

نموذج إحالة لخدمات الدعم المجتمعي من CalAIM

اسم العضو: _____ رقم تعريف الشركة (CIN): _____

ملاحظة: ينبغي أن يكون العضو مؤهلاً لعضوية CalOptima Health. **الخطوة 1:** يُرجى استيفاء كل المعلومات أدناه والانتقال إلى الخطوة 2 و3. الحقول التي تحمل علامة النجمة * مطلوبة.

معلومات الإحالة:

تاريخ الإحالة*:	_____	أحاله من قبل*:	_____
الوكالة أو الصلة بالعضو*:	_____		
رقم مُعرّف مزود الإحالة الوطني (NPI) (إن وجد):	_____		
هاتف*:	_____	فاكس:	_____
بريد إلكتروني*:	_____		

معلومات العضو:

اسم العضو*:	_____	رقم تعريف الشركة (CIN)*:	_____
تاريخ ميلاد العضو*:	_____	مزود الرعاية الأولية (PCP):	_____
هاتف:	_____	بريد إلكتروني:	_____
لغة العضو المفضلة*:	_____	هل العضو في المستشفى حالياً؟	_____

الخطوة 2. حدد خانات خدمات الدعم المجتمعي التي يود العضو الحصول عليها. يتوفر في الصفحات التالية معلومات أهلية إضافية حول خدمات الدعم المجتمعي. **يُرجى استكمال تحديد الخانات المطلوبة قبل التقديم.**

الخطوة 3: يُرجى إرسال نموذج الإحالة والمستندات الداعمة عبر الفاكس أو البريد إلى CalOptima Health.

بيانات التواصل مع شبكة الرعاية الصحية التابعة لخدمات الدعم المجتمعي لـ CalOptima Health

عنوان البريد	تقديم الإحالة	خدمة العملاء رقم الهاتف (الأعضاء)	الشبكة الصحية
CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856	فاكس: 1-714-338-3145	1-888-587-8088	CalOptima Health Direct Health Networks و

خدمات الإسكان		
<p>خدمات المساعدة في الانتقال السكني</p> <p><input type="checkbox"/> تُقدم مساعدة للأعضاء للحصول على سكن والاستعداد للانتقال إليه.</p>	<p>حدد إحدى الخيارات التي تنطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى</p> <p>أو</p> <p><input type="checkbox"/> يتعرض العضو لخطر العيش بلا مأوى إضافة إلى عوائق سكنية كبيرة</p> <p>أو</p> <p><input type="checkbox"/> يُمنح العضو أولوية في الحصول على الدعم السكني الدائم أو مساعدة في الإيجار عبر Coordinated Entry System بمقاطعة Orange</p>	<input type="checkbox"/>
<p>تأمين الإسكان</p> <p>يخصص، وينسق ويمول نفقات الانتقال والخدمات الأساسية للمعيشة الأساسية باستثناء السكن والغذاء. الأعضاء الواجب تلقيهم خدمات المساعدة في الانتقال السكني.</p>	<p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى أو يواجه خطر العيش بلا مأوى</p> <p><input type="checkbox"/> يتلقى العضو خدمات المساعدة في الانتقال السكني</p> <p>أدرج اسم موفر خدمة المساعدة في المسكن: _____</p> <p>(سيتم طلب مستندات إضافية من هذا الموفر.)</p> <p>يُمنح العضو أولوية في الحصول على الدعم السكني أو مساعدة في الإيجار عبر نظام Coordinated Entry System بمقاطعة Orange</p> <p>هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف</p>	<input type="checkbox"/>
<p>خدمات تأجير واستمرار الدعم السكني</p> <p>توفر خدمات التعليم، والتدريب والدعم للحفاظ على الأمن واستدامة الإيجار بمجرد تأمين السكن.</p>	<p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى</p> <p><input type="checkbox"/> يتلقى العضو خدمات المساعدة في الانتقال السكني</p> <p>أدرج اسم موفر خدمة المساعدة في المسكن: _____</p> <p>(سيتم طلب مستندات إضافية من هذا الموفر.)</p> <p><input type="checkbox"/> يُمنح العضو أولوية في الحصول على الدعم السكني أو مساعدة في الإيجار عبر نظام Coordinated Entry System بمقاطعة Orange</p> <p>هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف</p>	<input type="checkbox"/>
<p>التأهيل النهاري</p> <p>يساعد الأعضاء في اكتساب مهارات المساعدة الذاتية، والتفاعل الاجتماعي والتكيف اللازمة للعيش في بيئتهم الطبيعية.</p>	<p>حدد إحدى الخيارات التي تنطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى</p> <p><input type="checkbox"/> يتعرض العضو لخطر العيش بلا مأوى أو الرعاية المؤسسية</p> <p><input type="checkbox"/> ظل العضو بلا مأوى ودخل برنامج الإسكان خلال الـ 24 شهرًا الماضية</p>	<input type="checkbox"/>

الخدمات المقدمة لدخول الرعاية اللاحقة للحالات الحادة أو دخول مركز ما بعد الرعاية التمريضية

<p>حدد إحدى الخيارات التي تنطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى أو يواجه خطر أن يكون بلا مأوى</p> <p><input type="checkbox"/> يواجه العضو حالة قد تحتاج إلى رعاية المستشفى أو رعاية ما بعد المستشفى</p> <p><input type="checkbox"/> يعيش العضو وحده دون توفر دعم رسمي</p> <p><u>يُرجى إرفاق نموذج رعاية النفاهة أو نموذج إحالة الإقامة قصيرة الأجل في المستشفى</u></p>	<p>رعاية النفاهة</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>توفر إقامة رعاية قصيرة للأفراد الذين لا يتطلب بقائهم في المستشفى، ولكن ما زالوا في حاجة إلى الاستشفاء من إصابة، أو مرض أو حالة صحية نفسية.</p>
<p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> العضو بلا مأوى أو يواجه خطر أن يكون بلا مأوى</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> يخرج العضو من قسم رعاية النفاهة، أو المستشفى، أو مركز علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، أو مركز علاج الصحة العقلية أو مرفق التمريض</p> <p><u>يُرجى إرفاق نموذج رعاية النفاهة أو نموذج إحالة STPHH</u></p>	<p>الإقامة قصيرة الأجل في المستشفى (STPHH)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>تساعد الأعضاء من ذوي الحاجات الطبية أو حاجات الصحة السلوكية المرتفعة من الإقامة قصيرة الأجل بعد مغادرة المستشفى، أو مركز الاستشفاء، أو مركز رعاية النفاهة أو أي منشأة أخرى.</p>
<p>راجع معايير الأهلية الآتية:</p> <p>1. يجري حاليًا تلقي خدمات مستوى الرعاية (Level of Care, LOC) الخاص بمرفق التمريض الضروري من الناحية الطبية، وبدلاً من البقاء في مرفق التمريض أو الراحة الطبية يختار الانتقال إلى المنزل ومتابعة تلقي خدمات LOC الخاص بمركز التمريض الضروري من الناحية الطبية؛ و</p> <p>2. عاش أكثر من 60 يوم في دار رعاية أو مكان استراحة طبية و</p> <p>3. لديه اهتمام بالعودة إلى المجتمع، و</p> <p>4. قادر على العيش في أمان بالمجتمع من خلال الخدمات ووسائل الدعم المناسبة والفعالة من حيث التكلفة.</p> <p>يفي العضو بكافة معايير هذا القسم ليكون مؤهلاً: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف</p>	<p>خدمات الانتقال المجتمعي</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>توفر الانتقال من مرفق التمريض إلى منزل.</p>
<p>راجع معايير الأهلية الآتية:</p> <p>1. أقمت أكثر من 60 يوماً في مرفق تمريض؛ و</p> <p>2. أنوي العيش في مرفق الرعاية الدائمة كبديل عن مرفق التمريض؛ و</p> <p>3. قادر على الإقامة بأمان في مرفق الرعاية الدائمة مع وجود خدمات ومساعدات مناسبة وبتكلفة منخفضة.</p> <p>يستوفي العضو جميع المعايير في هذا القسم: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف</p>	<p>أ. الانتقال من مرفق التمريض إلى مرفق الرعاية الدائمة</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>نقل الأعضاء من مرفق التمريض إلى مرفق الرعاية الدائمة للبالغين وكبار السن.</p>

الخدمات المقدمة في المنزل	
<p>راجع معايير الأهلية الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> مهتم بالبقاء في المجتمع؛ و <input type="checkbox"/> ينوي وقادر على الإقامة بأمان في مرفق الرعاية الدائمة مع وجود خدمات ومساعدات مناسبة وبتكلفة منخفضة؛ و <input type="checkbox"/> يتلقى خدمات LOC والإمدادات الطبية اللازمة من الناحية الطبية أو يستوفي الحد الأدنى من معايير تلقي هذه الخدمات في مرفق الرعاية الدائمة. <p>يستوفي العضو جميع المعايير في هذا القسم: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف</p>	<p><input type="checkbox"/> ب: تحويل مرفق التمريض إلى مرفق الرعاية الدائمة</p> <p>انتقال الأعضاء الذين يحتاجون - بدون هذه المساعدة- إلى الإقامة في مركز تمريض وانتقالهم بدلاً من ذلك إلى الرعاية السكنية أو مرفق الرعاية السكنية للبالغين وكبار السن.</p>
<p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> يواجه العضو حالة قد تحتاج إلى رعاية المستشفى أو الاعتماد على مؤسسة في أحد المرافق التمريضية <input type="checkbox"/> لدى المريض عجز وظيفي ولا يتوفر نظام دعم كاف <p style="text-align: center;">و</p> <p>حدد إحدى الخيارات التي تنطبق:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> تمت الموافقة على توفير خدمات المساعدة المنزلية (In-Home Supportive Services, IHSS) للعضو وقدم طلباً لزيادة عدد الساعات الذي لا زال معلقاً <input type="checkbox"/> تقدم العضو بطلب الحصول على IHSS وينتظر عملية إتمام التقييم <p>هل يرغب أحد أفراد العائلة أو صديق في أن يصبح مقدم رعاية؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف</p>	<p><input type="checkbox"/> الرعاية الشخصية وخدمات المهام المنزلية</p> <p>تقديم احتياجات الرعاية المتعلقة بأنشطة الحياة اليومية (ADL) مع الرعاية الشخصية وخدمات المهام المنزلية إلى الأعضاء الذين يحتاجون إلى المساعدة.</p>
<p>أجب عن جميع الأقسام أدناه:</p> <p>تتوفر الخدمات المؤقتة المنزلية إلى العضو في منزله/ منزلها أو في أي مكان يُعد منزلاً له.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> سواء وُجد مقدم رعاية مؤهل أو لا يوجد، فإنه يتعين إقامة العضو في مركز التمريض <p>هناك أوقات وتواريخ محددة يحتاج فيها العضو إلى مقدم رعاية مؤقت:</p> <p>التواريخ: _____ الأوقات: _____</p> <p>يحتاج العضو إلى خدمات أخرى تشترط وجود مقدم رعاية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> خدمات الدعم المنزلية (IHSS) <input type="checkbox"/> الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS) <input type="checkbox"/> المركز الإقليمي <input type="checkbox"/> مقدم رعاية شخصي <input type="checkbox"/> لا يمكن تطبيقه <p>هل يحتاج العضو إلى خدمات الرعاية الفورية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>	<p><input type="checkbox"/> الخدمات المؤقتة</p> <p>توفير فترة راحة للمسؤولين عن رعاية الأعضاء الذين يتولون الإشراف على نحو مؤقت. هذه الخدمة مختلفة عن الخدمات الطبية المؤقتة أو خدمات الرعاية في فترة النقاهة، وتوفر الراحة للمسؤولين عن الرعاية فقط.</p> <p>تقتصر على 336 ساعة سنوياً.</p>

وجبات مصممة طبيًا و/أو علاج تغذية طبي

توفر الوجبات المصممة طبيًا للأعضاء في المنزل بعد الخروج من المستشفى أو مركز التمريض أو إذا كانت ضرورية طبيًا.

اختر جميع ما ينطبق:

- العضو موجود حاليًا في المستشفى أو في مرفق التمريض وتعد الوجبات المصممة طبيًا جزءًا من خطة الخروج. (سيؤدي هذا إلى تشغيل طلب عاجل.)
- يجب أن يستوفي العضو إحدى الحالات الطبية التالية:
- التهاب المفاصل
- أمراض المناعة الذاتية
- السرطان
- اضطرابات القلب والأوعية الدموية
- قصور القلب الاحتقاني (CHF)
- اضطرابات الصحة النفسية/السلوكية المزمنة أو المعيقة
- مرض الكلى المزمن (CKD)
- اضطرابات الرئة المزمنة
- مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD)
- الإصابة بمقدمات مرض السكري أو مرض السكري أو سكري الحمل
- صعوبة في مضغ الطعام (مثل الفك السلبي)
- حساسية غذائية خطيرة موثقة (مثل مرض الاضطرابات الهضمية والفول السوداني وما إلى ذلك)
- مرض الكبد في المرحلة النهائية
- ارتفاع نسبة الكوليسترول
- حالات الفترة المحيطة بالولادة عالية الخطورة
- ارتفاع ضغط الدم
- مرض التهاب الأمعاء
- اضطراب عصبي معرفي كبير
- السمنة
- التهاب المفاصل البيوريني (النقرس)
- السكتة الدماغية
- أخرى (يرجى التوضيح): _____

أو

يجب أن يستوفي العضو إحدى معايير الإلتفاع التالية:

- خرج العضو مؤخرًا من المستشفى أو مرفق خدمات التمريض المتخصصة
 - العضو معرض لخطر كبير للدخول إلى المستشفى أو وضعه في مرافق التمريض
 - العضو لديه احتياجات تنسيق رعاية مكثفة.
- إن كانت الإجابة نعم، إشرح:

<p>يتبع العضو نظام غذائي خاص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إن كانت الإجابة نعم، اشرح:</p> <p><input type="checkbox"/> يتلقى العضو خدمات تقديم وجبات أخرى من برامج ممولة محلياً أو على مستوى الولاية أو فيدرالياً.</p> <p>يوجد ثلاجة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هناك طريقة لإعادة تسخين الوجبات بأمان؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>	
<p>تقديم طلب لنظام استجابة الطوارئ الشخصية (Personal Emergency Response System, PERS)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> يتعرض العضو لخطر الحجز في مرفق التمريض</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> ناقش العضو احتياجه إلى تغييرات في المنزل مع مزود الرعاية الأولية (Primary Care Provider, PCP)</p> <p><input type="checkbox"/> وثق الـ PCP الضرورة الطبية لهذه الخدمة وسيقدم الوثائق مع الطلب</p> <p>هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف</p>	<p><input type="checkbox"/> التكيف مع الوصول البيئي</p> <p>توفير وسائل التكيف المادي للمنزل اللازمة للحفاظ على صحة الأعضاء وسلامتهم وعافيتهم، أو لمساعدة الأعضاء على البقاء في المنزل.</p>
<p>اختر جميع ما ينطبق:</p> <p><input type="checkbox"/> ذهب العضو إلى قسم الطوارئ أو أقام في المستشفى في الـ 12 شهرًا الماضية</p> <p><input type="checkbox"/> حصل العضو على زيارتين رعاية عاجلة أو مرضية في الـ 12 شهرًا الماضية</p> <p><input type="checkbox"/> حصل المريض على درجة 19 أو أقل في اختبار السيطرة على الربو</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> وثق الـ PCP الاحتياج الطبي لهذه الخدمة وسيقدم الوثائق مع الطلب</p> <p>هل سبق أن تلقيت هذه الخدمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف</p>	<p><input type="checkbox"/> علاج الربو</p> <p>توفر معلومات للأعضاء حول الإجراءات المتخذة بشأن المنزل لتقليل التعرض البيئي الذي قد يؤدي إلى ظهور أعراض الربو وتوفر المعدات اللازمة.</p>