



Форма направления на получение услуг социальной поддержки в рамках CalAIM

Полное имя участника: _____ CIN: _____

Примечание: Участник должен иметь право на участие в плане CalOptima Health.

Шаг 1: Пожалуйста, заполните всю применимую информацию ниже и перейдите к шагам 2 и 3. Поля, отмеченные звёздочкой (*), обязательны для заполнения.

Информация о направлении:

Дата направления*: _____ Направление выдал*: _____

Агентство или кем приходится участнику*: _____

Национальный идентификатор поставщика услуг (National Provider Identifier, NPI),
выдавшего направление (в соответствующих случаях): _____

Телефон*: _____ Факс: _____ Электронная почта*: _____

Тип направления: Стандартное Срочное*

*Запрос на срочную авторизацию может быть подан, если стандартные сроки рассмотрения могут нанести вред жизни или здоровью участника, поставить под угрозу возможность максимального восстановления его функциональных возможностей либо привести к смерти, потере конечности или важной функции организма. Такой запрос должен быть рассмотрен в течение 72 часов или в более короткий срок с учётом состояния здоровья участника.

Информация об участнике:

Полное имя участника*: _____ CIN*: _____

Дата рождения участника*: _____

Поставщик первичных медицинских услуг (PCP): _____

Телефон: _____ Электронная почта: _____

Предпочтительный язык участника*: _____

Находится ли участник в настоящее время в больнице? _____

Шаг 2: Отметьте галочками виды социальной поддержки (Community Supports), в получении которых заинтересован участник. На следующих страницах представлена дополнительная информация о праве на получение услуг социальной поддержки.

Пожалуйста, перед отправкой заполните все обязательные поля.

Шаг 3: Отправьте заполненную форму направления и сопроводительные документы в CalOptima Health по факсу или по почте.

Контактная информация сети услуг социальной поддержки CalOptima Health

Медицинская сеть	Телефон службы поддержки (для участников)	Подача направления	Почтовый адрес
CalOptima Health Direct и медицинские сети	1-888-587-8088	Факс: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856

Жилищные услуги

<input type="checkbox"/>	Консультационные услуги по переезду в собственное жильё (Housing Transition Navigation Services, HTNS)	Отметьте соответствующие пункты: <input type="checkbox"/> Участник соответствует следующим требованиям, связанным с социальными и клиническими факторами риска: 1. <input type="checkbox"/> Требование по социальному фактору риска — Находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением,
--------------------------	---	--

CalOptima Health, A Public Agency

MCAL MM 25-4314_DHCS File and Use 12.19.25_CS Referral Update Transitional Rent_R

CalOptima Health Community Supports Referral_Update Transitional Rent_<R>

MMA 4314 12-04-25 MC & CA

Жилищные услуги

Помощь участникам в поиске, подаче заявки и получении жилья.

приведённым в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (CFR), с тремя следующими изменениями:

- При выходе из специализированного учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в специализированное учреждение или стали бездомными во время пребывания в нём, независимо от продолжительности пребывания в таком учреждении;
- Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жильё, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся под угрозой бездомности в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также
- Для целей определения «риска потери жилья» в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется.

А ТАКЖЕ

2. Требование по клиническому фактору риска — Необходимо иметь один или несколько из следующих квалифицирующих клинических факторов риска:

- Соответствует критериям для доступа к специализированным услугам в области психического здоровья (Specialty Mental Health Services, SMHS) Medi-Cal;
- Соответствует критериям для доступа к программе Drug Medi-Cal (DMC) или системе организованного предоставления услуг по лечению

CalOptima Health, A Public Agency

MCAL MM 25-4314_DHCS File and Use 12.19.25_CS Referral Update Transitional Rent_R

CalOptima Health Community Supports Referral_Update Transitional Rent_<R>

MMA 4314 12-04-25 MC & CA

Жилищные услуги

зависимостей в рамках Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), определённым в Руководстве по политике социальной поддержки DHCS;

- Одно или несколько серьёзных хронических физических состояний здоровья;
- Одно или несколько физических, интеллектуальных нарушений или нарушений, связанных с развитием; либо
- Состояние беременности или период до 12 месяцев после родов.

ИЛИ

Участник признан имеющим право на участие в программе Transitional Rent (программа финансовой помощи для оплаты арендного жилья в переходный период). Эти лица автоматически имеют право на HTNS.

ИЛИ

Участник имеет приоритет при получении постоянного жилья с поддерживающими услугами или субсидии на аренду жилья через местную Систему координированного доступа к жилью для бездомных (Coordinated Entry System, CES) или аналогичную систему, разработанную для использования информации с целью выявления особо уязвимых лиц с ограниченными возможностями и/или одним или несколькими серьёзными хроническими состояниями и/или серьёзным психическим заболеванием, находящихся в специализированных учреждениях или нуждающихся в проживании в учреждении интернатного типа в связи с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, и/или выходящих из мест лишения свободы.

Жилищные услуги

Жилищный депозит (Housing Deposit)

Помощь в определении, координации, обеспечении или финансировании однократных услуг и модификаций, необходимых для организации человеком базового домашнего хозяйства (за исключением проживания и питания).

Отметьте соответствующие пункты:

Участник соответствует следующим требованиям, связанным с социальными и клиническими факторами риска:

1. **Требование по социальному фактору риска** — Находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением, приведённым в Разделе 91.5 Титула 24 свода федеральных нормативных требований (CFR), с тремя следующими изменениями:
 - При выходе из специализированного учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в специализированное учреждение или стали бездомными во время пребывания в нём, независимо от продолжительности пребывания в таком учреждении;
 - Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жильё, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся под угрозой бездомности в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также
 - Для целей определения «риска потери жилья» в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется.

А ТАКЖЕ

2. **Требование по клиническому фактору риска** — Необходимо иметь один или несколько из следующих квалифицирующих клинических факторов риска:

Жилищные услуги

- Соответствует критериям для доступа к специализированным услугам в области психического здоровья (Specialty Mental Health Services, SMHS) Medi-Cal;
- Соответствует критериям для доступа к программе Drug Medi-Cal (DMC) или системе организованного предоставления услуг по лечению зависимостей в рамках Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), определенным в Руководстве по политике социальной поддержки DHCS;
- Одно или несколько серьезных хронических физических состояний здоровья;
- Одно или несколько физических, интеллектуальных нарушений или нарушений, связанных с развитием; либо
- Состояние беременности или период до 12 месяцев после родов.

ИЛИ

Участник признан имеющим право на участие в программе Transitional Rent (программа финансовой помощи для оплаты арендного жилья в переходный период). Эти лица автоматически имеют право на Жилищные депозиты.

ИЛИ

Участник имеет приоритет при получении постоянного жилья с поддерживающими услугами или субсидии на аренду жилья через местную Систему координированного доступа к жилью для бездомных (Coordinated Entry System, CES) или аналогичную систему, разработанную для использования информации с целью выявления особо уязвимых лиц с ограниченными возможностями и/или одним или несколькими серьезными хроническими

CalOptima Health, A Public Agency

MCAL MM 25-4314_DHCS File and Use 12.19.25_CS Referral Update Transitional Rent_R

CalOptima Health Community Supports Referral_Update Transitional Rent_<R>

MMA 4314 12-04-25 MC & CA

Жилищные услуги

		состояниями и/или серьёзным психическим заболеванием, находящимся в специализированных учреждениях или нуждающихся в проживании в учреждении интернатного типа в связи с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, и/или выходящих из мест лишения свободы.
<input type="checkbox"/>	<p>Услуги по аренде и содержанию жилья (Housing Tenancy and Sustaining Services, HTSS)</p> <p>Помощь участнику в поддержке безопасных и стабильных условий проживания после того, как жильё уже получено.</p>	<p>Отметьте соответствующие пункты:</p> <p><input type="checkbox"/> Участник соответствует следующим требованиям, связанным с социальными и клиническими факторами риска:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Требование по социальному фактору риска — Находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением, приведённым в Разделе 91.5 Титула 24 свода федеральных нормативных требований (CFR), с тремя следующими изменениями:</p> <ul style="list-style-type: none"> - При выходе из специализированного учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в специализированное учреждение или стали бездомными во время пребывания в нём, независимо от продолжительности пребывания в таком учреждении; - Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жильё, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся под угрозой бездомности в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также - Для целей определения «риска потери жилья» в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода

CalOptima Health, A Public Agency

MCAL MM 25-4314_DHCS File and Use 12.19.25_CS Referral Update Transitional Rent_R

CalOptima Health Community Supports Referral_Update Transitional Rent_<R>

MMA 4314 12-04-25 MC & CA

Жилищные услуги

семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется.

А ТАКЖЕ

2. **Требование по клиническому фактору риска** — Необходимо иметь один или несколько из следующих квалифицирующих клинических факторов риска:

- Соответствует критериям для доступа к специализированным услугам в области психического здоровья (Specialty Mental Health Services, SMHS) Medi-Cal;
- Соответствует критериям для доступа к программе Drug Medi-Cal (DMC) или системе организованного предоставления услуг по лечению зависимостей в рамках Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), определенным в Руководстве по политике социальной поддержки DHCS;
- Одно или несколько серьезных хронических физических состояний здоровья;
- Одно или несколько физических, интеллектуальных нарушений или нарушений, связанных с развитием; либо
- Состояние беременности или период до 12 месяцев после родов.

ИЛИ

Участник признан имеющим право на участие в программе Transitional Rent (программа финансовой помощи для оплаты арендного жилья в переходный период). Эти лица автоматически имеют право на HTSS.

ИЛИ

Участник имеет приоритет при получении постоянного жилья с поддерживающими услугами или субсидии на

CalOptima Health, A Public Agency

MCAL MM 25-4314_DHCS File and Use 12.19.25_CS Referral Update Transitional Rent_R

CalOptima Health Community Supports Referral_Update Transitional Rent_<R>

MMA 4314 12-04-25 MC & CA

Жилищные услуги		
		аренду жилья через местную Систему координированного доступа к жилью для бездомных (Coordinated Entry System, CES) или аналогичную систему, разработанную для использования информации с целью выявления особо уязвимых лиц с ограниченными возможностями и/или одним или несколькими серьёзными хроническими состояниями и/или серьёзным психическим заболеванием, находящихся в специализированных учреждениях или нуждающихся в проживании в учреждении интернатного типа в связи с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, и/или выходящих из мест лишения свободы.
<input type="checkbox"/>	<p>Дневная абилитация (Day Habilitation)</p> <p>Помощь участникам в освоении, поддержании и развитии навыков самообслуживания, социализации и адаптации, необходимых для успешного проживания в естественной (привычной) среде человека.</p>	<p>Отметьте <u>один</u> соответствующий пункт:</p> <p><input type="checkbox"/> Участник находится в состоянии бездомности.</p> <p><input type="checkbox"/> За последние 24 месяца участник вышел из состояния бездомности и переехал в собственное жильё.</p> <p><input type="checkbox"/> Участник подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением, приведённым в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (CFR), с тремя следующими изменениями:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При выходе из специализированного учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в специализированное учреждение или стали бездомными во время пребывания в нём, независимо от продолжительности пребывания в таком учреждении; 2. Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жильё, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся под угрозой бездомности в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также

Жилищные услуги		
		3. Для целей определения «риска потери жилья» в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется.
<input type="checkbox"/>	Финансовая помощь для оплаты арендного жилья в переходный период (Transitional Rent)	<p>Отметьте <u>соответствующие</u> пункты:</p> <p><input type="checkbox"/> Участник соответствует всем трём критериям для целевой группы в области поведенческого здоровья.</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Требование по клиническому фактору риска — Необходимо иметь следующие квалифицирующие клинические факторы риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> Соответствует критериям для доступа к специализированным услугам в области психического здоровья (Specialty Mental Health Services, SMHS) Medi-Cal; или - <input type="checkbox"/> Соответствует критериям для доступа к программе Drug Medi-Cal (DMC) или системе организованного предоставления услуг по лечению зависимостей в рамках Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), определённым в Руководстве по политике социальной поддержки DHCS. <p>2. <input type="checkbox"/> Требование по социальному фактору риска — Находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением, приведённым в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (CFR), с тремя следующими изменениями:</p> <ul style="list-style-type: none"> - При выходе из специализированного учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в специализированное учреждение или стали бездомными во время пребывания в нём, независимо от продолжительности пребывания в таком учреждении;

CalOptima Health, A Public Agency

MCAL MM 25-4314_DHCS File and Use 12.19.25_CS Referral Update Transitional Rent_R

CalOptima Health Community Supports Referral_Update Transitional Rent_<R>

MMA 4314 12-04-25 MC & CA

Жилищные услуги

- Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жильё, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся под угрозой бездомности в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также
- Для целей определения «риска потери жилья» в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется.

3. Дополнительное требование — участник должен соответствовать одному из следующих условий:

а. **Требование для переходящей категории (выберите один вариант, если применимо):**

- i. **Переходящие из специализированного учреждения или учреждения интернатного типа коллективного проживания:** Лица, покидающие специализированное учреждение или учреждение интернатного типа коллективного проживания, включая, среди прочего: стационарное отделение больницы; стационарное учреждение или учреждение интернатного типа для лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ; стационарное учреждение или учреждение интернатного типа для лечения психических заболеваний; или учреждение сестринского ухода.

- ii. **Переходящие из мест лишения свободы:** Лица, покидающие государственную тюрьму,

Жилищные услуги

окружную тюрьму, исправительное учреждение для несовершеннолетних или другое государственное, местное или федеральное пенитенциарное учреждение, где они находились под стражей и удерживались принудительно в рамках деятельности правоохранительных органов.

- iii. **Переходящие из временного жилья:** Лица, покидающие переходное жильё, программы ускоренного переселения, приют или жильё для пострадавших от домашнего насилия, приют для бездомных либо другое временное жильё, независимо от того, финансируется или администрируется оно Министерством жилищного строительства и городского развития США (HUD) либо на уровне штата или местных органов власти.
- iv. **Переходящие из места оказания восстановительного ухода или краткосрочного жилья после госпитализации:** Лица, покидающие краткосрочное жильё после госпитализации или место оказания восстановительного ухода, независимо от того, покрывалось ли пребывание программой управляемого обслуживания Medi-Cal или другим источником.
- v. **Переходящие из системы приёмной опеки:** Лица, вышедшие из системы приёмной опеки по достижении возраста до 26 лет (находившиеся в приёмной опеке в день или после своего 18-го дня рождения) как в Калифорнии, так и в другом штате.

ИЛИ

CalOptima Health, A Public Agency

MCAL MM 25-4314_DHCS File and Use 12.19.25_CS Referral Update Transitional Rent_R

CalOptima Health Community Supports Referral_Update Transitional Rent_<R>

MMA 4314 12-04-25 MC & CA

Жилищные услуги

- б. **Испытывающие бездомность в условиях отсутствия укрытия:** Лица или семьи, чьё основное ночное место пребывания — это общественное или частное пространство, не предназначенное или обычно не используемое как постоянное место для сна человека, включая автомобиль, парк, заброшенное здание, автовокзал или железнодорожную станцию, аэропорт или кемпинг.

ИЛИ

- с. **Имеющие право на участие в программе полного партнёрского сопровождения (FSP):** Программа полного партнёрского сопровождения (Full Service Partnership, FSP) — это комплексная программа по охране поведенческого здоровья для лиц с серьёзными психическими состояниями и/или сопутствующими нарушениями, связанными с употреблением психоактивных веществ, которые продемонстрировали потребность в интенсивных комплексных услугах.

Пожалуйста, приложите План поддержки жилья (Housing Support Plan).

Услуги, предоставляемые при поступлении после пребывания в отделении постострой помощи или учреждении сестринского ухода

<p><input type="checkbox"/> Восстановительный уход (Recuperative Care)</p> <p>Также называется «краткосрочный медицинский уход» (Medical Respite) и предназначен для лиц, находящихся в состоянии бездомности или подверженным риску потери жилья, и которые нуждаются в краткосрочном пребывании в учреждении интернатного типа для восстановления после травмы или болезни (включая проблемы с поведенческим здоровьем).</p>	<p>Отметьте соответствующие пункты (участники должны соответствовать обоим следующим критериям):</p> <p><input type="checkbox"/> Участнику требуется восстановление для выздоровления после травмы или болезни.</p> <p style="text-align: center;"><u>А ТАКЖЕ</u></p> <p><input type="checkbox"/> Участник находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением, приведённым в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (CFR), с тремя следующими изменениями:</p> <ol style="list-style-type: none">1. При выходе из специализированного учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в специализированное учреждение или стали бездомными во время пребывания в нём, независимо от продолжительности пребывания в таком учреждении;2. Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жильё, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся под угрозой бездомности в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также3. Для целей определения «риска потери жилья» в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется. <p><u>Пожалуйста, приложите форму направления на восстановительный уход или в программу STPHH</u></p>
---	---

Услуги, предоставляемые при поступлении после пребывания в отделении постострой помощи или учреждении сестринского ухода

<p><input type="checkbox"/> Краткосрочное жильё после госпитализации (Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH)</p> <p>Предоставление участникам, выходящим из специализированного учреждения и находящимся в состоянии бездомности или подверженным риску потери жилья, возможности продолжить восстановление после медицинского расстройства/ психиатрического расстройства/ расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, сразу после выхода из специализированного учреждения.</p>	<p>Отметьте соответствующие пункты (участники должны соответствовать всем следующим критериям):</p> <p><input type="checkbox"/> Участник покидает специализированное учреждение, включая учреждения для восстановительного ухода (в том числе учреждения, покрываемые программой социальной поддержки по восстановительному уходу, или другие учреждения вне программы Medi-Cal), стационарные отделения больницы (как отделения помощи при острых состояниях, так и психиатрические отделения или больницы по лечению химической зависимости и реабилитации), учреждения интернатного типа по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, или психических расстройств, исправительные учреждения или учреждения сестринского ухода.</p> <p align="center"><u>A ТАКЖЕ</u></p> <p><input type="checkbox"/> Участник находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением, приведённым в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (CFR), с тремя следующими изменениями:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При выходе из специализированного учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в специализированное учреждение или стали бездомными во время пребывания в нём, независимо от продолжительности пребывания в таком учреждении; 2. Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жильё, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся под угрозой бездомности в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США
---	---

**Услуги, предоставляемые при поступлении после пребывания в отделении
постострой помощи или учреждении сестринского ухода**

(HUD), до 30 дней; а также

3. Для целей определения «риска потери жилья» в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется.

А ТАКЖЕ

Участник соответствует одному из следующих критериев:

1. Получает услуги программы ECM;
2. Имеет одно или несколько серьёзных хронических состояний;
3. Имеет серьёзное психическое заболевание; или
4. Находится под угрозой помещения в специализированное учреждение или нуждается в услугах учреждения интернатного типа в связи с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ.

А ТАКЖЕ

У участника имеются продолжающиеся физические или поведенческие потребности в медицинской помощи, которые, по мнению квалифицированного медицинского специалиста, в противном случае потребовали бы продолжения пребывания в специализированном учреждении, если бы не получение услуг в рамках программы STPHH.

**Пожалуйста, приложите форму направления на
восстановительный уход или в программу STPHH**

Услуги по переходу к жизни в обществе или дома (Community or Home

Ознакомьтесь со следующими критериями соответствия:

Услуги, предоставляемые при поступлении после пребывания в отделении постострой помощи или учреждении сестринского ухода

	<p>Transition Services) Ранее известные как «Услуги по переходу к жизни в обществе/переходу из учреждения сестринского ухода к проживанию дома», направлены на поддержку проживания людей в сообществе и предотвращения их помещения в учреждение сестринского ухода в дальнейшем.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. В настоящее время участник получает необходимое по медицинским показаниям обслуживание уровня учреждения сестринского ухода и вместо того, чтобы оставаться в учреждении сестринского ухода или в учреждении восстановительного ухода, предпочитает вернуться домой и продолжить получение необходимых по медицинским показаниям услуг уровня учреждения сестринского ухода; и 2. Прожил 60 или более дней в учреждении сестринского ухода и/или учреждении восстановительного ухода; и 3. Хотел бы вернуться к жизни в обществе; и 4. Способен безопасно проживать в обществе, получая надлежащую и экономически эффективную поддержку и услуги. <p>Участник соответствует ВСЕМ критериям, приведённым в этом разделе, чтобы получить право на участие: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Участник уже пользовался этой услугой? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Неизвестно <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Переход в учреждение сопровождаемого проживания (Assisted Living Facility, ALF) Услуга, ранее известная как «Переход из учреждения сестринского ухода/ Перевод в учреждения сопровождаемого проживания, такие</p>	<p>Ознакомьтесь со следующими критериями соответствия:</p> <p>Участник, проживающий в учреждении сестринского ухода, который:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прожил в учреждении сестринского ухода 60 или более дней; и 2. Готов проживать в учреждении сопровождаемого проживания вместо учреждения сестринского ухода; и 3. Способен безопасно проживать в учреждении ALF. <p>Участник, проживающий в сообществе, который:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заинтересован в дальнейшем проживании в сообществе; и 2. Желает и способен безопасно проживать в учреждении ALF; и

Услуги, предоставляемые при поступлении после пребывания в отделении постострой помощи или учреждении сестринского ухода

<p>как учреждения интернатного типа для престарелых и взрослых», предназначена для оказания людям содействия для проживания в сообществе и, по мере возможности, предотвращения их помещения в специализированное учреждение.</p>	<p>3. Соответствует минимальным критериям для обслуживания уровня учреждения сестринского ухода и вместо помещения в такое учреждение предпочитает далее проживать в сообществе и получать необходимое по медицинским показаниям обслуживание уровня учреждения сестринского ухода в учреждении ALF.</p> <p>Участник соответствует ВСЕМ критериям в разделе «проживание в учреждении сестринского ухода» или в разделе «проживание в сообществе», для получения права на участие:</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Участник уже пользовался этой услугой? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Неизвестно <input type="checkbox"/></p>
---	--

Услуги, предоставляемые на дому

<p><input type="checkbox"/> Услуги персонального ухода и ведения домашнего хозяйства (Personal Care and Homemaker Services):</p> <p>Программа предоставляет участникам помощь в выполнении повседневных бытовых задач (Activities of Daily Living, ADL), таких как купание, одевание,</p>	<p>Отметьте <u>соответствующие</u> пункты:</p> <p><input type="checkbox"/> Участнику грозит госпитализация или помещение в учреждение сестринского ухода;</p> <p align="center"><u>ИЛИ</u></p> <p><input type="checkbox"/> У участника имеются функциональные нарушения и отсутствует другая адекватная система поддержки;</p> <p align="center"><u>А ТАКЖЕ</u></p> <p>Отметьте <u>один</u> соответствующий пункт:</p> <p><input type="checkbox"/> Участник был направлен в программу услуг поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) и ищет ухаживающее лицо через реестр государственных органов.</p> <p>Дата подачи заявки в IHSS: _____</p> <p>Статус заявки IHSS: _____</p>
--	--

Услуги, предоставляемые на дому

	<p>посещение туалета, передвижение или кормление.</p>	<p><input type="checkbox"/> На рассмотрении</p> <p><input type="checkbox"/> Одобрена — количество часов IHSS в месяц: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Отклонена</p> <p><input type="checkbox"/> В настоящее время участник получает услуги IHSS и нуждается в дополнительных часах. Запрос на повторную оценку находится на рассмотрении, на время рассмотрения необходимы услуги ухаживающего лица для оказания поддержки.</p> <p align="center">Дата запроса на повторную оценку: _____</p> <p align="center">Количество часов IHSS в месяц: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Участник не имеет права на IHSS и нуждается в услугах, чтобы избежать краткосрочного пребывания в учреждении квалифицированного сестринского ухода (не более 60 дней).</p> <p align="center">Предоставьте уведомление о принятии решения по вопросу предоставления IHSS, свидетельствующее об отказе, при его наличии.</p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Услуги по временному уходу для ухаживающих лиц (Respite Services)</p> <p>Программа позволяет лицам, осуществляющим уход за участниками, которым требуется периодический временный надзор, получить время для отдыха. Эта услуга отличается от краткосрочного</p>	<p>Отметьте соответствующие пункты:</p> <p><input type="checkbox"/> Участник проживает в сообществе и испытывает трудности в выполнении повседневных бытовых задач (ADL) и, следовательно, зависит от квалифицированного лица, осуществляющего уход, которое обеспечивает большую часть поддержки. Участнику требуется помощь со стороны лица, осуществляющего уход, чтобы избежать помещения в специализированное учреждение.</p> <p>Ответьте на все приведённые ниже вопросы:</p> <p>Услуги временного ухода для ухаживающих лиц на дому предоставляются участнику в его собственном доме или в другом месте, используемом в качестве дома.</p>

Услуги, предоставляемые на дому

<p>медицинского ухода или восстановительного ухода и обеспечивает возможность отдыха только для лица, осуществляющего уход.</p> <p>Лимит по этой услуге составляет 336 часов в календарный год.</p>	<p><input type="checkbox"/> Участник зависит от квалифицированного лица, осуществляющего уход, и при отсутствии такого лица участник должен будет находиться в учреждении сестринского ухода.</p> <p>Сменное лицо, осуществляющее уход, необходимо участнику на конкретные даты и конкретное время:</p> <p>Даты: _____</p> <p>Время: _____</p> <p>Участнику предоставляются другие услуги, предусматривающие привлечение лица, осуществляющего уход:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Услуги поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) <input type="checkbox"/> Услуги дневного ухода для взрослых на базе сообщества (Community-Based Adult Services, CBAS) <input type="checkbox"/> Региональный центр <input type="checkbox"/> Частная сиделка <input type="checkbox"/> Неприменимо <p>Нуждается ли участник в услугах ухода незамедлительно? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>		
<p><input type="checkbox"/> Питание по медицинским показаниям (Medically Tailored Meals, MTM) / Адаптированное медицинское питание (Medically Supportive Food, MSF)</p> <p>Разработано для людей с хроническими и другими серьёзными состояниями/</p>	<p>Участник должен иметь <u>одно</u> или несколько из следующих медицинских состояний/заболеваний:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%; padding-right: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Аутоиммунное заболевание <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистые заболевания <input type="checkbox"/> Хроническая болезнь почек <input type="checkbox"/> Хронические заболевания лёгких или другие лёгочные заболевания (например, </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Дислипидемия <input type="checkbox"/> Жировая дистрофия печени <input type="checkbox"/> Недоедание <input type="checkbox"/> Ожирение <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Расстройства пищеварения <input type="checkbox"/> Гестационный диабет </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Аутоиммунное заболевание <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистые заболевания <input type="checkbox"/> Хроническая болезнь почек <input type="checkbox"/> Хронические заболевания лёгких или другие лёгочные заболевания (например, 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Дислипидемия <input type="checkbox"/> Жировая дистрофия печени <input type="checkbox"/> Недоедание <input type="checkbox"/> Ожирение <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Расстройства пищеварения <input type="checkbox"/> Гестационный диабет
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Аутоиммунное заболевание <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистые заболевания <input type="checkbox"/> Хроническая болезнь почек <input type="checkbox"/> Хронические заболевания лёгких или другие лёгочные заболевания (например, 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Дислипидемия <input type="checkbox"/> Жировая дистрофия печени <input type="checkbox"/> Недоедание <input type="checkbox"/> Ожирение <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Расстройства пищеварения <input type="checkbox"/> Гестационный диабет 		

Услуги, предоставляемые на дому

	<p>заболеваниями, чувствительных к питанию, для улучшения результатов лечения и снижения избыточных медицинских расходов.</p>	<p>астма / хроническая обструктивная болезнь лёгких (COPD)</p> <p><input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность</p> <p><input type="checkbox"/> Диабет или другие нарушения обмена веществ</p> <p><input type="checkbox"/> Повышенный уровень свинца</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания почек в терминальной стадии (ESRD)</p> <p><input type="checkbox"/> Высокий уровень холестерина</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания печени</p>	<p><input type="checkbox"/> Перинатальные состояния высокого риска</p> <p><input type="checkbox"/> Хронические или приводящие к инвалидности психические/поведенческие расстройства</p> <p><input type="checkbox"/> Другое (объясните):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
		<p>Участник на особой диете? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Если "Да", опишите диету:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Участник получает другие услуги по доставке еды от местных программ, программ штата или программ, финансируемых из федерального бюджета</p> <p><input type="checkbox"/> В настоящее время участник находится в больнице или учреждении сестринского ухода и адаптированное медицинское питание является частью плана выписки</p> <p>У участника есть холодильник? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>У участника есть возможность безопасно разогревать еду? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Адаптация окружающей среды для обеспечения доступности</p>	<p>Запрос на персональную систему экстренного реагирования (Personal Emergency Response System, PERS)?</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>	

Услуги, предоставляемые на дому

	<p>(Environmental Accessibility Adaptations, EAA)</p> <p>Программа, также известная как «модификация дома», предусматривает физические изменения в доме, которые необходимы для обеспечения здоровья, благополучия и безопасности человека или позволяют ему функционировать более независимо дома, без которых участнику, возможно, потребовалось бы помещение в специализированное учреждение.</p>	<p>Отметьте <u>соответствующие</u> пункты:</p> <p><input type="checkbox"/> Участнику грозит помещение в учреждение сестринского ухода</p> <p>Поставщик услуг должен обеспечить, чтобы:</p> <p><input type="checkbox"/> Участник обсудил необходимость модификации дома со своим лечащим врачом (PCP)</p> <p><input type="checkbox"/> PCP задокументировал медицинскую необходимость этой услуги и предоставил соответствующую документацию по запросу</p> <p>Участник уже пользовался этой услугой? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Неизвестно <input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Лечение астмы (Asthma Remediation)</p> <p>Программа позволяет предотвратить острые приступы астмы, которые могут привести к</p>	<p>Отметьте <u>соответствующие</u> пункты:</p> <p><input type="checkbox"/> За последние 12 месяцев участник обращался в отделение экстренной помощи (ED) или был госпитализирован в связи с астмой</p> <p><input type="checkbox"/> За последние 12 месяцев участник дважды обращался к врачу или в отделение неотложной помощи в связи с астмой</p> <p><input type="checkbox"/> Участник имеет оценку 19 баллов или ниже по тесту на</p>

Услуги, предоставляемые на дому

необходимости оказания экстренной помощи и госпитализации. Включает в себя материалы и/или физические изменения домашней обстановки, необходимые для обеспечения здоровья, благополучия и безопасности участника или для того, чтобы участник мог функционировать дома с меньшей вероятностью возникновения острых приступов астмы.

контроль астмы

Лицензированный поставщик медицинских услуг документально подтвердил, что данная услуга с высокой степенью вероятности позволит избежать связанных с астмой госпитализаций, обращений в отделение экстренной помощи или других дорогостоящих услуг

Участник уже пользовался этой услугой? Да Нет
Неизвестно