



## CalAIM 지역사회 지원 의뢰 양식

회원 이름: \_\_\_\_\_ CIN 번호: \_\_\_\_\_

주: 회원은 CalOptima Health 에 대한 자격이 있어야 합니다.

단계 1: 아래 해당되는 모든 정보를 기입하고 단계 2 및 3 으로 넘어가십시오.

### 의뢰 정보:

의뢰 날짜: _____	의뢰인: _____	
에이전시 또는 회원과의 관계: _____		
의뢰하는 의료 제공자 국가 의료 제공자 번호(National Provider Identifier, NPI)(해당되는 경우): _____		
전화: _____	팩스: _____	이메일: _____

### 회원 정보:

회원 이름: _____	CIN: _____
회원 생년월일: _____	주치의(Primary Care Provider, PCP): _____
전화: _____	이메일: _____
회원이 선호하는 언어: _____	회원은 현재 입원해 있습니까? _____

단계 2: 회원이 받고자 하는 지역사회 지원에 대한 박스에 표시하십시오. 다음 페이지에서는 지역사회 지원에 대한 추가 자격 정보를 설명하고 있습니다. **제출하기 전 모든 필수 확인란에 기입하십시오.**

단계 3: 회원이 Kaiser Permanente 가 아닌 건강 네트워크에 속해 있는 경우, 작성이 완료된 의뢰 양식 및 증명 서류를 CalOptima Health 에 팩스 또는 우편으로 보내십시오. 모든 Kaiser Permanente 의뢰는 Kaiser Permanente 에 직접 이메일 또는 우편으로 보내십시오.

## CalOptima Health 지역사회 지원 건강 네트워크 연락처 정보

건강 네트워크	고객 서비스 전화번호(회원용)	의뢰 제출	우편 주소
<b>CalOptima Health Direct and Health Networks</b> (Kaiser Permanente 제외)	1-888-587-8088	팩스: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856
<b>Kaiser Permanente</b>	1-866-551-9619	보안 이메일: RegCareCoordCaseMgmt @kp.org	Kaiser Permanente Attention: Medi-Cal and State Programs (Second Floor) 393 E. Walnut St. Pasadena, CA 91188

### 주거 서비스

<input type="checkbox"/> <b>주거지 이전 내비게이션 서비스</b> 회원이 주거지를 확보하고 이사를 준비하는 데 도움을 줍니다.	<b>해당되는 <u>하나</u>만 선택:</b> <input type="checkbox"/> 회원이 노숙자임 <p style="text-align: center;"><b>또는</b></p> <input type="checkbox"/> 회원이 집을 구하는 데 상당한 어려움이 있어 노숙자가 될 위험이 있음 <p style="text-align: center;"><b>또는</b></p> <input type="checkbox"/> 회원이 Orange County 통합 입력 시스템(Coordinated Entry System)을 통해 영구적으로 지원이 되는 주택 또는 임대료 보조의 우선 대상임.
<input type="checkbox"/> <b>주택 보증금</b> 방과 식사비를 제외한 기본적 가정을 위한 서비스 및 이사 비용 마련, 통합 관리 및 자금을 제공합니다. 회원은 주거지 이전 내비게이션 서비스를 받고 있어야 합니다.	<b>해당되는 것 모두 선택:</b> <input type="checkbox"/> 회원이 노숙자이거나 노숙자가 될 위험이 있음 <input type="checkbox"/> 회원이 주거지 이전 내비게이션 서비스를 받고 있음 주거지 내비게이션 제공자 이름: _____ <i>(본 제공자로부터의 추가 문서가 요청될 것입니다.)</i> <input type="checkbox"/> 회원이 Orange County 통합 입력 시스템(Coordinated Entry System)을 통해 영구적으로 지원이 되는 주택 또는 임대료 보조의 우선 대상임. 이전에 본 서비스를 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<b>주거 임대 및 유지 서비스</b> 주택이 확보된 후 안전하고 안정적인 임대를 위한 교육, 훈련 및 지원을 제공합니다.	해당되는 것 모두 선택: <input type="checkbox"/> 회원이 노숙자임 <input type="checkbox"/> 회원이 주거지 이전 내비게이션 서비스를 받았음 주거지 내비게이션 제공자 이름: _____ (본 제공자로부터의 추가 문서가 요청될 것입니다.) <input type="checkbox"/> 회원이 Orange County 통합 입력 시스템(Coordinated Entry System)을 통해 영구적으로 지원이 되는 주택 또는 임대료 보조의 우선 대상임. 이전에 본 서비스를 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/>
<b>급성 입원 후 관리 또는 요양 시설 입원 후 관리를 위해 제공되는 서비스</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>주간 재활</b> 자연스러운 환경을 유지하는 데 필요한 적응 기술, 자기 계발 기술 및 사회성을 지원합니다.	해당되는 <u>하나</u> 만 선택: <input type="checkbox"/> 회원이 노숙자임 <input type="checkbox"/> 회원이 노숙자이거나 보호 시설에 들어갈 위험이 있음 <input type="checkbox"/> 회원이 노숙자를 벗어나 지난 24 개월 이내에 가정으로 들어갔음
<input type="checkbox"/>	<b>회복 치료</b> 입원이 더 이상 필요하지 않지만 부상, 질병 또는 정신 건강 질환으로 인해 치료가 필요한 개인을 위해 단기 재택 관리를 제공합니다.	해당되는 <u>하나</u> 만 선택: <input type="checkbox"/> 회원이 노숙자이거나 노숙자가 될 위험이 있음 <input type="checkbox"/> 회원이 입원의 위험이 있거나 입원 후의 상태임 <input type="checkbox"/> 회원이 공식적인 지원 없이 혼자 거주함 <u>회복 치료 또는 STPHH 의뢰 양식을 첨부하십시오</u>
<input type="checkbox"/>	<b>단기 입원 후 주거지 (Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH)</b> 의료적 또는 행동 건강에 도움이 필요한 회원에게 병원, 회복 시설, 회복 치료 또는 기타 시설에서 퇴원한 후 단기 주거지를	해당되는 것 모두 선택: <input type="checkbox"/> 회원이 노숙자이거나 노숙자가 될 위험이 있음 <b>및</b> <input type="checkbox"/> 회원은 기존의 회복 치료, 병원 입원, 약물 중독 치료 시설에 입원, 정신 건강 치료 시설에 입원, 교정 시설 또는 요양 시설에 거주 중임 <u>회복 치료 또는 STPHH 의뢰 양식을 첨부하십시오</u>

	지원합니다.	
□	<b>지역사회 이전 서비스</b> 요양 시설에서 자택으로 이전을 제공합니다.	다음 자격 기준을 검토하십시오. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 현재 의료적으로 필요한 요양 시설 관리 단계(Level of Care, LOC) 서비스를 받는 중이며, 요양 시설 또는 의료적 간병 환경 대신에 자택으로 이전하고 의료적으로 필요한 요양 시설 LOC 서비스를 계속 받기로 선택하고,</li> <li>2. 60일 이상 요양원 또는 의료적 간병 환경에 거주하고 있고,</li> <li>3. 지역사회로 돌아가기를 원하고,</li> <li>4. 적절하면서 효율적인 비용의 지원 및 서비스로 지역사회에서 안전하게 거주할 수 있음.</li> </ol> 회원은 자격을 얻기 위해 본 섹션의 모든 기준을 충족합니다. 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 이전에 본 서비스를 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/>
□	<b>A. 요양 시설에서 생활 지원 시설로 이전</b> 회원을 요양 시설에서 노인을 위한 주거 관리 시설 또는 또는 성인 주거 시설로 이전합니다.	다음 자격 기준을 검토하십시오. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 60일 이상 요양 시설에 거주하고 있고,</li> <li>2. 요양 시설 대신 생활 지원 환경에 거주하기를 원하고 있고,</li> <li>3. 적절하면서 효율적인 비용의 지원 및 서비스로 생활 지원 시설에서 안전하게 거주할 수 있음.</li> </ol> 회원은 자격을 얻기 위해 본 섹션의 모든 기준을 충족합니다. 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 이전에 본 서비스를 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/>
가정에서 제공되는 서비스		
□	<b>B. 요양 시설에서 생활 지원 시설로 전환</b> 이러한 지원 없으면 요양 시설에 거주해야 할 회원을 요양 시설 대신 노인을 위한 관리 시설 또는 성인 주거 시설로 이전합니다.	다음 자격 기준을 검토하십시오. <input type="checkbox"/> 지역사회에서 거주하기 원하고, <input type="checkbox"/> 적절하면서 효율적인 비용의 지원 및 서비스로 생활 지원 시설에서 안전하게 거주하기 원하며 거주할 수 있고, <input type="checkbox"/> 현재 의료적으로 필요한 요양 시설 LOC 서비스를 받아야 하거나 생활 지원 시설에서 이러한 서비스를 받기 위한 최소한의 기준을 충족.  회원은 자격을 얻기 위해 본 섹션의 모든 기준을 충족합니다. 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 이전에 본 서비스를 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<p><b>개인 관리 및 가사 도우미 서비스</b></p> <p>일상 생활 활동(activities of daily living, ADLs)에 도움이 필요한 회원에게 개인 관리 및 가사 도우미 서비스를 제공합니다.</p>	<p>해당되는 것 모두 선택:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 병원 또는 요양 보호 시설에 입원할 위험이 있음</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 기능적 결함을 갖고 있고 충분한 지원 시스템이 없음</p> <p style="text-align: center;">및</p> <p>해당되는 <u>하나</u>만 선택:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)에 대해 승인을 받았고 시간 증가를 요청했지만 여전히 보류 중임</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 IHSS 를 신청했고 평가가 완료되기를 기다리는 중임</p> <p>간병인이 되기를 원하는 가족 또는 친구가 있습니까?</p> <p>예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>의료용 맞춤 식사</b></p> <p>회원에게 병원 또는 양로원에서 퇴원한 후 가정에서 의료용 맞춤 식사를 제공합니다.</p>	<p>해당되는 것 모두 선택:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 현재 병원 또는 요양 시설에 있고 의료용 맞춤 식사가 퇴원 계획의 일부임. <i>(이로 인해 숙결 요청이 될 수 있습니다.)</i></p> <p>회원의 만성 질환 목록: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 최근 병원 또는 전문 간호시설에서 퇴원함</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 병원 또는 요양 시설에 입원할 위험이 있음</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 광범위한 통합적인 관리를 필요로 함. 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/></p> <p>예인 경우, 설명해주십시오:</p> <hr/> <p>회원이 특별한 식이요법을 하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>예인 경우, 설명해주십시오.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 회원이 지역, 주 또는 연방에서 자금을 지원하는 프로그램으로부터 다른 식사 배송 서비스를 받고 있음.</p> <p><input type="checkbox"/> 미리 조리된 의료용 맞춤 식사를 원함</p> <p><input type="checkbox"/> 의료용 맞춤 식료품 박스를 원함</p> <p>냉장고가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>임시 간호 서비스</b></p> <p>간헐적인 임시 감독이 필요한 회원의 간병인에게 휴가를 제공합니다. 이 서비스는 의료 간호 또는</p>	<p>아래 모든 섹션에 답하십시오.</p> <p>가정 내 임시 간호 서비스는 회원의 가정 또는 가정으로 사용되는 다른 장소에서 제공됩니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 적절한 간병인을 필요로 하고 간병인이 없는 회원은 요양 시설에 거주해야 합니다</p>

	<p>회복 치료와 다르며 간병인에게만 휴식을 제공합니다.</p> <p>1년당 336시간으로 제한됩니다.</p>	<p>회원은 특정 날짜 및 시간에 임시 간병인을 필요로 합니다.</p> <p>날짜: _____</p> <p>시간: _____</p> <p>회원은 간병인이 제공하는 기타 서비스를 받고 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)</li> <li><input type="checkbox"/> 지역사회 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS)</li> <li><input type="checkbox"/> 지역 센터</li> <li><input type="checkbox"/> 개인 간병인</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> <b>환경적인 접근성 개조</b></p>	<p>회원의 건강, 복지 및 안전을 보장하기 위해 필요하거나 회원이 가정에서 생활하기 위해 필요한 주택의 물리적인 개조를 제공합니다.</p>	<p>개인 응급 대응 시스템(Personal Emergency Response System, PERS)을 요청하십니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/></p> <p>해당되는 것 모두 선택:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 회원이 요양 보호 시설에 입원할 위험이 있음</li> </ul> <p style="text-align: center;">및</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 회원이 주치의(Primary care provider, PCP)와 주택 개조 필요성을 논의했음</li> <li><input type="checkbox"/> PCP 는 이러한 서비스에 대한 의료적 필요성을 문서화했고 요청 시 문서를 제공할 것임</li> </ul> <p>이전에 본 서비스를 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>천식 치료</b></p>	<p>천식 증상을 유발할 환경적 노출을 최소화하기 위해 가정에서 취해야 할 조치에 대해 회원에게 정보를 제공하고 필요한 장비를 제공합니다.</p>	<p>해당되는 것 모두 선택:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 회원이 지난 12 개월 동안 응급실을 방문했거나 입원했음</li> <li><input type="checkbox"/> 회원이 지난 12 개월 내 아파서 방문하거나 또는 긴급 관리 방문을 했음</li> <li><input type="checkbox"/> 회원이 천식 관리 검사에서 19 점 이하의 점수를 받았음</li> </ul> <p style="text-align: center;">및</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PCP 는 이러한 서비스에 대한 의료적 필요성을 문서화했고 요청 시 문서를 제공할 것임</li> </ul> <p>이전에 본 서비스를 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/></p>