



CalAIM 增強護理管理 (ECM) 轉介表

會員姓名： _____ CIN: _____

注意：會員必須符合 CalOptima Health 的資格。

第 1 步：請填寫以下所有適用信息，然後繼續執行第 2 步和第 3 步。

轉介信息：

轉介日期：由 _____	轉介： _____
機構或與成員的關係： _____	
轉介醫療服務者的國家醫療服務者識別號 (NPI) (如果適用)： _____	
電話： _____	傳真： _____ 電子郵箱： _____

會員訊息：

會員姓名： _____	CIN: _____
會員生日： _____	家庭醫生： _____
會員電話： _____	會員電子郵箱： _____
會員的首選語言： _____	
會員同意 CalAIM ECM 服務使用轉介： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	

第 2 步： 檢查所有適用的條件。請在提交前完成所有必需的複選框並附上任何支持文件。

第 3 步： 如果會員屬於除 Kaiser Permanente 以外的任何健康網絡，請將填妥的轉診表和支持文件發送給 CalOptima Health。通過傳真、電子郵件或郵件將所有 Kaiser Permanente 推薦直接發送給 Kaiser Permanente。

CalOptima Health 增強型護理管理健康網絡聯繫信息

健康網絡	客戶服務 電話號碼(會員 專線)	轉介提交	郵寄地址:
CalOptima Health Direct 和健康網絡 (Kaiser Permanente 除外)	1-888-587-8088	傳真：1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O.P.O. Box 11033 Orange, CA 92856

Kaiser Permanente	1-866-551-9619	安全電子郵箱: RegCareCoordCaseMgmt @kp.org	Kaiser Permanente Attention: Medi-Cal and State Programs (Second Floor) 393 E. Walnut St. Pasadena, CA 91188
-------------------	----------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	18 歲及以上的成人	會員資格標準
<input type="checkbox"/>	1. 正在經歷或將面臨無家可歸的風險	<p>選擇適用於會員的一項：</p> <p><input type="checkbox"/> 無家可歸或長期無家可歸</p> <p><input type="checkbox"/> 有無家可歸的風險（未來 30 天）</p> <p><input type="checkbox"/> 逃離家庭暴力</p> <p style="text-align: center;">並且</p> <p>選擇適用於會員的一項：</p> <p><input type="checkbox"/> 嚴重的醫療狀況，或</p> <p><input type="checkbox"/> 嚴重的行為狀況，或</p> <p><input type="checkbox"/> 嚴重的發育障礙</p>
<input type="checkbox"/>	2. 處於可避免的醫院或急診科的風險中	<p>選擇適用於會員的一項：</p> <p><input type="checkbox"/> 過去 6 個月內 5 次或更多次急診室 (ER) 就診，或</p> <p><input type="checkbox"/> 過去 6 個月內 3 次或更多次計劃外住院，或</p> <p><input type="checkbox"/> 過去 6 個月內 3 次或更多次在短期專業護理機構居住</p>
<input type="checkbox"/>	3. 嚴重的精神疾病(SMI)或物質使用障礙(SUD)	<p>選擇所有適用於成員的選項：</p> <p><input type="checkbox"/> 嚴重的精神健康狀況，和/或</p> <p><input type="checkbox"/> 物質使用障礙</p> <p style="text-align: center;">並且</p> <p><input type="checkbox"/> 經常經歷至少一種影響其健康的複雜社會因素（例如，無法獲得食物、穩定的住房、無法工作或參與社區活動、不良童年經歷 (ACE) 史、前寄養青年、近期接觸史與心理健康和/或物質使用症狀或相關行為相關的執法部門）</p> <p style="text-align: center;">並且</p> <p>選擇適用於會員的一項：</p> <p><input type="checkbox"/> 面臨精神科醫院化的高風險，或</p>

	18 歲及以上的成人	會員資格標準
		<input type="checkbox"/> 使用危機服務、緊急護理、急診室或醫院作為唯一的醫療保健來源，或 <input type="checkbox"/> 過去 12 個月內因物質使用或過量服用 2 次或更多次急診就診或住院，或 <input type="checkbox"/> 過去 12 個月內有 2 次或更多次急診就診或住院，因為嚴重的心理健康狀況，或 <input type="checkbox"/> 服藥過量和/或自殺的高風險，或 <input type="checkbox"/> 懷孕或產後（分娩後 12 個月）
<input type="checkbox"/>	4. 面臨長期護理醫院化風險的成年人	選擇適用於會員的一項： <input type="checkbox"/> 居住在社區中且符合專業護理機構 (SNF) 護理標準水平的成年人，或 <input type="checkbox"/> 需要較低敏銳度的專業護理，例如用於預防、診斷或治療急性疾病或損傷的間歇性醫療和護理服務、支持和/或設備 <p style="text-align: center;">並且</p> 選擇所有適用於成員的選項： <input type="checkbox"/> 經常經歷至少一種複雜的社會或環境因素影響他們的健康（例如，無法獲得食物和穩定的住房，無法工作或參與社區，不良童年經歷 (ACEs) 的歷史，最近與與心理健康等相關的執法) <p style="text-align: center;">並且</p> <input type="checkbox"/> 能夠在社區支持下持續居住在社區中，例如家庭支持服務 (IHSS) 服務、膳食等。
<input type="checkbox"/>	5. 護理機構居民過渡到社區（不包括中級護理設施和亞急性護理設施。）	會員目前居住在中級護理機構或亞急性機構中護理設施？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 選擇所有適用於成員的選項： <input type="checkbox"/> 有可能搬出該機構； <p style="text-align: center;">並且</p> <input type="checkbox"/> 有可能成功地做到這一點的候選人（有強大的社會支持或護理支持）

	18 歲及以上的成人	會員資格標準
		<p style="text-align: center;">並且</p> <input type="checkbox"/> 能夠在社區持續居住
<input type="checkbox"/>	6. 有智力或發育障礙 (I/DD) 的個人 (接受 1915(c) 豁免服務或居住在中級護理機構的會員不包括在內。)	選擇所有適用於成員的選項： <input type="checkbox"/> 已確診為 I/DD； <p style="text-align: center;">並且</p> <input type="checkbox"/> 有資格獲得任何其他成人 ECM 關注人群的資格
<input type="checkbox"/>	7. 成年孕婦和產後個體面臨不良圍產期結局的風險	選擇所有適用於成員的選項： <input type="checkbox"/> 會員懷孕或產後（至 12 個月） <p style="text-align: center;">並且</p> <input type="checkbox"/> 會員有資格參加任何其他成人 ECM 關注人群