



CalAIM Enhanced Care Management (ECM) 의뢰 양식

회원 이름: _____ CIN 번호: _____

참고: 회원 은 CalOptima Health 자격이 되어야 합니다.

1 단계: 아래에 해당하는 모든 정보를 입력하고 2 단계 및 3 단계로 이동하십시오.

의뢰 정보:

의뢰 날짜: _____	의뢰한 사람: _____
기관 또는 회원과의 관계: _____	
의뢰한 의료 제공자 National Provider Identifier (NPI) (해당되는 경우): _____	
전화번호: _____	팩스: _____ 이메일: _____

회원 정보:

회원 이름: _____	CIN 번호: _____
회원 생년월일: _____	주치의: _____
회원 전화번호: _____	회원 이메일: _____
회원의 선호하는 언어: _____	
회원은 CalAIM ECM 서비스를 위한 의뢰에 동의하였습니다: 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	

2 단계: 해당되는 모든 증상에 표시하십시오. 모든 필요한 박스에 표시하시고 제출하기 전에 지원 문서를 첨부하십시오.

3 단계: 회원이 Kaiser Permanente 이외의 건강 네트워크에 속해 있는 경우 완성한 의뢰 양식과 지원 문서를 CalOptima Health 로 보내십시오. 모든 Kaiser Permanente 의뢰는 팩스, 이메일 또는 우편으로 Kaiser Permanente 에 직접 보내십시오.

CalOptima Health Enhanced Care Management 건강 네트워크 연락처

건강 네트워크	고객 서비스부 전화번호(회원을 위한)	의뢰 제출	우편 주소:
CalOptima Health Direct 및 건강 네트워크 (Kaiser Permanente 제외)	1-888-587-8088	팩스: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856
Kaiser Permanente	1-866-551-9619	보안 이메일:	Kaiser Permanente

		RegCareCoordCaseMgmt @kp.org	Attention: Medi-Cal and State Programs (Second Floor) 393 E. Walnut St. Pasadena, CA 91188
--	--	---------------------------------	---

	18 세 및 이상	회원 자격 조건
<input type="checkbox"/>	1. 노숙자 경험 또는 위험	<p>회원에게 해당하는 항목 <u>하나</u>를 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 노숙생활 또는 만성 노숙생활</p> <p><input type="checkbox"/> 노숙생활 위험 (앞으로 30 일 이내)</p> <p><input type="checkbox"/> 가정 폭력 탈출</p> <p style="text-align: center;">그리고</p> <p>회원에게 해당하는 항목 <u>하나</u>를 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 심각한 의료 증상, 또는</p> <p><input type="checkbox"/> 심각한 행동 증상, 또는</p> <p><input type="checkbox"/> 심각한 발달 장애</p>
<input type="checkbox"/>	2. 피할 수 있는 병원 또는 응급실 이용자의 위험에 처함	<p>회원에 해당하는 항목 <u>하나</u>를 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 지난 6 개월동안 5 번 이상 응급실(ER) 방문, 또는</p> <p><input type="checkbox"/> 지난 6 개월동안 3 번 이상 계획하지 않은 입원, 또는</p> <p><input type="checkbox"/> 지난 6 개월동안 단기 전문요양시설 에 3 번 이상 체류</p>
<input type="checkbox"/>	3. 심각한 정신 질병(SMI) 또는 약물 사용 장애 (Substance Use Disorder, SUD)	<p>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 심각한 정신 건강 증상, 및/또는</p> <p><input type="checkbox"/> 약물 사용 장애 (SUD)</p> <p style="text-align: center;">그리고</p> <p><input type="checkbox"/> 건강에 영향을 미치는 적어도 하나의 복잡한 사회적 요인을 적극적으로 경험 (예: 식량 부족, 안정적인 주택, 일하거나 지역 사회에 참여할 수 없음, 불리한 아동기 경험(ACE) 이력, 이전 위탁 청소년, 최근 정신 건강 및/또는 약물 사용 증상 또는 행동 건강과 관련된 법 집행 기관과 접촉 이력)</p> <p style="text-align: center;">그리고</p> <p>회원에 해당하는 항목 <u>하나</u>를 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 정신과 입원 위험이 높음, 또는</p>

	18 세 및 이상	회원 자격 조건
		<p><input type="checkbox"/> 위기 서비스, 긴급 치료, 응급실 또는 병원을 유일한 건강 관리 소스로 사용, 또는</p> <p><input type="checkbox"/> 지난 12 개월 동안 약물 남용 또는 과용으로 인해 2 회 이상 응급실 또는 병원에 입원한 경우, 또는</p> <p><input type="checkbox"/> 지난 12 개월 동안 심각한 정신 건강 증상으로 인해 2 회 이상 응급실 또는 병원에 입원한 경우, 또는</p> <p><input type="checkbox"/> 약물 과용 및/또는 자살 위험이 높음, 또는</p> <p><input type="checkbox"/> 임신했거나 또는 산후 (출산 후 12 개월)</p>
<input type="checkbox"/>	4. 장기요양시설에 들어갈 위험이 있는 성인	<p>회원에게 해당하는 항목 <u>하나</u>를 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 전문 간호 시설(SNF) 수준의 치료 기준을 충족하는 지역사회에 거주하는 성인, 또는</p> <p><input type="checkbox"/> 급성 질환 또는 부상의 예방, 진단 또는 치료를 위한 시간 제한 및/또는 간헐적 의료 및 간호 서비스, 지원 및/또는 장비와 같은 낮은 심각성의 전문 간호가 필요합니다</p> <p style="text-align: center;">그리고</p> <p>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 건강에 영향을 미치는 적어도 하나의 복잡한 사회적 요인을 적극적으로 경험 (예: 식량 부족, 안정적인 주택, 일하거나 지역 사회에 참여할 수 없음, 불리한 아동기 경험(ACE) 이력, 이전 위탁 청소년, 최근 정신 건강 및/또는 약물 사용 증상 또는 행동 건강과 관련된 법 집행 기관과 접촉 이력)</p> <p style="text-align: center;">그리고</p> <p><input type="checkbox"/> 가정 내 지원 서비스(IHSS) 서비스, 식사 등과 같은 포괄적 지원을 통해 지역사회에서 지속적으로 거주할 수 있습니다</p>
<input type="checkbox"/>	5. 지역 사회로 전환하는 요양 시설 거주자 (중급 요양시설 및 아급성 요양시설은 제외.)	<p>회원이 현재 중급 요양시설 또는 아급성 요양시설에 거주하고 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p> <p>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 시설에서 이사나가는 데 관심이 있습니다</p>

	18 세 및 이상	회원 자격 조건
		<p style="text-align: center;">그리고</p> <p><input type="checkbox"/> 성공적으로 수행할 가능성이 있는 지원자(강력한 사회적 지원 또는 간병 지원이 있음)</p> <p style="text-align: center;">그리고</p> <p><input type="checkbox"/> 지역사회에서 지속적으로 거주 가능</p>
<input type="checkbox"/>	<p>6. 지적 또는 발달 장애가 있는 개인(I/DD) (1915(c) 면제 서비스를 받거나 중간 치료 시설에 거주하는 회원은 제외됩니다.)</p>	<p>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> I/DD 진단을 받았음</p> <p style="text-align: center;">그리고</p> <p><input type="checkbox"/> 자격이 되는 다른 모든 성인 ECM 집단의 초점 적격</p>
<input type="checkbox"/>	<p>7. 불리한 주산기 결과의 위험에 처한 임신 및 산후 성인 개인</p>	<p>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 임신 중이거나 산후(12 개월까지)인 경우</p> <p style="text-align: center;">그리고</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 자격이 되는 다른 모든 성인 ECM 집단의 초점 적격임</p>