

Mẫu Đơn Giới Thiệu Dịch Vụ Hỗ Trợ Cộng Đồng của Chương Trình CalAIM

Tên 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.

Thông Tin Giới Thiệu:

Ngày Giới Thiệu: _____		Người giới thiệu: _____	
Cơ Quan hoặc Quan Hệ với Thành Viên: _____			
Số Nhận Diện (NPI) của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ thực hiện việc Giới Thiệu (nếu có): _____			
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): _____	
Điện thoại: _____		Email: _____	
Ngôn Ngữ mà Thành Viên muốn Sử Dụng: _____		Thành Viên Hiện 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 điền vào tất cả các ô vuông được yêu cầu trước khi gửi.**

Bước 3: Gửi mẫu đơn giới thiệu đã hoàn tất và tài liệu bổ sung qua fax hoặc qua đường bưu điện đến CalOptima Health nếu thành viên thuộc nhóm y tế không phải Kaiser Permanente. Gửi trực tiếp các giấy giới thiệu của Kaiser Permanente qua email hoặc qua đường bưu điện đến Kaiser Permanente.

Thông Tin Liên Hệ 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)	Gửi Giấy Giới Thiệu	Địa Chỉ Gửi Thư
CalOptima Health Direct và Các Nhóm Y Tế (Ngoại trừ Kaiser Permanente)	1-888-587-8088	Fax: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856

Nhóm Y Tế	Số Điện Thoại của Văn Phòng Dịch Vụ (dành cho Thành Viên)	Gửi Giấy Giới Thiệu	Địa Chỉ Gửi Thư
Kaiser Permanente	1-866-551-9619	Gửi email bảo đảm đến: RegCareCoordCaseMgmt @kp.org	Kaiser Permanente Attention: Medi-Cal and State Programs (Second Floor) 393 E. Walnut St. Pasadena, CA 91188

Các Dịch Vụ Nhà Ở

<input type="checkbox"/>	<p>Các 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 <u>một</u> phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư</p> <p style="text-align: center;"><u>HOẶC</u></p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang có nguy cơ trở thành vô gia cư với các rào cản đáng kể ngăn cản việc tiếp cận nhà ở</p> <p style="text-align: center;"><u>HOẶC</u></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>
<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 được nhận Dịch Vụ Chuyển Đổi Hướng Dẫn về Nhà Ở.</p>	<p>Chọn tất cả phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư hoặc có nguy cơ trở thành vô gia cư</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang được nhận Dịch Vụ Chuyển Đổi Hướng Dẫn về Nhà Ở</p> <p>Xin ghi tên của nhà cung cấp dịch vụ hướng dẫn về nhà ở: _____</p> <p><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 từng nhận được 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 hướng dẫn, huấn luyện và trợ giúp để duy trì việc thuê nhà an toàn và ổn định sau khi tìm được nhà ở.</p>	<p>Chọn tất cả phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đã nhận Dịch Vụ Chuyển Đổi Hướng Dẫn về Nhà Ở</p> <p>Xin ghi tên của nhà cung cấp dịch vụ hướng dẫn về nhà ở: _____</p> <p><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 từng nhận được dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/></p>

<input type="checkbox"/> Hồi Phục Ban Ngày 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.	Chọn <u>một</u> phương án phù hợp: <input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư <input type="checkbox"/> Thành viên đang có nguy cơ vô gia cư hoặc phải vào trung tâm điều trị <input type="checkbox"/> Thành viên không còn bị vô gia cư và tìm được nơi ở trong vòng 24 tháng qua
Các Dịch Vụ Cung Cấp cho việc Tiếp Nhận Dịch Vụ Chăm Sóc Sau Cấp Tính hoặc Tiếp Nhận vào Trung Tâm Sau Điều Dưỡng	
<input type="checkbox"/> Chăm Sóc Hồi Phục Cung cấp dịch vụ chăm sóc nội trú ngắn hạn cho những cá nhân không cần nằm viện nữa, nhưng vẫn cần chữa lành sau khi bị thương tích, bệnh tật hoặc tình trạng sức khỏe tâm thần.	Chọn <u>một</u> phương án phù hợp: <input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư hoặc có nguy cơ trở thành vô gia cư <input type="checkbox"/> Thành viên đang có nguy cơ nhập viện hoặc đang trong giai đoạn sau nhập viện <input type="checkbox"/> Thành viên sống một mình mà không được sự hỗ trợ chính thức <i>Vui lòng đính kèm Mẫu Đơn Giới Thiệu Chăm Sóc Hồi Phục hoặc STPHH</i>
<input type="checkbox"/> Nhà Ở Ngắn Hạn Sau Khi Nhập Viện (Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH) Trợ giúp về nhà ở ngắn hạn cho các thành viên có nhu cầu y tế hoặc sức khỏe hành vi cao sau khi rời bệnh viện, trung tâm phục hồi, Chăm Sóc Hồi Phục hoặc các trung tâm khác.	Chọn tất cả phương án phù hợp: <input type="checkbox"/> Thành viên đang vô gia cư hoặc có nguy cơ trở thành vô gia cư <u>VÀ</u> <input type="checkbox"/> Thành viên đang rời khỏi dịch vụ Chăm Sóc Hồi Phục, bệnh viện nội chấn, trung tâm nội trú điều trị rối loạn sử dụng chất kích thích, trung tâm nội trú điều trị sức khỏe tâm thần, trung tâm cải huấn hoặc trung tâm điều dưỡng <i>Vui lòng đính kèm Mẫu Đơn Giới Thiệu Chăm Sóc Hồi Phục hoặc STPHH</i>
<input type="checkbox"/> Dịch Vụ Chuyển Tiếp Cộng Đồng Cung cấp dịch vụ chuyển tiếp từ trung tâm điều dưỡng về nhà.	Xem xét các tiêu chuẩn hội đủ điều kiện sau: <ol style="list-style-type: none"> Hiện đang nhận các dịch vụ Cấp Độ Chăm Sóc (Level of Care, LOC) cần thiết về mặt y khoa 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 Cấp Độ Chăm Sóc cần thiết về mặt y khoa của trung tâm điều dưỡng; và Đã sống trên 60 ngày tại một viện dưỡng lão hoặc nơi chăm sóc y tế thay thế; và Muốn trở lại cộng đồng; và Có khả năng cư trú an toàn trong cộng đồng với sự trợ giúp và các dịch vụ phù hợp và tiết kiệm chi phí. Thành viên đáp ứng TẤT CẢ các tiêu chuẩn trong phần này để đủ điều kiện: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đã từng nhận được dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<p>A. Chuyển Tiếp 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 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Đã sống trên 60 ngày tại một trung tâm điều dưỡng; và 2. Sẵn lòng sống tại cơ sở hỗ trợ sinh hoạt như một chọn lựa thay thế cho trung tâm điều dưỡng; và 3. Có khả năng cư trú an toàn trong cơ sở hỗ trợ sinh hoạt với các trợ giúp và 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 từng nhận được dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/></p>
<p>Các Dịch Vụ Được Cung Cấp tại Nhà</p>		
<input type="checkbox"/>	<p>B. Chuyển 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Muốn tiếp tục sống trong cộng đồng; và <input type="checkbox"/> Sẵn lòng và có khả năng cư trú an toàn trong 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 được các dịch vụ Cấp Độ Chăm Sóc cần thiết về mặt y khoa của trung tâm điều dưỡng hoặc đáp ứng các tiêu chuẩn tối thiểu để nhận các dịch vụ đó trong cơ sở hỗ trợ sinh hoạt. <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 từng nhận được 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 Chăm Sóc Cá Nhân và Người Giúp Làm Việc Nhà</p> <p>Cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân và người giúp làm 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 phương án phù hợp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thành viên có nguy cơ 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 <u>một</u> phương án phù hợp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thành viên được chấp thuận Dịch Vụ Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Nhà (In-Home Supportive Services, IHSS) và đã đưa ra yêu cầu tăng số giờ vẫn đang chờ được giải quyết <input type="checkbox"/> Thành viên đã ghi danh cho chương trình IHSS và đang chờ việc thẩm định được hoàn tất <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>
<input type="checkbox"/>	<p>Bữa Ăn Phù Hợp Với các Nhu Cầu về Y Khoa</p>	<p>Chọn tất cả phương án phù hợp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thành viên hiện đang nằm viện hoặc trung tâm điều dưỡng và Bữa ăn Phù

<p>Cung cấp cho thành viên Bữa ăn Phù hợp với các Nhu cầu về Y khoa tại nhà sau khi xuất viện hoặc ra khỏi viện dưỡng lão.</p>	<p>hợp với các Nhu cầu về Y khoa là một phần trong kế hoạch xuất viện. (Điều này)</p> <p>Liệt kê các tình trạng mãn tính của thành viên:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên gần đây được xuất viện hoặc ra khỏi trung tâm điều dưỡng chuyên môn</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên có nguy cơ cao phải nhập viện hoặc được đưa vào trung tâm điều dưỡng</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên có nhu cầu điều phối dịch vụ chăm sóc chuyên sâu. Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Nếu có, hãy miêu tả:</p> <hr/> <p>Thành viên có chế độ ăn uống đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Nếu có, hãy miêu tả:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang được nhận các dịch vụ giao bữa ăn khác từ các chương trình được địa phương, tiểu bang hoặc liên bang tài trợ.</p> <p><input type="checkbox"/> Muốn nhận Bữa ăn Phù hợp với các Nhu cầu về Y khoa đã chuẩn bị trước</p> <p><input type="checkbox"/> Muốn nhận Hộp hàng Thực phẩm Phù hợp với các Nhu cầu về Y khoa</p> <p>Có tủ lạnh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p><input type="checkbox"/> Dịch Vụ Chăm Sóc Thay Thế</p> <p>Cung cấp dịch vụ chăm sóc thay thế cho những người chăm sóc của thành viên yêu cầu dịch vụ giám sát tạm thời ngắt quãng. Dịch vụ này khác với dịch vụ chăm sóc y tế thay thế hoặc Chăm Sóc Hồi Phục và chỉ cho phép người chăm sóc nghỉ ngơi.</p> <p>Giới hạn trong 336 giờ mỗi năm.</p>	<p>Trả lời tất cả những phần dưới đây:</p> <p>Dịch Vụ Chăm Sóc Thay Thế Tại Nhà được cung cấp cho thành viên tại nhà riêng của họ hoặc một địa điểm khác được sử dụng làm nhà.</p> <p><input type="checkbox"/> Phụ thuộc vào người chăm sóc đủ tiêu chuẩn và nếu không có người đó, thành viên sẽ cần phải ở trong trung tâm điều dưỡng</p> <p>Thành viên có những ngày và thời gian cụ thể cho việc cần người chăm sóc thay thế:</p> <p>Ngày: _____</p> <p>Thời gian: _____</p> <p>Thành viên có những dịch vụ khác cung cấp cho người chăm sóc:</p> <p><input type="checkbox"/> Dịch Vụ Hỗ Trợ Chăm Sóc Tại Nhà (In-Home Supportive Services, IHSS)</p> <p><input type="checkbox"/> Dịch Vụ Dành Cho Người Lớn Trong Cộng Đồng (Community-Based Adult Services, CBAS)</p> <p><input type="checkbox"/> Trung Tâm Vùng</p> <p><input type="checkbox"/> Người Chăm Sóc Riêng</p>
<p><input type="checkbox"/> Điều Chính Khả Năng Tiếp Cận Của Môi</p>	<p>Yêu cầu Hệ Thống Ứng Phó Cấp Cứu Cá Nhân (Personal Emergency Response System, PERS)? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p>

<p>Trường</p> <p>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.</p>	<p>Chọn tất cả phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên có nguy cơ bị đưa vào trung tâm điều trị tại một trung tâm điều dưỡng</p> <p style="text-align: center;"><u>VÀ</u></p> <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)</p> <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</p> <p>Đã từng nhận được dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/> Chữa Bệnh Hen Suyễn</p> <p>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.</p>	<p>Chọn tất cả phương án phù hợp:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đã đến phòng Cấp Cứu hoặc nhập viện trong vòng 12 tháng qua</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đã có hai buổi khám bệnh hoặc chăm sóc khẩn cấp trong vòng 12 tháng qua</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên có điểm số 19 trở xuống trong Thử Nghiệm Kiểm Soát Hen Suyễn</p> <p style="text-align: center;"><u>VÀ</u></p> <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</p> <p>Đã từng nhận được dịch vụ này trước đây? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/></p>