راجع معايير الأهلية الآتية:</p> <p>1. أقمت أكثر من 60 يوماً في مرفق تمريض؛ و</p> <p>2. أنوي العيش في مرفق الرعاية الدائمة كبديل عن مرفق التمريض؛ و</p> <p>3. قادر على الإقامة بأمان في مرفق الرعاية الدائمة مع وجود خدمات ومساعدات مناسبة وبتكلفة منخفضة.</p> <p>يستوفي العضو جميع المعايير في هذا القسم: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>	<p>أ. الانتقال من مرفق التمريض إلى مرفق الرعاية الدائمة</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>نقل الأعضاء من مرفق التمريض إلى مرفق الرعاية الدائمة للبالغين وكبار السن.</p>

الخدمات المقدمة في المنزل	
<p>راجع معايير الأهلية الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> مهتم بالبقاء في المجتمع؛ و <input type="checkbox"/> ينوي وقادر على الإقامة بأمان في مرفق الرعاية الدائمة مع وجود خدمات ومساعدات مناسبة وبتكلفة منخفضة؛ و <input type="checkbox"/> يتلقى خدمات LOC والإمدادات الطبية اللازمة من الناحية الطبية أو يستوفي الحد الأدنى من معايير تلقي هذه الخدمات في مرفق الرعاية الدائمة. <p>يستوفي العضو جميع المعايير في هذا القسم: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>	<p>ب: تحويل مرفق التمريض إلى مرفق الرعاية الدائمة</p> <p>انتقال الأعضاء الذين يحتاجون - بدون هذه المساعدة- إلى الإقامة في مركز تمريض وانتقالهم بدلاً من ذلك إلى الرعاية السكنية أو مرفق الرعاية السكنية للبالغين وكبار السن.</p>
<p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> يواجه العضو حالة قد تحتاج إلى رعاية المستشفى أو الاعتماد على مؤسسة في أحد المرافق التمريضية <input type="checkbox"/> لدى المريض عجز وظيفي ولا يتوفر نظام دعم كاف <p>و</p> <p>حدد الخيار الذي ينطبق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> تمت الموافقة على توفير خدمات المساعدة المنزلية (In-Home Supportive Services, IHSS) للعضو و قدم طلباً لزيادة عدد الساعات الذي لا زال معلماً <input type="checkbox"/> تقدم العضو بطلب الحصول على IHSS وينتظر عملية إتمام التقييم <p>هل يرغب أحد أفراد العائلة أو صديق في أن يصبح مقدم رعاية؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>	<p>الرعاية الشخصية وخدمات المهام المنزلية</p> <p>تقديم احتياجات الرعاية المتعلقة بأنشطة الحياة اليومية (ADL) مع الرعاية الشخصية وخدمات المهام المنزلية إلى الأعضاء الذين يحتاجون إلى المساعدة.</p>
<p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> المريض الآن في المستشفى أو مركز التمريض والوجبات الموصى بها طبيًا جزءًا من خطة الخروج من المستشفى. (هذا سيؤدي إلى تقديم طلب عاجل). <p>قائمة الأمراض المزمنة للعضو:</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> خرج العضو مؤخرًا من المستشفى أو مركز خدمات التمريض المتخصصة <input type="checkbox"/> يواجه العضو حالة قد تحتاج إلى رعاية المستشفى أو المرافق التمريضية <input type="checkbox"/> العضو لديه احتياجات تنسيق رعاية مكثفة. نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> <p>إن كانت الإجابة نعم، فأجب عن الآتي:</p> <hr/> <p>يتبع العضو نظام غذائي خاص؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>إن كانت الإجابة نعم، فأجب عن الآتي:</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> يتلقى العضو خدمات وجبات أخرى من برامج محلية أو حكومية أو ممولة فيدراليًا. <input type="checkbox"/> مهتم بالوجبات المعدة مسبقًا الموصى بها طبيًا <input type="checkbox"/> مهتم بصناديق الطعام الموصى بها طبيًا <p>هل لديك ثلاجة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p>	<p>الوجبات الموصى بها طبيًا</p> <p>توفير الوجبات الموصى بها طبيًا للأعضاء في المنزل بعد الخروج من المستشفى أو مركز التمريض.</p>

<p>أجب عن جميع الأقسام أدناه: تتوفر الخدمات المؤقتة المنزلية إلى العضو في منزله/ منزلها أو في أي مكان يُعد منزلاً له.</p> <p><input type="checkbox"/> سواء وُجد مقدم رعاية مؤهل أو لا يوجد، فإنه يتعين إقامة العضو في مركز التمريض</p> <p>هناك أوقات وتواريخ محددة يحتاج فيها العضو إلى مقدم رعاية مؤقت:</p> <p>التواريخ: _____ الأوقات: _____</p> <p>يحتاج العضو إلى خدمات أخرى تشترط وجود مقدم رعاية:</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات الدعم المنزلية (IHSS) <input type="checkbox"/> الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS) <input type="checkbox"/> المركز الإقليمي <input type="checkbox"/> مقدم رعاية شخصي</p>	<p><input type="checkbox"/> الخدمات المؤقتة</p> <p>توفير فترة راحة للمسؤولين عن رعاية الأعضاء الذين يتولون الإشراف على نحو مؤقت. هذه الخدمة مختلفة عن الخدمات الطبية المؤقتة أو خدمات الرعاية في فترة النقاهة، وتوفر الراحة للمسؤولين عن الرعاية فقط.</p> <p>تقتصر على 336 ساعة سنويًا.</p>
<p>تقديم طلب لنظام استجابة الطوارئ الشخصية (Personal Emergency Response System, PERS)؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> يتعرض العضو لخطر الحجز في مرفق التمريض</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> ناقش العضو احتياجه إلى تغييرات في المنزل مع موفر الرعاية الأولية (Primary Care Provider, PCP)</p> <p><input type="checkbox"/> وثق الـ PCP الضرورة الطبية لهذه الخدمة وسيقدم الوثائق مع الطلب</p> <p>هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> التكيف مع الوصول البيني</p> <p>توفير وسائل التكيف المادي للمنزل اللازمة للحفاظ على صحة الأعضاء وسلامتهم وعافيتهم، أو لمساعدة الأعضاء على البقاء في المنزل.</p>
<p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> ذهب العضو إلى قسم الطوارئ أو أقام في المستشفى في الـ 12 شهرًا الماضية</p> <p><input type="checkbox"/> حصل العضو على زيارتين رعاية عاجلة أو مرضية في الـ 12 شهرًا الماضية</p> <p><input type="checkbox"/> حصل المريض على درجة 19 أو أقل في اختبار السيطرة على الربو</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> وثق الـ PCP الاحتياج الطبي لهذه الخدمة وسيقدم الوثائق مع الطلب</p> <p>هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> علاج الربو</p> <p>توفير معلومات للأعضاء حول الإجراءات المتخذة بشأن المنزل لتقليل التعرض البيئي الذي قد يؤدي إلى ظهور أعراض الربو وتوفير المعدات اللازمة.</p>