ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ В ПРОГРАММУ ЕСМ — ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Пожалуйста, заполните разделы 1-6. Если вы не можете заполнить какой-либо обязательный раздел, обратитесь за помощью на бесплатную линию Службы поддержки по телефону 1-800-587-8088 (линия ТТУ: 711) до отправки формы.

1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ Поля, отмеченные звездочкой (*), являются обязательными для заполнения.	
Дата направления*	
Тип направления*	☐ Стандартное ☐ Ускоренное
Название плана управляемого медицинского обслуживания участника*	
Имя участника*	
Фамилия участника*	
Индексный номер клиента Medi-Cal (CIN) участника	
Идентификационный номер участника в плане управляемого медицинского обслуживания	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ) участника*	
Основной номер телефона участника*	
Предпочтительный язык общения участника	
Имя основного лечащего врача (PCP) участника	

1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ Поля, отмеченные звездочкой (*), являются обязательными для заполнения.

Адрес проживания участника	☐ Отметьте, если: у участника нет постоянного адреса. При наличии, укажите место, где участник останавливается чаще всего.
Город проживания участника	
Почтовый индекс участника	
Адрес электронной почты участника	
Предпочтительный способ связи с участником / ухаживающим за участником лицом (если применимо)	☐ Телефон ☐ Электронная почта
Удобное время для связи с участником / ухаживающим за участником лицом	
Полное имя родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	
Телефон родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	
Адрес электронной почты родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	

2. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСТОЧНИКЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Название направляющей организации*	
Национальный идентификатор поставщика услуг (NPI)	

2. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСТОЧНИКЕ НАПРАВЛЕНИЯ

направляющей организации	
Полное имя лица, направившего участника*	
Должность направившего лица	
Контактный номер телефона направившего лица*	
Электронная почта направившего лица*	
Отношение направившего лица к участнику*	☐ Поставщик медицинских услуг ☐ Поставщик социальных услуг ☐ Другое Дополнительную информацию, пожалуйста, укажите в разделе 5 — Дополнительные комментарии
ТОЛЬКО ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НЕ ЯВЛЯЮЩИХСЯ ПОСТАВЩИКАМИ УСЛУГ ЕСМ)	Есть ли у участника предпочтительный поставщик услуг ЕСМ? Пожалуйста, выберите один из вариантов: ☐ Да, у участника есть предпочтительный поставщик услуг ЕСМ Имя координатора по уходу у предпочтительного поставщика услуг ЕСМ _____ Название предпочтительной организации, предоставляющей услуги ЕСМ _____ ☐ Нет, у участника нет предпочтительного поставщика услуг ЕСМ

2. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСТОЧНИКЕ НАПРАВЛЕНИЯ

**ТОЛЬКО ДЛЯ ПОСТАВЩИКОВ
УСЛУГ ЕСМ**

Рекомендует ли направляющая организация назначить именно себя в качестве поставщика услуг ЕСМ для данного участника?

Пожалуйста, выберите один из следующих вариантов:

- Да, наша организация должна выступать поставщиком услуг ЕСМ для этого участника
- Нет, мы рекомендуем назначить другого поставщика услуг ЕСМ, исходя из индивидуальных потребностей участника

Дополнительную информацию, пожалуйста, укажите в разделе 5 — Дополнительные комментарии.

- Нет, участник предпочитает выбрать другого поставщика услуг ЕСМ самостоятельно

Имя координатора по уходу у предпочтительного поставщика услуг ЕСМ

Предпочтительная организация, предоставляющая услуги ЕСМ

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ (В ВОЗРАСТЕ 21 ГОДА И СТАРШЕ) — ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ПУНКТЫ

Если направляемый участник является взрослым, внимательно ознакомьтесь с каждым критерием и укажите «да» для всех применимых критериев из каждой целевой группы. **Пожалуйста, оставьте пустыми все пункты, которые, насколько вам известно, не применимы.** Для указания областей, требующих дополнительной проверки со стороны плана управляемого медицинского обслуживания (МСР), используйте Раздел 5 — *Дополнительные комментарии*. Для получения дополнительной информации о критериях по целевым группам (POF) в рамках программы ЕСМ, пожалуйста, обратитесь к [Руководству по политике ЕСМ](#).

Если вы не уверены, соответствует ли участник критериям ЕСМ, позвоните на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health по телефону **1-800-587-8088** (линия ТТУ: **711**).

БЕЗДОМНОСТЬ: Взрослые, находящиеся в состоянии бездомности

(Примечание: для направления бездомных семей в программу ЕСМ используйте раздел «Дети/Молодежь»)

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует обоим следующим критериям:

Участник находится в состоянии бездомности (живет на улице, в приюте, ожидает потери жилья в течение 30 дней, покинул институциональное учреждение и оказался бездомным, либо спасается от межличностного насилия);

И

У участника имеется по крайней мере 1 серьезная физическая, поведенческая или связанная с развитием потребность в области здоровья (включая беременность или послеродовой период и до 12 месяцев после родов), для решения которой требуется координация медицинской помощи.

ПРЕДОТВРАТИМЫЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ИЛИ ОБРАЩЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ: Взрослые с риском предотвратимых госпитализаций или обращений в отделение экстренной помощи (ED)

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

Подтвердите, что участник соответствует хотя бы одному из следующих критериев:

- За последние 6 месяцев участник обращался в отделение экстренной помощи 5 или более раз, и эти случаи могли быть предотвращены при надлежащем уходе;

И/ИЛИ

- За последние 6 месяцев участник 3 или более раз был внепланово госпитализирован и/или помещён в учреждение квалифицированного сестринского ухода, и эти случаи могли быть предотвращены при надлежащем уходе.

- ТЯЖЁЛЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА/ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ: Взрослые с тяжёлыми психическими расстройствами и/или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (SUD), которым необходима поддержка**

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует всем нижеперечисленным критериям:

- Участник получает услуги и/или соответствует критериям хотя бы по одному из следующих направлений:
 - Специализированные услуги в области психического здоровья (SMHS), предоставляемые государственным страховым планом охраны психического здоровья (MHP): Участник испытывает значительное нарушение — например, стресс, инвалидность или затруднения в социальной, профессиональной или иной важной сфере жизни, ИЛИ существует обоснованная вероятность значительного ухудшения в важной сфере жизнедеятельности.
 - Организованная система предоставления услуг Drug Medi-Cal (DMC-ODS): Участнику поставлен по крайней мере 1 диагноз расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, или аддиктивного расстройства, за исключением расстройств, связанных с употреблением табака, а также расстройств, не связанных с употреблением психоактивных веществ.
 - Программа Drug Medi-Cal (DMC): Участнику поставлен по крайней мере 1 диагноз расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, или аддиктивного расстройства, за

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

исключением расстройств, связанных с употреблением табака, а также расстройств, не связанных с употреблением психоактивных веществ.

И

- Участник сталкивается по крайней мере с 1 сложным социальным фактором, негативно влияющим на его здоровье, включая, среди прочего: отсутствие доступа к полноценному питанию; отсутствие постоянного жилья; невозможность трудоустройства или участия в жизни общества; бывший приёмный подросток; недавние контакты с правоохранительными органами, связанные с симптомами психических расстройств или употребления психоактивных веществ.

И

- Участник соответствует 1 или нескольким из следующих медицинских критериев:
 - Повышенный риск госпитализации, передозировки и/или попытки самоубийства
 - Использование кризисных служб, отделений неотложной или экстренной помощи, либо стационарного лечения в качестве основного источника медицинской помощи
 - 2 и более обращения в отделение экстренной помощи или 2 и более госпитализации, связанные с тяжёлым психическим заболеванием или расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, в течение последних 12 месяцев;
 - Беременность или послеродовой период (до 12 месяцев после родов)

- УЧАСТИЕ В СИСТЕМЕ ПРАВОСУДИЯ: Взрослые, освобождённые из мест лишения свободы в течение последних 12 месяцев**

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует обоим следующим критериям:

- Участник в настоящее время освобождается из исправительного учреждения (например, тюрьмы, следственного изолятора или учреждения для несовершеннолетних) или был освобождён из исправительного учреждения в течение последних 12 месяцев;

И

- У участника диагностировано как минимум 1 из следующих состояний:
 - Психическое заболевание
 - Расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD)
 - Хроническое заболевание или значительное нехроническое клиническое состояние
 - Умственные нарушения или нарушения развития (I/DD)
 - Черепно-мозговая травма
 - ВИЧ/СПИД
 - Беременность или послеродовой период (до 12 месяцев после родов)

- ПОМЕЩЕНИЕ В УЧРЕЖДЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО УХОДА (LTC):
Взрослые, проживающие в сообществе и подверженные
рisku помещения в учреждение длительного ухода (LTC)**

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует всем нижеперечисленным критериям:

- Участник соответствует хотя бы 1 из следующих критериев:
 - проживает в сообществе и отвечает критериям уровня ухода в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF)
 - нуждается в менее интенсивном квалифицированном сестринском уходе, например, во временной и/или периодической медицинской и сестринской помощи, поддержке и/или оборудовании для профилактики, диагностики или лечения острого заболевания/травмы

И

- Участник в данный момент испытывает влияние как минимум одного серьезного социального или экологического фактора, который сказывается на его здоровье (включая, среди прочего: потребность в помощи при выполнении повседневных дел, трудности в общении, отсутствие доступа к пище, отсутствие стабильного жилья, проживание в одиночку, необходимость в опеке или сопровождаемом принятии решений, ненадлежащий или недостаточный уход, проявляющийся, например, в отсутствии контроля за безопасностью)

И

- Участник способен постоянно проживать в сообществе при наличии необходимой комплексной поддержки.

ПАЦИЕНТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА, ПЕРЕХОДЯЩИЕ К ЖИЗНИ В СООБЩЕСТВЕ: Пациенты, возвращающиеся из учреждений сестринского ухода к обычной жизни

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует всем нижеперечисленным критериям:

- Участник в настоящее время проживает в учреждении сестринского ухода и заинтересован в переезде из него

И

- Участник рассматривается как вероятный кандидат на успешную интеграцию в сообщество

И

- Участник способен проживать в сообществе на постоянной основе.

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

РАВЕНСТВО В РОДОВСПОМОЖЕНИИ: Беременные и родившие женщины с повышенным риском неблагоприятных перинатальных исходов

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует всем нижеперечисленным критериям:

Участница находится в состоянии беременности или в послеродовом периоде (в течение 12 месяцев после родов)

И

Участница относится к группе, подверженной расовым и этническим различиям в показателях материнской заболеваемости и смертности, согласно данным органов общественного здравоохранения штата Калифорния. С 2024 года к таким группам относятся: афроамериканцы, американские индейцы, коренные жители Аляски и жители островов Тихого океана (при направлении заявки следует учитывать самоидентификацию участницы).

4. УЧАСТИЕ В ДРУГИХ ПРОГРАММАХ И УСЛУГАХ (ПО ЖЕЛАНИЮ)

Пожалуйста, используйте **по желанию** дополнительную таблицу ниже, чтобы указать другие программы и услуги, которые участник получает в рамках Medi-Cal. Некоторые из этих услуг Medi-Cal могут требовать координации с программой ЕСМ. Поскольку некоторые другие услуги Medi-Cal могут предоставлять поддержку, аналогичную программе ЕСМ, участники не могут одновременно получать услуги ЕСМ и эти аналогичные услуги. План управляемого медицинского обслуживания будет рассматривать предоставленную ниже информацию и принимать решение о праве участника плана на участие в программе ЕСМ. Ответственность за определение права на участие в программе ЕСМ лежит на плане, а не на лице, направляющем участника.

Если участник, насколько это известно направляющему лицу, уже участвует в других программах по управлению уходом или координации услуг, которые требуют согласования с программой ЕСМ (например, в Калифорнийской программе медицинского обслуживания детей (CCS), программе целевого ведения пациента в рамках специализированной помощи в области психического здоровья (SMHS) и так далее), пожалуйста, укажите эту информацию в Разделе 5 — Дополнительные комментарии. **Пожалуйста, оставьте пустыми все пункты, которые, насколько вам известно, не применимы.**

ПРОГРАММЫ	
☐ План для лиц с особыми потребностями, имеющих двойное право на участие (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ Программа хосписной помощи (Hospice)
☐ Полностью интегрированные планы для лиц с особыми потребностями, имеющих двойное право на участие (Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ Программа комплексного обслуживания пожилых людей (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)

☐ Многоцелевая программа услуг для пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ Программа отказа от институционального ухода с правом самостоятельного выбора услуг (Self-Determination Program, SDP) для лиц с умственными нарушениями и нарушениями развития
☐ Программа отказа от институционального учреждения в пользу проживания с поддержкой (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ Калифорнийская программа перехода к жизни в обществе (California Community Transitions, CCT)
☐ Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг на дому и в сообществе (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	☐ Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг для людей, живущих с ВИЧ (HIV/AIDS Waiver)

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Пожалуйста, используйте этот раздел для внесения любых дополнительных замечаний или пояснений, касающихся разделов 1–4, если это необходимо.

6. ИНФОРМАЦИЯ О ПОДАЧЕ ФОРМЫ И ДАЛЬНЕЙШИХ ДЕЙСТВИЯХ

Отправляя данную форму, направляющее лицо подтверждает, что, насколько ему известно, вся предоставленная информация является достоверной.

Пожалуйста, направьте заполненную форму направления в программу ECM в CalOptima Health по электронной почте на адрес Referral@caloptima.org или факсом на номер 1-714-338-3145. После получения формы планы управляемого медицинского обслуживания рассмотрят её и примут решение о предоставлении доступа к программе ECM в течение 5 рабочих дней. Если участник соответствует критериям, поставщик услуг ECM свяжется с ним, чтобы подтвердить его заинтересованность в участии и зарегистрировать его для получения соответствующих услуг.

ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ В ПРОГРАММУ ЕСМ — ДЛЯ ДЕТЕЙ/ПОДРОСТКОВ

Пожалуйста, заполните разделы 1-6. Если вы не можете заполнить какой-либо обязательный раздел, обратитесь за помощью на бесплатную линию Службы поддержки по телефону 1-800-587-8088 (линия ТТУ: 711) до отправки формы.

1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ Поля, отмеченные звездочкой (*), являются обязательными для заполнения.	
Дата направления*	
Тип направления*	☐ Стандартное ☐ Ускоренное
Название плана управляемого медицинского обслуживания участника*	
Имя участника*	
Фамилия участника*	
Индексный номер клиента Medi-Cal (CIN) участника	
Идентификационный номер участника в плане управляемого медицинского обслуживания	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ) участника*	
Основной номер телефона участника*	
Предпочтительный язык общения участника	
Имя основного лечащего врача (PCP) участника	

1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ Поля, отмеченные звездочкой (*), являются обязательными для заполнения.

Адрес проживания участника	☐ Отметьте, если: у участника нет постоянного адреса. При наличии, укажите место, где участник останавливается чаще всего.
Город проживания участника	
Почтовый индекс участника	
Адрес электронной почты участника	
Предпочтительный способ связи с участником / ухаживающим за участником лицом (телефон или электронная почта)	☐ Телефон ☐ Электронная почта
Удобное время для связи с участником / ухаживающим за участником лицом	
Полное имя родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	
Телефон родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	
Адрес электронной почты родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	

2. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСТОЧНИКЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Название направляющей организации*	
------------------------------------	--

2. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСТОЧНИКЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Национальный идентификатор поставщика услуг (NPI) направляющей организации	
Полное имя лица, направившего участника*	
Должность направившего лица	
Контактный номер телефона направившего лица*	
Электронная почта направившего лица*	
Отношение направившего лица к участнику*	☐ Поставщик медицинских услуг ☐ Поставщик социальных услуг ☐ Другое Дополнительную информацию, пожалуйста, укажите в разделе 5 — Дополнительные комментарии
ТОЛЬКО ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НЕ ЯВЛЯЮЩИХСЯ ПОСТАВЩИКАМИ УСЛУГ ЕСМ)	<p>Есть ли у участника предпочтительный поставщик услуг ЕСМ?</p> <p>Пожалуйста, выберите один из следующих вариантов:</p> ☐ Да, у участника есть предпочтительный поставщик услуг ЕСМ
	<p>Имя координатора по уходу у предпочтительного поставщика услуг ЕСМ</p> <p>_____</p> <p>Предпочтительная организация, предоставляющая услуги ЕСМ</p> <p>_____</p> ☐ Нет, у участника нет предпочтительного поставщика услуг ЕСМ

2. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСТОЧНИКЕ НАПРАВЛЕНИЯ

**ТОЛЬКО ДЛЯ ПОСТАВЩИКОВ
УСЛУГ ЕСМ**

Рекомендует ли направляющая организация назначить именно себя в качестве поставщика услуг ЕСМ для данного участника?

Пожалуйста, выберите один из следующих вариантов:

- Да, наша организация должна выступать поставщиком услуг ЕСМ для этого участника
- Нет, мы рекомендуем назначить другого поставщика услуг ЕСМ, исходя из индивидуальных потребностей участника

Дополнительную информацию, пожалуйста, укажите в разделе 5 — Дополнительные комментарии.

- Нет, участник предпочитает выбрать другого поставщика услуг ЕСМ самостоятельно

Имя координатора по уходу у предпочтительного поставщика услуг ЕСМ

Название предпочтительной организации, предоставляющей услуги ЕСМ

2. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСТОЧНИКЕ НАПРАВЛЕНИЯ

**ТОЛЬКО ДЛЯ ПОСТАВЩИКОВ
УСЛУГ ЕСМ С
ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ
АВТОРИЗОВАННЫМ
ДОСТУПОМ**

Установлена ли дата начала предоставления участнику льгот по программе ЕСМ?

Пожалуйста, выберите один из следующих вариантов:

Да, дата начала предоставления участнику льгот ЕСМ назначена

Дата начала предоставления льгот ЕСМ (ММ/ДД/ГГГГ)

Нет, дата начала предоставления участнику льгот ЕСМ не назначена

Дата начала предоставления льгот по программе ЕСМ — это день, когда участнику впервые были оказаны услуги ЕСМ, подлежащие оплате. Это не включает предварительные действия, такие как поисковая работа, установление контакта или информирование участника (так называемые outreach services).

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ДЛЯ ДЕТЕЙ/ПОДРОСТКОВ ИЛИ БЕЗДОМНЫХ СЕМЕЙ — ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ПУНКТЫ

Если направляемый участник — ребёнок, подросток или семья (в состоянии бездомности), пожалуйста, проверьте каждый критерий и отметьте «Да» для всех, которые соответствуют определению целевой группы «Дети/молодёжь». Это поможет плану управляемого медицинского обслуживания точнее определить право на участие в программе ЕСМ и максимально понять потребности ребёнка, подростка или семьи. Пожалуйста, оставьте пустыми все пункты, которые, насколько вам известно, не применимы.

Если вы направляете ребёнка или подростка, находящегося в состоянии бездомности, и при этом его семья или ухаживающие за ним лица также не имеют постоянного жилья и имеют страховое покрытие через план управляемого медицинского обслуживания (MCP) Medi-Cal, рекомендуется направить в программу ЕСМ всех членов семьи или ухаживающих лиц. MCP рекомендуется сотрудничать с поставщиками услуг ЕСМ для обеспечения комплексного подхода к обслуживанию семей, направленных в связи с бездомностью.

*Если вы не уверены, имеет ли участник право на участие в программе ЕСМ, пожалуйста, обратитесь на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health по номеру **1-800-587-8088** (линия TTY: **711**).*

БЕЗДОМНОСТЬ: Бездомные семьи или несопровождаемые дети/подростки, находящиеся в состоянии бездомности

Подтвердите, что участник соответствует по крайней мере 1 из следующих критериев:

- Ребёнок, подросток или семья с детьми младше 21 года находятся в состоянии бездомности (живет на улице, в приюте, ожидает потери жилья в течение 30 дней, покинул институциональное учреждение и оказался бездомным, либо спасается от межличностного насилия)
И/или
- Ребёнок, подросток или семья: временно проживают с другими людьми (например, ночуют у знакомых) из-за потери жилья, финансовых трудностей или аналогичных обстоятельств; живут в мотеле, отеле, трейлере или кемпинге из-за отсутствия

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

другого подходящего жилья; находятся во временном или переходном приюте; были оставлены в больнице (без безопасного места для выписки).

ПРЕДОТВРАТИМЫЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ИЛИ ОБРАЩЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ: Дети и подростки с риском предотвратимых госпитализаций или обращений в отделение экстренной помощи (ED)

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует по крайней мере 1 из следующих критериев за последние 12 месяцев:

- За последние 12 месяцев ребёнок/подросток обращался в отделение экстренной помощи 3 или более раз, и эти случаи могли быть предотвращены при надлежащем уходе;
И/ИЛИ
- За последние 12 месяцев ребёнок/подросток 2 или более раз был внепланово госпитализирован и/или помещён в учреждение квалифицированного сестринского ухода, и эти случаи могли быть предотвращены при надлежащем уходе.

ТЯЖЁЛЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ИЛИ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: Дети и подростки с тяжёлыми психическими расстройствами и/или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (SUD), которым необходима поддержка

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует критериям и/или получает услуги по крайней мере по 1 из следующих направлений:

- Специализированные услуги в области психического здоровья (SMHS), предоставляемые государственным страховым планом охраны психического здоровья (MHP): Участники младше 21 года имеют право на получение всех медицински обоснованных SMHS.
- Организованная система предоставления услуг Drug Medi-Cal (DMH-ODS): Участники младше 21 года имеют право на получение всех необходимых с медицинской точки зрения услуг, предоставляемых в рамках DMC-ODS.
- Программа Drug Medi-Cal (DMC): Услуги, покрываемые в рамках

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

программы DMC, включают все медицински необходимые услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, для лиц младше 21 года.

УЧАСТИЕ В СИСТЕМЕ ПРАВОСУДИЯ: Дети/подростки, переходящие из исправительных учреждений для несовершеннолетних

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует следующему критерию:

- Участник в течение последних 12 месяцев перешёл/переходит из исправительного учреждения для несовершеннолетних.

CCS или программа «Целостный ребёнок» (CCS Whole Child Model): Дети и подростки, зачисленные в Калифорнийскую программу медицинского обслуживания детей (CCS) или программу «Целостный ребёнок» (CCS WCM), с дополнительными потребностями, выходящими за рамки стандартных услуг CCS

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует всем нижеперечисленным критериям:

- Участник зачислен в программу CCS или программу «Целостный ребёнок» (Whole Child Model) CCS;
- И**
- Участник сталкивается по крайней мере с одним сложным социальным фактором, негативно влияющим на его здоровье, Примеры таких факторов включают (среди прочего): отсутствие доступа к полноценному питанию; отсутствие постоянного жилья; трудности с транспортом; высокий результат по шкале ACE (неблагоприятные детские переживания) – выявлено четыре или более таких переживаний в детстве; недавние контакты с правоохранительными органами или обращение в службы кризисного вмешательства по вопросам психического здоровья; бывший приёмный подросток; и/или наличие симптомов, связанных с употреблением психоактивных веществ.

УЧАСТИЕ В СИСТЕМЕ ОПЕКИ: Дети и подростки, находящиеся под опекой или вовлечённые в систему защиты детства (Child Welfare)

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ЕСМ ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

Подтвердите, что участник соответствует по крайней мере 1 из следующих критериев:

- Участник младше 21 года и в настоящее время находится под опекой в приёмной семье в Калифорнии;

И/ИЛИ

- Участник младше 21 года и находился под опекой в приёмной семье в Калифорнии или другом штате в течение последних 12 месяцев;

И/ИЛИ

- Участник младше 26 лет и вышел из системы опеки (находился под опекой на момент 18-летия или позже) в Калифорнии или другом штате;

И/ИЛИ

- Участник младше 18 лет и имеет право на участие в Калифорнийской программе помощи при усыновлении (Adoption Assistance Program, AAP) и/или участвует в ней;

И/ИЛИ

- Участник младше 18 лет и в настоящее время получает или получал услуги по Калифорнийской программе поддержки семьи (California's Family Maintenance program) в течение последних 12 месяцев.

РАВЕНСТВО В РОДОВСПОМОЖЕНИИ: Беременные и родившие лица с повышенным риском неблагоприятных перинатальных исходов

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует всем нижеперечисленным критериям:

- Участница находится в состоянии беременности или в послеродовом периоде (в течение 12 месяцев после родов).

И

- Участница относится к группе, подверженной расовым и этническим различиям в показателях материнской заболеваемости и смертности, согласно данным органов общественного здравоохранения штата Калифорния. С 2024 года к таким группам относятся: афроамериканцы, американские индейцы, коренные жители Аляски и жители островов Тихого океана (при направлении заявки следует учитывать самоидентификацию участницы).

4. УЧАСТИЕ В ДРУГИХ ПРОГРАММАХ И УСЛУГАХ (ПО ЖЕЛАНИЮ)

Пожалуйста, используйте **по желанию** дополнительную таблицу ниже, чтобы указать другие программы и услуги, которые участник получает в рамках Medi-Cal. Некоторые из этих услуг Medi-Cal могут требовать координации с программой ЕСМ. Поскольку некоторые другие услуги Medi-Cal могут предоставлять поддержку, аналогичную программе ЕСМ, участники не могут одновременно получать услуги ЕСМ и эти аналогичные услуги. План управляемого медицинского обслуживания будет рассматривать предоставленную ниже информацию и принимать решение о праве участника плана на участие в программе ЕСМ. Ответственность за определение права на участие в программе ЕСМ лежит на плане, а не на лице, направляющем участника.

Если участник, насколько это известно направляющему лицу, уже участвует в других программах по управлению уходом или координации услуг, которые требуют согласования с программой ЕСМ (например, в Калифорнийской программе медицинского обслуживания детей (CCS), программе целевого ведения пациента в рамках специализированной помощи в области психического здоровья (SMHS) и так далее), пожалуйста, укажите эту информацию в Разделе 5 — Дополнительные комментарии. **Пожалуйста, оставьте пустыми все пункты, которые, насколько вам известно, не применимы.**

ПРОГРАММЫ

План для лиц с особыми потребностями, имеющих двойное право на участие (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)

Программа хосписной помощи (Hospice)

Полностью интегрированные планы для лиц с особыми потребностями, имеющих двойное право на участие (Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plans, FIDE-SNPs)

Программа комплексного обслуживания пожилых людей (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)

☐ Многоцелевая программа услуг для пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ Программа отказа от институционального ухода с правом самостоятельного выбора услуг (Self-Determination Program, SDP) для лиц с умственными нарушениями и нарушениями развития
☐ Программа отказа от институционального учреждения в пользу проживания с поддержкой (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ Калифорнийская программа перехода к жизни в обществе (California Community Transitions, CCT)
☐ Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг на дому и в сообществе (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	☐ Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг для людей, живущих с ВИЧ (HIV/AIDS Waiver)

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Пожалуйста, используйте этот раздел для внесения любых дополнительных замечаний или пояснений, касающихся разделов 1–4, если это необходимо.

6. ИНФОРМАЦИЯ О ПОДАЧЕ ФОРМЫ И ДАЛЬНЕЙШИХ ДЕЙСТВИЯХ

Отправляя данную форму, направляющее лицо подтверждает, что, насколько ему известно, вся предоставленная информация является достоверной.

Пожалуйста, направьте заполненную форму направления в программу ЕСМ в CalOptima Health по электронной почте на адрес Referral@caloptima.org или факсом на номер 1-714-338-3145. После получения формы планы управляемого медицинского обслуживания рассмотрят её и примут решение о предоставлении доступа к программе ЕСМ в течение 5 рабочих дней. Если участник соответствует критериям, поставщик услуг ЕСМ свяжется с ним, чтобы подтвердить его заинтересованность в участии и зарегистрировать его для получения соответствующих услуг.