



Mẫu đơn Giới thiệu Dịch vụ Điều phối Y tế Tăng cường (Enhanced Care Management, ECM) của Chương trình CalAIM

Tên của 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 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 Môi quan hệ với Thành viên: _____		
Số Nhận diện (NPI) của Nhà Cung cấp Dịch vụ thực hiện việc Giới thiệu (nếu có): _____		
Số 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: _____
Số Điện thoại của Thành viên: _____	Email của Thành viên: _____
Ngôn ngữ mà Thành viên Mong muốn Sử dụng: _____	
Thành viên đồng ý được giới thiệu đến các dịch vụ Điều phối Y tế Tăng cường của Chương trình CalAIM: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	

Bước 2. Xin chọn tất cả những tình trạng có áp dụng. Xin điền vào tất cả các ô vuông được yêu cầu và đính kèm bất cứ tài liệu hỗ trợ nào trước khi nộp.

Bước 3: Xin gửi mẫu đơn giới thiệu đã được điền đầy đủ và các tài liệu hỗ trợ đến CalOptima Health nếu thành viên thuộc bất cứ nhóm y tế nào khác ngoài trừ Kaiser Permanente. Xin trực tiếp gửi tất cả các giấy giới thiệu của Kaiser Permanente đến Kaiser Permanente bằng fax, email, hoặc qua đường bưu điện.

Thông Tin Liên Lạc của Nhóm Y Tế cho dịch vụ Điều Phối Y Tế Tăng Cường của CalOptima Health

Nhóm Y tế	Số Điện thoại Văn phòng Dịch vụ (dành cho Thành viên)	Nộp giấy Giới thiệu	Địa chỉ Gửi thư
CalOptima Health Direct và Các Nhóm Y Tế (Ngoại trừ Kaiser Permanente)	1-888-587-8088	Bằng fax: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856

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
--------------------------	----------------	---	--

	Người lớn từ 18 tuổi trở lên	Tiêu chuẩn về sự Hội đủ Điều kiện của Thành viên
<input type="checkbox"/>	1. Đang Trải Qua Hoặc Có Nguy Cơ Bị Vô Gia Cư	<p>Chọn <u>một</u> tình trạng áp dụng cho thành viên:</p> <p><input type="checkbox"/> Vô gia cư hoặc vô gia cư dài hạn</p> <p><input type="checkbox"/> Có nguy cơ bị vô gia cư (trong vòng 30 ngày tới)</p> <p><input type="checkbox"/> Trốn tránh tình trạng bạo lực trong gia đình</p> <p style="text-align: center;">VÀ</p> <p>Chọn <u>một</u> tình trạng áp dụng cho thành viên:</p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh trạng nghiêm trọng, hoặc</p> <p><input type="checkbox"/> Tình trạng hành vi nghiêm trọng, hoặc</p> <p><input type="checkbox"/> Rối loạn phát triển nghiêm trọng</p>
<input type="checkbox"/>	2. Có Nguy Cơ Tránh Phải Nhập Viện hoặc Sử Dụng Phòng Cấp Cứu	<p>Chọn <u>một</u> tiêu chuẩn áp dụng cho thành viên:</p> <p><input type="checkbox"/> Vào phòng cấp cứu (ER) từ 5 lần trở lên trong 6 tháng qua, hoặc</p> <p><input type="checkbox"/> Nhập viện mà không dự tính trước từ 3 lần trở lên trong 6 tháng qua, hoặc</p> <p><input type="checkbox"/> Ở lại cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian ngắn từ 3 lần trở lên trong 6 tháng qua</p>
<input type="checkbox"/>	3. Bệnh Tâm Thần Nghiêm Trọng hoặc Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện (Substance Use Disorder, SUD)	<p>Chọn tất cả những tiêu chuẩn áp dụng cho thành viên:</p> <p><input type="checkbox"/> Tình trạng sức khỏe tâm thần nghiêm trọng, và/hoặc</p> <p><input type="checkbox"/> Rối loạn Sử dụng Chất gây nghiện</p> <p style="text-align: center;">VÀ</p> <p><input type="checkbox"/> Đang trải qua ít nhất một yếu tố xã hội phức tạp có ảnh hưởng đến sức khỏe của họ (thí dụ, thiếu thực phẩm, nhà ở không ổn định, không có khả năng làm việc hoặc tham gia vào các hoạt động cộng đồng, có trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (adverse childhood experiences, ACEs), là thanh thiếu niên được nhận nuôi trước đây, trong thời gian gần đây đã từng liên lạc với cơ quan thực thi pháp luật về sức khỏe tâm thần và/hoặc các triệu chứng sử dụng chất gây nghiện hoặc các hành vi liên quan)</p> <p style="text-align: center;">VÀ</p> <p>Chọn <u>một</u> tình trạng áp dụng cho thành viên:</p> <p><input type="checkbox"/> Nguy cơ cao phải vào cơ sở tâm thần, hoặc</p>

	Người lớn từ 18 tuổi trở lên	Tiêu chuẩn về sự Hội đủ Điều kiện của Thành viên
		<input type="checkbox"/> Sử dụng các dịch vụ khủng hoảng, chăm sóc khẩn cấp, phòng cấp cứu (ER) hoặc bệnh viện như là nguồn chăm sóc sức khỏe duy nhất, hoặc <input type="checkbox"/> Vào phòng cấp cứu (ER) hoặc bệnh viện từ 2 lần trở lên trong 12 tháng qua vì sử dụng hoặc sử dụng quá liều chất gây nghiện, hoặc <input type="checkbox"/> Vào phòng cấp cứu (ER) hoặc bệnh viện từ 2 lần trở lên trong 12 tháng qua vì một tình trạng sức khỏe tâm thần nghiêm trọng, hoặc <input type="checkbox"/> Có nguy cơ cao sử dụng quá liều và/hoặc tự tử, hoặc <input type="checkbox"/> Đang mang thai hoặc sau khi sinh (12 tháng kể từ ngày sinh)
<input type="checkbox"/>	4. Người Lớn Có Nguy Cơ Phải Vào Viện Chăm Sóc Dài Hạn	Chọn <u>một</u> tiêu chuẩn áp dụng cho thành viên: <input type="checkbox"/> Người lớn sống trong cộng đồng đáp ứng tiêu chuẩn mức độ chăm sóc của viện điều dưỡng chuyên môn (SNF), hoặc <input type="checkbox"/> Yêu cầu dịch vụ điều dưỡng chuyên môn ở mức độ thấp, như các dịch vụ, hỗ trợ y tế và điều dưỡng có thời gian giới hạn và/hoặc không liên tục, và/hoặc thiết bị đề phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc điều trị bệnh cấp tính hoặc chấn thương <p style="text-align: center;">VÀ</p> Chọn tất cả những tiêu chuẩn áp dụng cho thành viên: <input type="checkbox"/> Đang trải qua ít nhất một yếu tố xã hội phức tạp hoặc có các yếu tố môi trường ảnh hưởng đến sức khỏe của họ (thí dụ, thiếu thực phẩm, nhà ở không ổn định, không có khả năng làm việc hoặc tham gia vào các hoạt động cộng đồng, có trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (ACEs), trong thời gian gần đây đã từng liên lạc với cơ quan thực thi pháp luật về sức khỏe tâm thần, v.v...) <p style="text-align: center;">VÀ</p> <input type="checkbox"/> Có thể tiếp tục cư trú trong cộng đồng với sự hỗ trợ toàn diện, thí dụ như các dịch vụ của chương trình Dịch Vụ Tại Nhà (In-Home Supportive Services, IHSS), các bữa ăn, v.v...

<input type="checkbox"/>	<p>5. Các Thành Viên Sống Tại Viện Điều Dưỡng Được Chuyển Tiếp Ra Cộng Đồng (Trung Tâm Chăm Sóc Trung Cấp hoặc Trung Tâm Chăm Sóc Bán Cấp Tỉnh bị loại trừ.)</p>	<p>Hiện nay, thành viên có đang cư trú tại Trung Tâm Chăm Sóc Trung Cấp hoặc Trung Tâm Chăm Sóc Bán Cấp Tỉnh không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Chọn tất cả những tiêu chuẩn áp dụng cho thành viên:</p> <p><input type="checkbox"/> Quan tâm đến việc ra khỏi viện chăm sóc;</p> <p style="text-align: center;">VÀ</p> <p><input type="checkbox"/> Những ứng cử viên có khả năng thực hiện thành công (có sự hỗ trợ mạnh mẽ từ cộng đồng hoặc hỗ trợ chăm sóc)</p> <p style="text-align: center;">VÀ</p> <p><input type="checkbox"/> Có thể tiếp tục cư trú trong cộng đồng</p>
<input type="checkbox"/>	<p>6. Những người Bị Khuyết Tật Trí Tuệ hoặc Phát Triển (I/DD) (Các thành viên đang nhận các dịch vụ miễn trừ 1915(c) hoặc đang cư trú trong Viện Chăm Sóc Trung Cấp bị loại trừ.)</p>	<p>Chọn tất cả những tiêu chuẩn phù hợp với thành viên:</p> <p><input type="checkbox"/> Được chẩn đoán bị khuyết tật trí tuệ hoặc phát triển (I/DD);</p> <p style="text-align: center;">VÀ</p> <p><input type="checkbox"/> Đủ tiêu chuẩn để hội đủ điều kiện trong bất cứ nhóm người trưởng thành nào là trọng tâm của chương trình Điều phối Y tế Tăng cường</p>
<input type="checkbox"/>	<p>7. Người Trưởng Thành Đang Mang Thai và Sau Khi Sinh Có Nguy Cơ Gặp Các Vấn Đề Bất Lợi Trong Quá Trình Sinh Nở</p>	<p>Chọn tất cả những tiêu chuẩn phù hợp với thành viên:</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên đang mang thai hoặc sau khi sinh (trong suốt thời gian 12 tháng)</p> <p style="text-align: center;">VÀ</p> <p><input type="checkbox"/> Thành viên hội đủ điều kiện trong bất cứ nhóm người trưởng thành nào là trọng tâm của chương trình Điều phối Y tế Tăng cường</p>