



فرم معرفی نامه حمایت‌های اجتماعی CalAIM

نام عضو: _____ :CIN _____

توجه: عضو باید واجد شرایط CalOptima Health باشد.
مرحله 1: لطفاً تمام اطلاعات مربوطه را در زیر پر کنید و به مراحل 2 و 3 بروید.

اطلاعات معرفی نامه:

تاریخ معرفی نامه: _____	معرفی شده توسط: _____
سازمان یا نسبت با عضو: _____	
شناسه ملی ارائه‌کننده (National Provider Identifier, NPI) مربوط به ارائه‌کننده معرفی نامه (در صورت وجود): _____	
تلفن: _____	فکس: _____
	ایمیل: _____

اطلاعات عضو:

نام عضو: _____	CIN شماره عضویت: _____
تاریخ تولد عضو: _____	پزشک مراقبتهای درمانی اصلی: _____
تلفن: _____	ایمیل: _____
زبان ترجیحی عضو: _____	آیا عضو در حال حاضر در بیمارستان است؟ _____

مرحله 2: کادرهای مربوط به «حمایت‌های اجتماعی» را که عضو علاقه‌مند به دریافت آنها است علامت بزنید. اطلاعات بیشتر در مورد واجد شرایط بودن برای «حمایت‌های اجتماعی» در صفحات زیر ارائه شده است. **لطفاً تمام کادرهای انتخاب الزامی را قبل از ارسال تکمیل کنید.**

مرحله 3: در صورتی که عضو متعلق به شبکه درمانی غیر از Kaiser Permanente است، فرم معرفی نامه تکمیل شده و مدارک تأییدکننده لازم را با فکس یا پست به CalOptima Health ارسال کنید. تمام معرفی نامه‌های Kaiser Permanente را مستقیماً به Kaiser Permanente ایمیل یا پست کنید.

اطلاعات تماس شبکه درمانی حمایت‌های اجتماعی CalOptima Health

نشانی پستی	ارسال معرفی نامه	خدمات مشتریان شماره تلفن (برای اعضا)	شبکه درمانی
CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856	فکس: 1-714-338-3145	1-888-587-8088	راهنمای سلامت و شبکه‌های درمانی CalOptima (به‌جز Kaiser Permanente)

نشانی پستی	ارسال معرفی نامه	خدمات مشتریان شماره تلفن (برای اعضا)	شبکه درمانی
Kaiser Permanente Attention: Medi-Cal and State Programs (Second Floor) 393 E. Walnut St. Pasadena, CA 91188	ایمیل امن: RegCareCoordCaseMgmt kp.org@	1-866-551-9619	Kaiser Permanente

خدمات مسکن	
<p><input type="checkbox"/> یک مورد را که صدق می کند انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو بی خانمان است</p> <p>یا</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در معرض خطر بی خانمانی و با موانع قابل توجهی برای تأمین مسکن مواجه است</p> <p>یا</p> <p><input type="checkbox"/> عضو برای مسکن حمایتی دائمی یا یارانه اجاره بها از طریق «سیستم ورودی هماهنگ Orange County» در اولویت قرار دارد</p>	<p><input type="checkbox"/> خدمات راهنمایی انتقال مسکن</p> <p>در یافتن مسکن و آماده سازی برای نقل مکان به اعضا کمک می کند.</p>
<p><input type="checkbox"/> تمام مواردی را که صدق می کنند انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو بی خانمان یا در خطر بی خانمانی است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو «خدمات راهنمایی انتقال مسکن» را دریافت می کند</p> <p>نام ارائه کننده خدمات راهنمایی مسکن را وارد کنید: _____</p> <p>(مستندات بیشتر از این ارائه کننده درخواست خواهد شد.)</p> <p><input type="checkbox"/> عضو برای مسکن حمایتی دائمی یا یارانه اجاره بها از طریق «سیستم ورودی هماهنگ Orange County» در اولویت قرار دارد</p> <p>قبلاً این خدمات دریافت شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص</p>	<p><input type="checkbox"/> سپرده مسکن</p> <p>هزینه ها و خدمات نقل مکان، به استثنای هزینه های سکونت و غذا، را برای یک خانوار معمولی شناسایی، هماهنگ و تأمین می کند. اعضا باید «خدمات راهنمایی انتقال مسکن» را دریافت کنند.</p>
<p><input type="checkbox"/> تمام مواردی را که صدق می کنند انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو بی خانمان است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو «خدمات راهنمایی انتقال مسکن» را دریافت کرده است</p> <p>نام ارائه کننده خدمات راهنمایی مسکن را وارد کنید: _____</p> <p>(مستندات بیشتر از این ارائه کننده درخواست خواهد شد.)</p> <p><input type="checkbox"/> عضو برای مسکن حمایتی دائمی یا یارانه اجاره بها از طریق «سیستم ورودی هماهنگ Orange County» در اولویت قرار دارد</p> <p>قبلاً این خدمات دریافت شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص</p>	<p><input type="checkbox"/> خدمات اجاره و حفظ مسکن</p> <p>آموزش، آماده سازی و حمایت برای حفظ مسکن اجاره ای امن و پایدار پس از تأمین مسکن را ارائه می دهد.</p>
<p><input type="checkbox"/> یک مورد را که صدق می کند انتخاب کنید:</p>	<p><input type="checkbox"/> توانمندی برای فعالیت های</p>

<p><input type="checkbox"/> عضو بی‌خانمان است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در خطر بی‌خانمانی یا اقامت مؤسسه‌ای است</p> <p><input type="checkbox"/> در 24 ماه گذشته، عضو از بی‌خانمانی درآمده و وارد مسکن شده است</p>	<p>روزانه</p> <p>به اعضا کمک می‌کند تا مهارت‌های خودیاری، اجتماعی شدن و مهارت‌های انطباقی لازم برای ماندن در محیط معمولی خود را داشته باشند.</p>
<p>خدمات ارائه‌شده برای «پذیرش پسمراقبت‌های حاد» یا «پذیرش پسمراکز پرستاری»</p>	
<p>یک مورد را که صدق می‌کند انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو بی‌خانمان یا در خطر بی‌خانمانی است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در خطر بستری شدن در بیمارستان است یا دوره پس از بستری شدن را سپری می‌کند</p> <p><input type="checkbox"/> عضو به‌تنهایی و بدون هیچ حمایت رسمی زندگی می‌کند</p> <p><u>لطفاً فرم «مراقبت‌های بهبودی‌بخش» یا «فرم معرفی‌نامه مسکن کوتاهمدت پس از بستری شدن در بیمارستان» (Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH) را ضمیمه کنید</u></p>	<p><input type="checkbox"/> مراقبت‌های بهبودی‌بخش</p> <p>برای افرادی که دیگر نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند، اما همچنان نیاز به بهبودی از جراحی، بیماری یا وضعیت بهداشت روانی دارند، مراقبت‌های اقامتی کوتاهمدت ارائه می‌دهد.</p>
<p>تمام مواردی را که صدق می‌کنند انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو بی‌خانمان یا در خطر بی‌خانمانی است</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در حال خروج از مرکز مراقبت‌های بهبودی‌بخش، بستری در بیمارستان، مرکز اقامتی درمان اختلالات سوء مصرف مواد، مرکز اقامتی درمانی بهداشت روانی، مرکز بازپروری یا مرکز پرستاری است.</p> <p><u>لطفاً فرم «مراقبت‌های بهبودی‌بخش» یا «فرم معرفی‌نامه مسکن کوتاهمدت پس از بستری شدن در بیمارستان» (STPHH) را ضمیمه کنید</u></p>	<p><input type="checkbox"/> مسکن کوتاهمدت پس از بستری شدن در بیمارستان (STPHH)</p> <p>با تأمین مسکن کوتاهمدت پس از خروج از بیمارستان، مرکز بهبودی، مراقبت‌های بهبودی‌بخش یا سایر مراکز، به اعضای که نیازه‌های سلامت پزشکی یا رفتاری بالایی دارند کمک می‌کند.</p>
<p>معیارهای واجد شرایط بودن را در زیر بررسی کنید:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. شخص در حال حاضر خدمات «سطح مراقبت» (Level of Care, LOC) مرکز پرستاری را که از نظر پزشکی ضروری است دریافت می‌کند و به‌جای ماندن در مرکز پرستاری یا محیط استراحت پزشکی، انتقال به خانه را انتخاب می‌کند و خدمات LOC مرکز پرستاری را که از نظر پزشکی ضروری است همچنان دریافت خواهد کرد؛ و 2. بیش از 60 روز در آسایشگاه یا محیط استراحت پزشکی زندگی کرده است؛ و 3. علاقه‌مند به بازگشت به جامعه است؛ و 4. قادر به اقامت ایمن در جامعه با حمایت‌ها و خدمات مناسب و مقرون‌به‌صرفه است. <p>عضو دارای تمامی معیارهای این بخش برای واجد شرایط بودن است: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>قبلاً این خدمات دریافت شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> خدمات انتقال اجتماعی</p> <p>انتقال از مرکز پرستاری به خانه را فراهم می‌کند.</p>
<p>معیارهای واجد شرایط بودن را در زیر بررسی کنید:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. شخص بیش از 60 روز در مرکز پرستاری اقامت داشته است؛ و 2. مایل به زندگی در یک محیط زندگی‌یاری، به‌عنوان جایگزین مرکز پرستاری، است؛ و 	<p><input type="checkbox"/> الف. انتقال از مرکز پرستاری به «مرکز زندگی‌یاری»</p>

<p>3. با حمایت‌ها و خدمات مناسب و مقرون‌به‌صرفه، قادر به اقامت ایمن در مرکز زندگی‌یاری است.</p> <p>عضو دارای تمامی معیارهای این بخش برای واجد شرایط بودن است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>قبلاً این خدمات دریافت شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص</p>	<p>اعضارا از مرکز پرستاری به «مرکز مراقبت‌های اقامتی برای سالمندان» یا «مرکز اقامتی بزرگسالان» منتقل می‌کند.</p>	
خدمات ارائه‌شده در خانه		
<p>معیارهای واجد شرایط بودن را در زیر بررسی کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> شخص علاقه‌مند به ماندن در جامعه باشد؛ و</p> <p><input type="checkbox"/> با حمایت‌ها و خدمات مناسب و مقرون‌به‌صرفه، قادر به اقامت ایمن در مرکز زندگی‌یاری باشد و مایل به این کار باشد؛ و</p> <p><input type="checkbox"/> باید در حال حاضر خدمات LOC مرکز پرستاری را که از نظر پزشکی ضروری است دریافت کند یا حداقل معیارها را برای دریافت آن خدمات در یک مرکز زندگی‌یاری داشته باشد.</p> <p>عضو دارای تمامی معیارهای این بخش برای واجد شرایط بودن است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>قبلاً این خدمات دریافت شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص</p>	<p><input type="checkbox"/> ب. تغییر از مرکز پرستاری به «مرکز زندگی‌یاری»</p> <p>اعضایی را که بدون این حمایت، نیاز به اقامت در مرکز پرستاری داشته باشند، به مرکز مراقبت‌های اقامتی مخصوص سالمندان یا مرکز اقامتی بزرگسالان منتقل می‌کند.</p>	
<p>تمام مواردی را که صدق می‌کنند انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در خطر بستری شدن در بیمارستان یا اقامت مؤسسه‌ای در مرکز پرستاری است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو دارای کمبودهای عملکردی است و فاقد سیستم حمایتی کافی است</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p>یک مورد را که صدق می‌کند انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو برای «خدمات حمایتی در منزل» (In-Home Supportive Services, IHSS) مورد تأیید قرار گرفته و درخواستی برای افزایش ساعات خدمات داده است که همچنان معوق است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو برای IHSS درخواست داده و منتظر تکمیل ارزیابی است</p> <p>آیا یکی از اعضای خانواده یا دوستان علاقه‌مند است که مراقب باشد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص</p>	<p><input type="checkbox"/> خدمات خانهداری و مراقبت‌های شخصی</p> <p>خدمات خانهداری و مراقبت‌های شخصی را به اعضای که در فعالیت‌های زندگی روزمره (Activities of Daily living, ADLs) کمک لازم دارند ارائه می‌دهد.</p>	
<p>تمام مواردی را که صدق می‌کنند انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در حال حاضر در بیمارستان یا مرکز پرستاری است و «وعده‌های غذایی متناسب از نظر پزشکی» بخشی از طرح ترخیص است. (این بخش موجب به جریان افتادن درخواست سریع می‌شود.)</p> <p>بیماری‌های مزمن عضو را ذکر کنید: _____</p> <p><input type="checkbox"/> عضو اخیراً از بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی ترخیص شده است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در معرض خطر بالای بستری شدن در بیمارستان یا اقامت در مرکز پرستاری است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو نیازهای هماهنگی مراقبت گسترده‌ای دارد. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>اگر پاسخ بله است، شرح دهید:</p>	<p><input type="checkbox"/> وعده‌های غذایی متناسب از نظر پزشکی</p> <p>پس از ترخیص اعضا از بیمارستان یا آسایشگاه، «وعده‌های غذایی متناسب از نظر پزشکی» را به آنها ارائه می‌دهد.</p>	

<p>عضو رژیم غذایی خاصی دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>اگر پاسخ بله است، شرح دهید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو خدمات تحویل غذا را از برنامه‌هایی با تأمین مالی محلی، ایالتی یا فدرال دریافت می‌کند.</p> <p><input type="checkbox"/> علاقه‌مند به وعده‌های غذایی از پیش تهیه‌شده متناسب از نظر پزشکی است</p> <p><input type="checkbox"/> علاقه‌مند به جعبه‌های مواد غذایی متناسب از نظر پزشکی است</p> <p>بخچال دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	
<p>به تمامی بخش‌های زیر پاسخ دهید:</p> <p>«خدمات استراحت در خانه» در خانه عضو یا مکان دیگری که به‌عنوان خانه استفاده می‌شود به عضو ارائه می‌شود.</p> <p><input type="checkbox"/> عضو وابسته به مراقب واجد شرایط است و بدون او، عضو باید در مرکز پرستاری باشد.</p> <p>عضو در تاریخ‌ها و زمان‌های خاصی نیاز به مراقب استراحت دارد:</p> <p>تاریخ‌ها: _____</p> <p>زمان‌ها: _____</p> <p>عضو خدمات دیگری دارد که مراقب را فراهم می‌کند:</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات حمایتی در منزل (IHSS)</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (Community-Based Adult Services, CBAS)</p> <p><input type="checkbox"/> مرکز منطقه‌ای</p> <p><input type="checkbox"/> مراقب خصوصی</p>	<p><input type="checkbox"/> خدمات استراحت</p> <p>به مراقبین اعضایی که نیاز به نظارت موقت دوره‌ای دارند امکان استراحت می‌دهد. این خدمات با استراحت پزشکی یا «مراقبت‌های بهبودی‌بخش» فرق دارد و امکان استراحت را فقط برای مراقب فراهم می‌کند.</p> <p>محدودیت آن 336 ساعت در سال است.</p>
<p>درخواست «سیستم پاسخ اضطراری شخصی» (Personal Emergency Response System, PERS) دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>تمام مواردی را که صدق می‌کنند انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در خطر اقامت مؤسسه‌ای در مرکز پرستاری است</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> عضو درباره نیاز به ایجاد تغییرات در خانه با پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی گفتگو کرده است</p> <p><input type="checkbox"/> پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی نیاز پزشکی را برای این خدمات مستند کرده است و در صورت درخواست، مستندات را ارائه خواهد کرد</p> <p>قبلاً این خدمات دریافت شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص</p>	<p><input type="checkbox"/> سازگاری‌های تسهیل دسترس محیطی</p> <p>سازگاری‌های فیزیکی‌ای را برای خانه فراهم می‌کند که برای اطمینان از سلامت، رفاه و ایمنی اعضا ضروری هستند یا اعضا را قادر می‌سازند در خانه خود بمانند.</p>

<p>تمام مواردی را که صدق می‌کنند انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در 12 ماه گذشته به بخش اورژانس مراجعه کرده یا در بیمارستان بستری شده است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در 12 ماه گذشته دو ویزیت مرتبط با بیماری یا مراقبت‌های فوری را داشته است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در «آزمون کنترل آسم» نمره 19 یا پایین‌تر را آورده است</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> پزشک مراقبت‌های درمانی اصلی نیاز پزشکی را برای این خدمات مستند کرده است و در صورت درخواست، مستندات را ارائه خواهد کرد</p> <p>قبلاً این خدمات دریافت شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> بهبود آسم</p> <p>در مورد اقداماتی که باید برای کاهش مواجهه‌های محیطی پیش زمینه بروز علائم آسم در خانه انجام شود، اطلاعاتی به اعضا ارائه می‌دهد و تجهیزات موردنیاز را فراهم می‌کند.</p>
--	---