



فرم ارجاع پشتیبانی جامعه CalAIM

نام عضو: _____ شماره شناسایی CIN: _____

توجه: عضو باید از نظر Health CalOptima واجد شرایط باشد.
مرحله 1: لطفاً اطلاعات مورد نیاز را در فرم وارد کنید و به مراحل 2 و 3 بروید. پاسخ به قسمتهای دارای ستاره (*) الزامی است.

اطلاعات ارجاع:

تاریخ ارجاع*:	_____
ارجاع شده توسط*:	_____
سازمان یا نسبت با عضو*:	_____
شناسه ارائه دهنده ملی ارجاع دهنده (National Provider Identifier, NPI) (در صورت وجود):	_____
تلفن*:	_____
فکس: ایمیل*:	_____
نوع ارجاع:	<input type="checkbox"/> معمول <input type="checkbox"/> فوری*
*در صورتی که دریافت مجوز در یک بازه زمانی معمول، برای زندگی یا سلامت عضو مضر باشد، توانایی عضو را برای بازیابی حداکثر عملکرد به خطر بیندازد، یا منجر به از دست دادن جان، عضوی از بدن یا سایر عملکردهای اصلی بدن شود، می‌توان درخواست مجوز فوری ارائه داد. چنین درخواستی باید ظرف 72 ساعت یا به محض اینکه وضعیت سلامتی عضو ایجاب کند، مورد بررسی قرار گیرد.	

اطلاعات عضو:

نام عضو*:	_____
شماره شناسایی CIN*:	_____
تاریخ تولد عضو*:	_____
پزشک مراقبتهای درمانی اصلی (Primary Care Provider, PCP):	_____
تلفن:	_____
ایمیل:	_____
زبان ترجیحی عضو*:	_____
آیا عضو در حال حاضر در بیمارستان است؟	_____

مرحله 2: کادرهای مربوط به حمایت‌های اجتماعی که عضو مایل به دریافت آن است را علامت‌گذاری کنید. صفحات بعد اطلاعات بیشتری در مورد واجد شرایط بودن برای پشتیبانی‌های اجتماعی را ارائه می‌دهند. لطفاً قبل از ارسال، تمام قسمتهای لازم را تکمیل کنید.

مرحله 3: فرم ارجاع تکمیل شده و مدارک پشتیبان را به CalOptima Health فکس یا پست کنید.

اطلاعات تماس پشتیبانی اجتماعی شبکه درمانی CalOptima Health

شبکه درمانی	خدمات مشتریان شماره تلفن (برای اعضا)	ارائه ارجاع	آدرس پستی
CalOptima Health Direct و شبکه های درمانی	1-888-587-8088	فکس: 1-714-338-3145	CalOptima Health به آدرس: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856

خدمات مسکن	
<p><input type="checkbox"/> خدمات یافتن و انتقال به مسکن Housing Transition) Navigation Services, HTNS) به اعضا در یافتن، درخواست و به دست آوردن مسکن کمک می‌کند.</p>	<p>در صورتی که در مورد شما صدق می‌کند، انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو شرایط زیر را برای عوامل خطر اجتماعی و بالینی برآورده می‌کند:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> الزام عامل خطر اجتماعی - تجربه بی خانمانی یا در معرض خطر بی خانمانی همانطور که در بخش 91.5 از عنوان 24 قانون مقررات فدرال (Code of Federal Regulations, CFR) تعریف شده است، با سه اصلحیه زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در صورت خروج از یک موسسه، افراد در صورتی بی‌خانمان محسوب می‌شوند که صرف نظر از مدت زمان اقامت در موسسه، بلافاصله قبل از ورود به آن موسسه بی‌خانمان بوده باشند یا در طول آن اقامت بی‌خانمان شوند؛ - بازه زمانی برای یک فرد یا خانواده ای که به زودی مسکن را از دست می‌دهد از 14 روز برای افراد بی خانمان و 21 روز برای افرادی که طبق تعریف فعلی وزارت مسکن و شهرسازی (Department of Housing and Urban Development, HUD) در معرض خطر بی خانمانی قرار می‌گیرند به 30 روز افزایش می‌یابد؛ و - برای تعریف در معرض خطر بی خانمانی در بخش 91.5 از قانون CFR 24، شرط داشتن درآمد سالانه کمتر از 30 درصد متوسط درآمد خانواده برای منطقه، همانطور که توسط HUD تعیین شده است، اعمال نخواهد شد. <p style="text-align: center;">و</p> <p>2. <input type="checkbox"/> الزام عامل خطر بالینی - باید یک یا چند مورد از عوامل خطر بالینی واجد شرایط زیر را داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا (-Medi Cal Specialty Mental Health Services, SMHS) را برآورده می‌کند؛ - <input type="checkbox"/> معیارهای دسترسی برای Drug Medi-Cal یا (Drug Medi-Cal, DMC) یا سیستم ارائه خدمات سازماندهی شده Drug Medi-Cal یا (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) که توسط راهنمای سیاست پشتیبانی اجتماعی DHCS تعریف شده است را برآورده می‌کند؛ - <input type="checkbox"/> یک یا چند بیماری جسمی مزمن جدی داشته باشد؛ - <input type="checkbox"/> یک یا چند معلولیت جسمی، ذهنی یا رشدی؛ یا - <input type="checkbox"/> اعضای باردار تا حداکثر 12 ماه پس از زایمان. <p style="text-align: center;">یا</p>

خدمات مسکن

<p><input type="checkbox"/> اعضای که واجد شرایط اجاره انتقالی (Transitional Rent) تشخیص داده شده‌اند. این افراد به طور خودکار واجد شرایط دریافت خدمات یافتن و انتقال به مسکن (HTNS) هستند.</p> <p style="text-align: center;">یا</p> <p><input type="checkbox"/> اعضای که برای دریافت یک واحد مسکونی حمایتی دائمی یا منبع یارانه اجاره از طریق سیستم ورود هماهنگ بی‌خانمان‌های محلی (Coordinated Entry System, CES) یا سیستم مشابهی که برای استفاده از اطلاعات جهت شناسایی افراد با آسیب‌پذیری بالا دارای معلولیت و/یا یک یا چند بیماری مزمن جدی و/یا بیماری روانی جدی، بستری در مراکز نگهداری یا نیازمند خدمات اقامتی به دلیل اختلال مصرف مواد و/یا خروج از زندان طراحی شده است، در اولویت قرار دارند.</p>	
<p style="text-align: center;">در صورتی که در مورد شما صدق می‌کند، انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو شرایط زیر را برای عوامل خطر اجتماعی و بالینی برآورده می‌کند:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> الزام عامل خطر اجتماعی - تجربه بی‌خانمانی یا در معرض خطر بی‌خانمانی همانطور که در بخش 91.5 از عنوان 24 قانون مقررات فدرال (Code of Federal Regulations, CFR) تعریف شده است، با سه اصلحیه زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در صورت خروج از یک موسسه، افراد در صورتی بی‌خانمان محسوب می‌شوند که صرف نظر از مدت زمان اقامت در موسسه، بلافاصله قبل از ورود به آن موسسه بی‌خانمان بوده باشند یا در طول آن اقامت بی‌خانمان شوند؛ - بازه زمانی برای یک فرد یا خانواده ای که به زودی مسکن را از دست می‌دهد از 14 روز برای افراد بی‌خانمان و 21 روز برای افرادی که طبق تعریف فعلی وزارت مسکن و شهرسازی (Department of Housing and Urban Development, HUD) در معرض خطر بی‌خانمانی قرار می‌گیرند به 30 روز افزایش می‌یابد؛ و - برای تعریف در معرض خطر بی‌خانمانی در بخش 91.5 از قانون CFR 24، شرط داشتن درآمد سالانه کمتر از 30 درصد متوسط درآمد خانواده برای منطقه، همانطور که توسط HUD تعیین شده است، اعمال خواهد شد. <p style="text-align: center;">و</p> <p>2. <input type="checkbox"/> الزام عامل خطر بالینی - باید یک یا چند مورد از عوامل خطر بالینی واجد شرایط زیر را داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان (Medi-Cal یا Medi-) یا (Cal Specialty Mental Health Services, SMHS) را برآورده می‌کند؛ - <input type="checkbox"/> معیارهای دسترسی برای Drug Medi-Cal یا (Drug Medi-Cal, DMC) یا Drug Medi-Cal یا (Organized Delivery System, DMC-ODS) که توسط راهنمای سیاست پشتیبانی اجتماعی DHCS تعریف شده است را برآورده می‌کند؛ - <input type="checkbox"/> یک یا چند بیماری جسمی مزمن جدی داشته باشد؛ - <input type="checkbox"/> یک یا چند معلولیت جسمی، ذهنی یا رشدی؛ یا 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> پیش پرداخت مسکن</p> <p>کمک به شناسایی، هماهنگی، تهیه یا تأمین بودجه خدمات و اصلاحات یکباره لازم برای توانمندسازی فرد جهت تهیه یک مسکن اولیه (به استثنای خوابگاه و تغذیه).</p>

خدمات مسکن

<p>- <input type="checkbox"/> اعضای باردار تا حداکثر 12 ماه پس از زایمان.</p> <p style="text-align: center;">یا</p> <p><input type="checkbox"/> اعضای که واجد شرایط اجاره انتقالی (Transitional Rent) تشخیص داده شده‌اند. این افراد به طور خودکار واجد شرایط دریافت پیش پرداخت مسکن هستند.</p> <p style="text-align: center;">یا</p> <p><input type="checkbox"/> اعضای که برای دریافت یک واحد مسکونی حمایتی دائمی یا منبع یارانه اجاره از طریق سیستم ورود هماهنگ بی‌خانمان‌های محلی (Coordinated Entry System, CES) یا سیستم مشابهی که برای استفاده از اطلاعات جهت شناسایی افراد با آسیب‌پذیری بالا دارای معلولیت و/یا یک یا چند بیماری مزمن جدی و/یا بیماری روانی جدی، بستری در مراکز نگهداری یا نیازمند خدمات اقامتی به دلیل اختلال مصرف مواد و/یا خروج از زندان طراحی شده است، در اولویت قرار دارند.</p>		
<p style="text-align: center;">در صورتی که در مورد شما صدق می‌کند، انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو شرایط زیر را برای عوامل خطر اجتماعی و بالینی برآورده می‌کند:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> الزام عامل خطر اجتماعی - تجربه بی‌خانمانی یا در معرض خطر بی‌خانمانی همانطور که در بخش 91.5 از عنوان 24 قانون مقررات فدرال (Code of Federal Regulations, CFR) تعریف شده است، با سه اصلاحیه زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در صورت خروج از یک موسسه، افراد در صورتی بی‌خانمان محسوب می‌شوند که صرف نظر از مدت زمان اقامت در موسسه، بلافاصله قبل از ورود به آن موسسه بی‌خانمان بوده باشند یا در طول آن اقامت بی‌خانمان شوند؛ - بازه زمانی برای یک فرد یا خانواده ای که به زودی مسکن را از دست می‌دهد از 14 روز برای افراد بی‌خانمان و 21 روز برای افرادی که طبق تعریف فعلی وزارت مسکن و شهرسازی (Department of Housing and Urban Development, HUD) در معرض خطر بی‌خانمانی قرار می‌گیرند به 30 روز افزایش می‌یابد؛ و - برای تعریف در معرض خطر بی‌خانمانی در بخش 91.5 از قانون CFR 24، شرط داشتن درآمد سالانه کمتر از 30 درصد متوسط درآمد خانواده برای منطقه، همانطور که توسط HUD تعیین شده است، اعمال نخواهد شد. <p style="text-align: center;">و</p> <p>2. <input type="checkbox"/> الزام عامل خطر بالینی - باید یک یا چند مورد از عوامل خطر بالینی واجد شرایط زیر را داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا Medi-Cal (Medi-Cal Specialty Mental Health Services, SMHS) را برآورده می‌کند؛ - <input type="checkbox"/> معیارهای دسترسی برای Drug Medi-Cal یا Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC) یا Drug Medi-Cal یا Drug Medi-Cal (Organized Delivery System, DMC-ODS) که توسط راهنمای سیاست 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">خدمات اجاره مسکن و حفظ آن (Housing Tenancy and Sustaining Services, HTSS)</p> <p>به عضو کمک می‌کند تا پس از تأمین مسکن، اجاره امن و پایداری داشته باشد.</p>	

خدمات مسکن

<p>پشتیبانی اجتماعی DHCS تعریف شده است را برآورده می‌کند؛</p> <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> یک یا چند بیماری جسمی مزمن جدی داشته باشد؛ - <input type="checkbox"/> یک یا چند معلولیت جسمی، ذهنی یا رشدی؛ یا - <input type="checkbox"/> اعضای باردار تا حداکثر 12 ماه پس از زایمان. <p style="text-align: center;">یا</p> <p><input type="checkbox"/> اعضای که واجد شرایط اجاره انتقالی (Transitional Rent) تشخیص داده شده‌اند. این افراد به طور خودکار واجد شرایط دریافت خدمات یافتن و انتقال به مسکن (HTSS) هستند.</p> <p style="text-align: center;">یا</p> <p><input type="checkbox"/> اعضای که برای دریافت یک واحد مسکونی حمایتی دائمی یا منبع یارانه اجاره از طریق سیستم ورود هماهنگ بی‌خانمان‌های محلی (Coordinated Entry System, CES) یا سیستم مشابهی که برای استفاده از اطلاعات جهت شناسایی افراد با آسیب‌پذیری بالا دارای معلولیت و/یا یک یا چند بیماری مزمن جدی و/یا بیماری روانی جدی، بستری در مراکز نگهداری یا نیازمند خدمات اقامتی به دلیل اختلال مصرف مواد و/یا خروج از زندان طراحی شده است، در اولویت قرار دارند.</p>		
<p>یک گزینه که در مورد شما صدق می‌کند، انتخاب کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> عضو در وضعیت بی‌خانمانی است. <input type="checkbox"/> عضو در 24 ماه گذشته از وضعیت بی‌خانمانی خارج شده و مسکن گرفته است. <input type="checkbox"/> عضو طبق تعریف بند 91.5 از عنوان 24 مجموعه قوانین فدرال (Code of Federal Regulations, CFR)، با سه اصلاحیه زیر، در معرض خطر بی‌خانمانی قرار دارد: <ol style="list-style-type: none"> 1. در صورت خروج از یک موسسه، افراد در صورتی بی‌خانمان محسوب می‌شوند که صرف نظر از مدت زمان اقامت در موسسه، بلافاصله قبل از ورود به آن موسسه بی‌خانمان بوده باشند یا در طول آن اقامت بی‌خانمان شوند؛ 2. بازه زمانی برای یک فرد یا خانواده ای که به زودی مسکن را از دست می‌دهد از 14 روز برای افراد بی‌خانمان و 21 روز برای افرادی که طبق تعریف فعلی وزارت مسکن و شهرسازی (Department of Housing and Urban Development, HUD) در معرض خطر بی‌خانمانی قرار می‌گیرند به 30 روز افزایش می‌یابد؛ و 3. برای تعریف در معرض خطر بی‌خانمانی در بخش 91.5 از قانون CFR 24، شرط داشتن درآمد سالانه کمتر از 30 درصد متوسط درآمد خانواده برای منطقه، همانطور که توسط HUD تعیین شده است، اعمال نخواهد شد. 	<p><input type="checkbox"/> توانبخشی روزانه</p> <p>به اعضا در کسب، حفظ و بهبود مهارت‌های خودیاری، اجتماعی‌سازی و سازگاری لازم برای زندگی موفقیت‌آمیز در محیط معمول اعضا کمک می‌کند.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>در صورتی که در مورد شما صدق می‌کند، انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو هر سه معیار جمعیت سلامت رفتاری مورد نظر (Behavioral Health Population of Focus) را دارد.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> الزام عامل خطر بالینی - باید یک یا چند مورد از عوامل خطر بالینی واجد شرایط زیر را داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان (Medi-Cal یا Medi-) 	<p><input type="checkbox"/> اجاره انتقالی</p>	<input type="checkbox"/>

خدمات مسکن

یا (Cal Specialty Mental Health Services, SMHS) را برآورده می‌کند؛ یا

- معیارهای دسترسی برای Drug Medi-Cal یا (Drug Medi-Cal, DMC) یا سیستم ارائه خدمات سازماندهی شده Drug Medi-Cal یا (Drug Medi-Cal, ODS) که توسط راهنمای سیاست پشتیبانی اجتماعی DHCS تعریف شده است را برآورده می‌کند.

2. الزام عامل خطر اجتماعی - تجربه بی خانمانی یا در معرض خطر بی خانمانی همانطور که در بخش 91.5 از عنوان 24 قانون مقررات فدرال (Code of Federal Regulations, CFR) تعریف شده است، با سه اصلاحیه زیر:

- در صورت خروج از یک موسسه، افراد در صورتی بی‌خانمان محسوب می‌شوند که صرف نظر از مدت زمان اقامت در موسسه، بلافاصله قبل از ورود به آن موسسه بی‌خانمان بوده باشند یا در طول آن اقامت بی‌خانمان شوند؛

- بازه زمانی برای یک فرد یا خانواده ای که به زودی مسکن را از دست می‌دهد از 14 روز برای افراد بی خانمان و 21 روز برای افرادی که طبق تعریف فعلی وزارت مسکن و شهرسازی (Department of Housing and Urban Development, HUD) در معرض خطر بی خانمانی قرار می‌گیرند به 30 روز افزایش می‌یابد؛ و

- برای تعریف در معرض خطر بی خانمانی در بخش 91.5 از قانون CFR 24، شرط داشتن درآمد سالانه کمتر از 30 درصد متوسط درآمد خانواده برای منطقه، همانطور که توسط HUD تعیین شده است، اعمال نخواهد شد.

3. الزامات اضافی - عضو باید یکی از موارد زیر را داشته باشد:

a. الزامات جمعیت در حال انتقال (در صورت وجود، یکی را انتخاب کنید):

i. انتقال از یک محیط مسکونی سازمانی یا گروهی: افرادی که از یک

محیط مسکونی سازمانی یا گروهی، شامل اما نه محدود به بستری یا مسکونی در بیمارستان، مرکز بستری درمان اختلال مصرف مواد، مرکز بستری یا مسکونی سلامت روان یا مرکز سالمندان، منتقل می‌شوند.

ii. انتقال از یک محیط زندان: افرادی که از زندان ایالتی، زندان کانتی،

کانون اصلاح و تربیت جوانان یا سایر مراکز کیفری ایالتی، محلی یا فدرال که در آنجا به طور غیرارادی و از طریق اقدامات مقامات اجرای قانون در بازداشت بوده‌اند، آزاد می‌شوند.

iii. انتقال از مسکن موقت: افرادی که در حال انتقال از مسکن موقت،

اسکان مجدد سریع، پناهگاه خشونت خانگی یا مسکن خشونت خانگی، پناهگاه بی‌خانمان‌ها یا سایر مسکن‌های موقت، چه توسط HUD تأمین مالی یا اداره شوند و چه در سطح ایالتی یا محلی، هستند.

iv. انتقال از مراقبت‌های دوره بهبودی یا مسکن کوتاه‌مدت پس از

بستری شدن در بیمارستان: افرادی که از مسکن کوتاه‌مدت پس از بستری شدن در بیمارستان یا مرکز مراقبت‌های دوره بهبودی خارج می‌شوند، چه اقامت تحت پوشش مراقبت‌های مدیریت شده Medi-Cal managed care بوده باشد و چه منبع دیگری.

خدمات مسکن

<p>v. <input type="checkbox"/> انتقال از سیستم سرپرستی موقت: افرادی که تا سن 26 سالگی (که در 18 سالگی یا بعد از آن در سیستم سرپرستی موقت بودند) در کالیفرنیا یا ایالت دیگر از سرپرستی موقت خارج شده اند.</p> <p>یا</p> <p>b. <input type="checkbox"/> تجربه بی‌خانمانی بدون سرپناه: افراد یا خانواده‌هایی که محل اقامت اصلی شبانه آنها مکانی عمومی یا خصوصی است که برای خواب منظم انسان‌ها طراحی نشده یا معمولاً به عنوان محل خواب استفاده نمی‌شود، از جمله ماشین، پارکینگ، ساختمان متروکه، ایستگاه اتوبوس یا قطار، فرودگاه یا محل کمپینگ.</p> <p>یا</p> <p>c. <input type="checkbox"/> واجد شرایط برای مشارکت کامل خدمات (Eligible for Full Service Partnership, FSP): یک برنامه جامع سلامت رفتاری برای افرادی است که با مشکلات همزمان سلامت روان قابل توجه و/یا شرایط سوء مصرف مواد زندگی می‌کنند و نیاز به خدمات جامع و کامل را نشان داده‌اند.</p> <p><input type="checkbox"/> لطفاً طرح حمایت از مسکن (Housing Support Plan) را پیوست کنید.</p>	
---	--

خدمات ارائه شده برای پذیرش پس از مراقبت‌های حاد یا پس از پذیرش در مرکز پرستاری

<p>در صورتی که در مورد شما صدق می‌کند، انتخاب کنید: (اعضا باید هر دو معیار زیر را داشته باشند)</p> <p><input type="checkbox"/> عضو برای بهبودی از جراحی یا بیماری نیاز به بهبودی دارد.</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> عضو طبق تعریف بند 91.5 از عنوان 24 مجموعه قوانین فدرال (Code of Federal Regulations, CFR)، با سه اصلاحیه زیر، در معرض خطر بی‌خانمانی قرار دارد:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. در صورت خروج از یک موسسه، افراد در صورتی بی‌خانمان محسوب می‌شوند که صرف نظر از مدت زمان اقامت در موسسه، بلافاصله قبل از ورود به آن موسسه بی‌خانمان بوده باشند یا در طول آن اقامت بی‌خانمان شوند؛ 2. بازه زمانی برای یک فرد یا خانواده ای که به زودی مسکن را از دست می‌دهد از 14 روز برای افراد بی‌خانمان و 21 روز برای افرادی که طبق تعریف فعلی وزارت مسکن و شهرسازی (Department of Housing and Urban Development, HUD) در معرض خطر بی‌خانمانی قرار می‌گیرند به 30 روز افزایش می‌یابد؛ و 3. برای تعریف در معرض خطر بی‌خانمانی در بخش 91.5 از قانون CFR 24، شرط داشتن درآمد سالانه کمتر از 30 درصد متوسط درآمد خانواده برای منطقه، همانطور که توسط HUD تعیین شده است، اعمال نخواهد شد. 	<p><input type="checkbox"/> مراقبت‌های بهبودی</p> <p>این نوع مراقبت که با عنوان مراقبت‌های بهبودی موقت نیز شناخته می‌شود، برای افرادی است که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند یا در معرض خطر آن هستند و برای بهبودی از جراحی یا بیماری (از جمله یک بیماری رفتاری) به یک محیط مسکونی کوتاه‌مدت نیاز دارند.</p>
--	---

لطفاً فرم ارجاع مراقبت های بهبودی یا STPHH را پیوست کنید

<p>در صورتی که در مورد شما صدق می کند، انتخاب کنید: (اعضا باید همه شرایط زیر را داشته باشند)</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در حال ترک یک موسسه است، که شامل مراکز مراقبت های بهبودی (از جمله مراکز تحت پوشش مراقبت های بهبودی حمایتی جامعه یا سایر مراکز خارج از Medi-Cal)، بیمارستان های بستری (اعم از حاد یا روانپزشکی یا بیمارستان درمان و بستگی به مواد و بهبودی اعتیاد)، مرکز درمانی اقامتی اختلال مصرف مواد یا سلامت روان، مراکز اصلاح و تربیت یا مراکز پرستاری می شود.</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> عضو طبق تعریف بند 91.5 از عنوان 24 مجموعه قوانین فدرال (Code of Federal Regulations, CFR)، با سه اصلاحیه زیر، در معرض خطر بی خانمانی قرار دارد:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. در صورت خروج از یک موسسه، افراد در صورتی بی خانمان محسوب می شوند که صرف نظر از مدت زمان اقامت در موسسه، بلافاصله قبل از ورود به آن موسسه بی خانمان بوده باشند یا در طول آن اقامت بی خانمان شوند؛ 2. بازه زمانی برای یک فرد یا خانواده ای که به زودی مسکن را از دست می دهد از 14 روز برای افراد بی خانمان و 21 روز برای افرادی که طبق تعریف فعلی وزارت مسکن و شهرسازی (Department of Housing and Urban Development, HUD) در معرض خطر بی خانمانی قرار می گیرند به 30 روز افزایش می یابد؛ و 3. برای تعریف در معرض خطر بی خانمانی در بخش 91.5 از قانون CFR 24، شرط داشتن درآمد سالانه کمتر از 30 درصد متوسط درآمد خانواده برای منطقه، همانطور که توسط HUD تعیین شده است، اعمال نخواهد شد. <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> عضو یکی از معیارهای زیر را داشته باشد:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. در حال دریافت ECM است؛ 2. یک یا چند بیماری مزمن جدی داشته باشد؛ 3. بیماری روانی جدی داشته باشد؛ یا 4. در معرض خطر نهادینه شدن یا نیاز به خدمات مسکونی در نتیجه اختلال مصرف مواد باشد. <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> عضو طبق تشخیص یک متخصص درمانی واجد شرایط، نیازهای سلامت جسمی یا رفتاری مداومی دارد که در صورت عدم دریافت STPHH، نیاز به مراقبت مداوم نهادینه در مراکز</p>	<p><input type="checkbox"/> مسکن کوتاه مدت پس از ترخیص از بیمارستان (Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH)</p> <p>به اعضای که از یک موسسه خارج می شوند و بی خانمانی را تجربه می کنند یا در معرض خطر بی خانمانی هستند، این فرصت را می دهد که بلافاصله پس از خروج از موسسه، روند بهبودی خود را در زمینه اختلالات پزشکی/روانپزشکی/مصرف مواد ادامه دهند.</p>

خدمات ارائه شده برای پذیرش پس از مراقبت های حاد یا پس از پذیرش در مرکز پرستاری

<p>درمانی خواهد داشت.</p> <p>لطفاً فرم ارجاع مراقبت های بهبودی یا STPHH را پیوست کنید</p>	
<p>معیارهای واجد شرایط بودن زیر را بررسی کنید:</p> <p>1. در حال حاضر خدمات ضروری مراقبت در سطح مرکز پرستاری (Level of Care, LOC) را دریافت می کند و به جای ماندن در مرکز پرستاری یا مراکز نفاخت پزشکی، تصمیم به انتقال به خانه و ادامه دریافت خدمات سطح مراقبت (LOC) مرکز پرستاری دارای ضرورت پزشکی را دارند، و</p> <p>2. بیش از 60 روز در مرکز پرستاری یا مرکز نفاخت پزشکی زندگی کرده است، و</p> <p>3. علاقه مند به بازگشت به جامعه، و</p> <p>4. قادر به اقامت ایمن در جامعه با پشتیبانی و خدمات مناسب و مقرون به صرفه است.</p> <p>عضو تمام معیارهای این بخش برای واجد شرایط شدن را دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مشخص نیست <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> خدمات انتقال به جامعه یا خانه</p> <p>این طرح که قبلاً با عنوان «خدمات انتقال به جامعه/انتقال از مرکز پرستاری به خانه» شناخته می شد، به افراد کمک می کند تا در جامعه خود زندگی کنند و از بستری شدن طولانی تر در یک مرکز پرستاری جلوگیری شود.</p>
<p>معیارهای واجد شرایط بودن زیر را بررسی کنید:</p> <p>عضو ساکن در یک مرکز پرستاری که:</p> <p>1. بیش از 60 روز در یک مرکز پرستاری اقامت داشته است، و</p> <p>2. مایل به زندگی در یک تسهیلات زندگی کمکی به عنوان جایگزینی برای یک مرکز پرستاری است، و</p> <p>3. قادر به اقامت ایمن در یک ALF باشد.</p> <p>عضو ساکن در جامعه که:</p> <p>1. علاقه مند به ماندن در جامعه است؛ و</p> <p>2. قادر و مایل به اقامت ایمن در یک ALF باشند؛ و</p> <p>3. حداقل معیارهای لازم برای دریافت خدمات LOC در مرکز پرستاری را داشته باشد و به جای مراجعه به مرکز، تصمیم بگیرد که در جامعه بماند و همچنان خدمات LOC از نظر پزشکی ضروری مرکز پرستاری را در یک ALF دریافت کند.</p> <p>عضوی که واجد شرایط باشد، تمام معیارهای بخش «سکونت در مرکز سالمندان» یا «سکونت در جامعه» را دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مشخص نیست <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> انتقال به مراکز تسهیلات زندگی کمکی (Assisted Living Facility, ALF)</p> <p>این طرح که قبلاً با عنوان که «انتقال/تغییر از مرکز تسهیلات پرستاری به مراکز تسهیلات زندگی کمکی مانند مراکز مراقبت مراقبت مسکونی برای سالمندان و تسهیلات اقامتی بزرگسالان» شناخته می شد، به گونه ای طراحی شده است که به اعضا در زندگی در جامعه کمک کند و در صورت امکان از نهادینه شدن در مراکز نگهداری سالمندان جلوگیری کند.</p>

<p>خدمات ارائه شده در خانه</p>	
<p>در صورتی که در مورد شما صدق می کند، انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در معرض خطر بستری شدن در بیمارستان یا بستری شدن در یک مرکز پرستاری است؛</p>	<p><input type="checkbox"/> مراقبتهای شخصی و خدمات خانه داری</p> <p>به اعضای که برای فعالیت های روزمره زندگی (activities of)</p>

خدمات ارائه شده در خانه

<p style="text-align: center;">یا</p> <p><input type="checkbox"/> دارای ناتوانیهای عملکردی است و سیستم حمایتی مناسب دیگری ندارد:</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p>یک گزینه که در مورد شما صدق می کند، انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> این عضو به برنامه خدمات حمایتی در منزل (IHSS) ارجاع داده شده و از طریق فهرست مراجع عمومی (Public Authority Registry) به دنبال یک مراقب می‌گردد.</p> <p>تاریخ ارسال درخواست IHSS: _____</p> <p>وضعیت درخواست IHSS:</p> <p><input type="checkbox"/> در حال بررسی</p> <p><input type="checkbox"/> تأیید شده — ساعت خدمات IHSS در ماه: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ارد درخواست</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در حال حاضر IHSS دریافت می‌کند و به ساعات خدمات بیشتری نیاز دارد.</p> <p>درخواست ارزیابی مجدد در حال بررسی است و در این مدت به یک مراقب برای پشتیبانی نیاز است.</p> <p>تاریخ درخواست تجدید ارزیابی: _____</p> <p>ساعت خدمات IHSS در ماه: _____</p> <p><input type="checkbox"/> عضو واجد شرایط IHSS نیست و به خدماتی نیاز دارد که به او کمک کند از اقامت کوتاه‌مدت در یک مرکز پرستاری تخصصی (که نباید بیش از 60 روز باشد) اجتناب کند.</p> <p>در صورت وجود، اطلاعیه اقدام IHSS که نشان‌دهنده رد درخواست است را ارائه دهید.</p>	<p>daily living, ADLs) مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، تواله رفتن، راه رفتن یا غذا خوردن به کمک نیاز دارند، خدمات ارائه می‌دهد.</p>
<p style="text-align: center;">در صورتی که در مورد شما صدق می کند، انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در جامعه زندگی می‌کند و در فعالیت‌های روزمره زندگی (activities of daily living, ADLs) خود دچار مشکل است و بنابراین به یک مراقب واجد شرایط وابسته است که بیشتر حمایت‌های مورد نیاز او را فراهم می‌کند و برای جلوگیری از بستری شدن در مراکز درمانی به کمک مراقب نیاز دارد.</p> <p style="text-align: center;">به تمام بخش های زیر پاسخ دهید:</p> <p>خدمات استراحت در خانه به عضو در خانه خود یا مکان دیگری که به عنوان خانه استفاده می شود ارائه می شود.</p> <p><input type="checkbox"/> عضو وابسته به یک مراقب واجد شرایط است که و بدون آن مراقب، عضو باید در یک مرکز پرستاری بستری شود</p> <p>عضو تاریخ ها و زمان های خاصی برای نیاز به یک مراقب در زمان مهلت استراحت دارد:</p> <p style="text-align: right;">تاریخ:</p>	<p style="text-align: center;">خدمات استراحت <input type="checkbox"/></p> <p>به مراقبین اعضایی که نیاز به نظارت موقت متناوب دارند، امکان استراحت موقت ارائه می دهد. این خدمات متمایز از مهلت پزشکی یا مراقبت های بازبازی است و فقط برای مراقب امکان استراحت را فراهم می کند.</p> <p>محدودیت 336 ساعت در سال تقویمی است.</p>

CalOptima Health, A Public Agency

MCAL MM 25-4314_DHCS File&Use 12.19.25_CS Referral Update Transitional Rent

CalOptima Health Community Supports Referral_Update Transitional Rent_<F>

MMA 4314 12-04-25 MC & CA

خدمات ارائه شده در خانه

<p>زمان: _____ عضو خدمات دیگری دریافت می کند که یک مراقب برای او ارائه می دهد: <input type="checkbox"/> خدمات پشتیبانی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS) <input type="checkbox"/> خدمات مبتنی بر جامعه بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS) <input type="checkbox"/> مرکز منطقه ای <input type="checkbox"/> مراقب خصوصی <input type="checkbox"/> در این زمینه صدق نمی کند آیا عضو به خدمات مراقبت فوری نیاز دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>عضو باید یک مورد از شرایط پزشکی زیر را داشته باشد: <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <input type="checkbox"/> دیس لیپیدمی یا چربی خون <input type="checkbox"/> کبد چرب <input type="checkbox"/> سوء تغذیه <input type="checkbox"/> چاقی مفرط <input type="checkbox"/> سکنه مغزی <input type="checkbox"/> اختلالات دستگاه گوارش <input type="checkbox"/> دیابت زمان بارداری <input type="checkbox"/> شرایط پرخطر بارداری <input type="checkbox"/> اختلالات سلامت روانی/رفتاری مزمن یا ناتوان کننده <input type="checkbox"/> سایر موارد (لطفا توضیح دهید): _____ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> وعده های غذایی متناسب با نیازهای پزشکی (Medically Tailored Meals, MTMs / غذاهای حمایتی پزشکی Medically Supportive) Food, MSF) طراحی شده برای رسیدگی به بیماری های مزمن یا سایر بیماری های جدی افراد که به تغذیه حساس هستند، که منجر به بهبود نتایج سلامتی و کاهش هزینه های غیر ضروری می شود.</p>
<p>آیا عضو رژیم غذایی خاصی دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بله، توضیح دهید: _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در حال دریافت سایر خدمات تحویل غذا از برنامه های بودجه محلی، ایالتی یا فدرال است <input type="checkbox"/> عضو در حال حاضر در بیمارستان یا مرکز پرستاری است و وعده های غذایی متناسب با وضعیت پزشکی بخشی از طرح ترخیص است.</p>	

خدمات ارائه شده در خانه

<p>آیا عضو یخچال دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا راهی برای گرم کردن مجدد غذاها وجود دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>آیا برای یک سیستم واکنش اضطراری شخصی (Personal Emergency Response System, PERS) درخواست شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورتی که در مورد شما صدق می کند، انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضوی که در معرض خطر بستری شدن در یک مرکز پرستاری است</p> <p>ارائه دهنده باید اطمینان حاصل کند:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در مورد نیاز به اصلاح خانه با ارائه دهنده مراقبت های اولیه (primary care provider, PCP) صحبت کرده است.</p> <p><input type="checkbox"/> PCP نیاز پزشکی را برای این خدمات با مدارک تائید کرده است و در صورت درخواست اسناد را ارائه خواهد کرد</p> <p>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مشخص نیست <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> سازگاری های دسترسی محیطی (Environmental Accessibility Adaptations, EAA)</p> <p>همچنین به عنوان اصلاحات خانه شناخته می شود، سازگاری های فیزیکی با خانه است که برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی فرد ضروری است، یا فرد را قادر می سازد تا با استقلال بیشتری در خانه عمل کند، که بدون آن عضو نیاز به بستری شدن در آسایشگاه خواهد داشت.</p>
<p>در صورتی که در مورد شما صدق می کند، انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در 12 ماه گذشته به بخش اورژانس (emergency department, ED) مراجعه کرده یا در بیمارستان بستری شده است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در 12 ماه گذشته به دلیل بیماری 2 ویزیت پزشک یا مراجعه به مرکز مراقبت فوری داشته است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در آزمون کنترل آسم نمره 19 یا کمتر دارد</p> <p><input type="checkbox"/> یک ارائه دهنده خدمات درمانی دارای مجوز، مستند کرده باشد که این خدمات احتمالاً از بستری شدن در بیمارستان، مراجعه به اورژانس یا سایر خدمات پر هزینه مرتبط با آسم جلوگیری می کند.</p> <p>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مشخص نیست <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> درمان آسم</p> <p>خدمات بهبود آسم می تواند از حملات حاد آسم که می تواند منجر به نیاز به خدمات اورژانسی و بستری شدن در بیمارستان شود، جلوگیری کند. شامل لوازم و/یا اصلاحات فیزیکی در محیط خانه است که برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی یک عضو یا برای قادر ساختن عضو به فعالیت در خانه با کاهش احتمال تجربه حملات حاد آسم ضروری است.</p>