



CalAIM 지역사회 지원 의뢰 양식

회원 이름: _____ CIN: _____

참고: 회원은 CalOptima Health 에 가입할 자격이 있어야 합니다.

1 단계: 아래의 모든 해당 정보를 작성하고 2 단계와 3 단계로 진행하세요. 별표(*)가 있는 필드는 필수입니다.

의뢰 정보:

의뢰 날짜*: _____ 의뢰인*: _____

기관 또는 회원과의 관계*: _____

의뢰 의료 제공자 국가 제공자 식별자(NPI)(해당되는 경우):

전화*: _____ 팩스: _____ 이메일*: _____

의뢰 유형: ☐ 정기 ☐ 긴급**

**일상적인 승인 기간이 회원의 생명이나 건강에 해롭거나, 회원이 최대 기능을 회복하는 능력을 위협하거나, 사망, 사지 또는 기타 주요 신체 기능을 상실할 수 있는 경우 긴급 승인 요청을 제출할 수 있습니다. 긴급 요청은 72 시간 이내, 또는 회원의 건강 상태에 따라 즉시 결정을 내려야 합니다.

회원 정보:

회원 이름*: _____ CIN*: _____

회원 생년월일*: _____ 주치의(PCP): _____

전화: _____ 이메일: _____

회원이 선호하는 언어*: _____ 회원이 현재 병원에 있습니까? _____

2 단계: 회원이 받고 싶어하는 지역사회 지원에 해당하는 상자에 표시하십시오. 다음 페이지에서는

지역사회 지원에 대한 추가 자격 정보를 제공합니다. 제출하기 전에 모든 필수 체크박스를 작성해 주시기 바랍니다.

3 단계: 작성된 의뢰 양식과 증빙 서류를 팩스나 우편으로 CalOptima Health 로 보내십시오.

CalOptima Health 지역사회 지원 건강 네트워크 연락처 정보

건강 네트워크	고객 서비스부 전화번호(회원용)	의뢰 제출	우편 주소
CalOptima Health Direct 및 건강 네트워크	1-888-587- 8088	팩스: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 21033 Orange, CA 92856

주택 서비스

<input type="checkbox"/>	Housing Transition Navigation Services (주거 전환 탐색 서비스, HTNS) 회원들이 거주지를 찾고, 신청하고, 확보하도록 지원합니다.	해당되는 경우 선택하십시오: <input type="checkbox"/> 회원이 다음의 사회적 및 임상적 위험 요인 요건을 충족합니다. <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 사회적 위험 요인 요건: 연방 규정집(CFR, Code of Federal Regulations) 타이틀 24 섹션 91.5 에 정의된 바와 같이 노숙 상태이거나 노숙 위험에 처해 있는 경우. 다음 세 가지 수정 사항이 적용됩니다. <ul style="list-style-type: none"> 시설에서 퇴소하는 경우, 시설 입소 직전에 노숙 상태였거나 시설 입소 기간 중 노숙 상태가 되는 개인은 시설 입소 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다. 임박하여 주거지를 잃게 될 개인 또는 가족의 경우 기간은 현재 HUD (Housing and Urban Development, 주택 및 도시 개발) 정의에 따라 노숙자로 간주되는 개인은 14 일, 노숙 위험이 있는 개인은 21 일에서 30 일로 연장됩니다. 또한 24 CFR 섹션 91.5 에 따른 노숙 위기 정의의 경우, HUD 가 결정한 해당 지역의 중위 가구 소득의 30% 미만 연간 소득 요건은 적용되지 않습니다.
--------------------------	--	--

주택 서비스

그리고

2. **임상적 위험 요인 요건:** 다음의 자격 임상적 위험 요인 중 하나 이상을 충족해야 합니다.

- ☐ Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스(SMHS)의 지침 기준을 충족합니다.
- ☐ DHCS 의 지역사회 지원 정책 가이드에서 정의한 약물 Medi-Cal(DMC) 또는 약물 Medi-Cal 조직 제공 시스템(DMC-ODS)에 대한 지침 기준을 충족합니다.
- ☐ 하나 이상의 심각한 만성 신체 건강 문제
- ☐ 하나 이상의 신체적, 지적 또는 발달 장애, 또는
- ☐ 산후 12 개월까지 임신 중인 개인.

또는

☐ 회원이 임시 주거를 위한 임대 자격이 있는 것으로 판단됩니다. 이러한 개인은 자동으로 HTNS 자격이 있습니다.

또는

☐ 회원이 장애 및/또는 하나 이상의 심각한 만성 질환 및/또는 심각한 정신 질환이 있거나, 시설에 수용되어 있거나, 약물 사용 장애로 인해 주거 서비스가 필요하거나, 출소 예정인 매우 취약한 개인을 식별하기 위해 정보를 활용하도록 설계된 지역 노숙자 통합 진입 시스템(CES, Coordinated Entry System) 또는 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 또는 임대 보조금 지원 대상자 우선 순위에 있습니다.



주택 보증금

회원들이 기본적인 가정을 꾸리는 데 필요한 일회성 서비스와 수정 사항(숙박 및 식사 제외)을 파악, 조정, 확보 또는 자금 조달을 지원합니다.

해당되는 경우 선택하십시오

☐ 회원이 다음의 사회적 및 임상적 위험 요인 요건을 충족합니다.

1. ☐ **사회적 위험 요인 요건:** 연방 규정집(CFR) 타이틀 24 섹션 91.5 에 정의된 바와 같이 노숙 상태이거나 노숙 위험에 처해 있는 경우. 다음 세 가지 수정 사항이 적용됩니다.
 - 시설에서 퇴소하는 경우, 시설 입소 직전에 노숙 상태였거나 시설 입소 기간 중 노숙 상태가 되는 개인은

주택 서비스

시설 입소 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다.

- 임박하여 주거지를 잃게 될 개인 또는 가족의 경우 기간은 현재 HUD 정의에 따라 노숙자로 간주되는 개인은 14 일, 노숙 위험이 있는 개인은 21 일에서 30 일로 연장됩니다. 또한
- 24 CFR 섹션 91.5 에 따른 노숙 위기 정의의 경우, HUD 가 결정한 해당 지역의 중위 가구 소득의 30% 미만 연간 소득 요건은 적용되지 않습니다.

그리고

2. **임상적 위험 요인 요건:** 다음의 자격 임상적 위험 요인 중 하나 이상을 충족해야 합니다.

- ☐ Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스(SMHS, Specialty Mental Health Services)의 접근 기준을 충족합니다.
- ☐ DHCS 의 지역사회 지원 정책 지침에서 정의한 약물 Medi-Cal(DMC) 또는 약물 Medi-Cal 조직 제공 시스템(DMC-ODS)에 대한 지침 기준을 충족합니다.
- ☐ 하나 이상의 심각한 만성 신체 건강 문제
- ☐ 하나 이상의 신체적, 지적 또는 발달 장애, 또는
- ☐ 산후 12 개월까지 임신 중인 개인.

또는

☐ 회원이 임시 주거를 위한 임대 자격이 있는 것으로 판단됩니다. 이러한 개인은 자동으로 주택 보증금을 받을 자격이 있습니다.

또는

☐ 회원이 장애 및/또는 하나 이상의 심각한 만성 질환 및/또는 심각한 정신 질환이 있거나, 시설에 수용되어 있거나, 약물 사용 장애로 인해 주거 서비스가 필요하거나, 출소 예정인 매우 취약한 개인을 식별하기 위해 정보를 활용하도록 설계된 지역 노숙자 통합 진입 시스템(CES) 또는 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 또는 임대 보조금 지원 대상자 우선 순위에 있습니다.

주택 서비스



Housing Tenancy and Sustaining Services (주택 임대 지원 서비스, HTSS)

주택이 확보되면 회원들이 안전하고 안정적인 임대를 유지할 수 있도록 돕습니다 .

해당되는 경우 선택하십시오

☐ 회원이 다음의 사회적 및 임상적 위험 요인 요건을 충족합니다.

1. ☐ **사회적 위험 요인 요건**: 연방 규정집(CFR) 타이틀 24 섹션 91.5 에 정의된 바와 같이 노숙 상태이거나 노숙 위험에 처해 있는 경우. 다음 세 가지 수정 사항이 적용됩니다.
 - 시설에서 퇴소하는 경우, 시설 입소 직전에 노숙 상태였거나 시설 입소 기간 중 노숙 상태가 되는 개인은 시설 입소 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다.
 - 임박하여 주거지를 잃게 될 개인 또는 가족의 경우 기간은 현재 HUD 정의에 따라 노숙자로 간주되는 개인은 14 일, 노숙 위험이 있는 개인은 21 일에서 30 일로 연장됩니다. 또한
 - 24 CFR 섹션 91.5 에 따른 노숙 위기 정의의 경우, HUD 가 결정한 해당 지역의 중위 가구 소득의 30% 미만 연간 소득 요건은 적용되지 않습니다.

그리고

2. **임상적 위험 요인 요건**: 다음의 자격 임상적 위험 요인 중 하나 이상을 충족해야 합니다.

- ☐ Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스(SMHS)의 지침 기준을 충족합니다.
- ☐ DHCS 의 지역사회 지원 정책 가이드에서 정의한 약물 Medi-Cal(DMC) 또는 약물 Medi-Cal 조직 제공 시스템(DMC-ODS)에 대한 지침 기준을 충족합니다.
- ☐ 하나 이상의 심각한 만성 신체 건강 문제
- ☐ 하나 이상의 신체적, 지적 또는 발달 장애, 또는
- ☐ 산후 12 개월까지 임신 중인 개인.

또는

☐ 회원이 임시 주거를 위한 임대 자격이 있는 것으로 판단됩니다. 이러한 개인은 자동으로 HTSS 자격이 있습니다.

또는

CalOptima Health, A Public Agency

CalOptima Health Community Supports Referral Update_<K>

MMA 4025 07-02-25 MC & CA

주택 서비스

		<input type="checkbox"/> 회원이 장애 및/또는 하나 이상의 심각한 만성 질환 및/또는 심각한 정신 질환이 있거나, 시설에 수용되어 있거나, 약물 사용 장애로 인해 주거 서비스가 필요하거나, 출소 예정인 매우 취약한 개인을 식별하기 위해 정보를 활용하도록 설계된 지역 노숙자 통합 진입 시스템(CES) 또는 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 또는 임대 보조금 지원 대상자 우선 순위에 있습니다.
<input type="checkbox"/>	주간 재활 회원들이 자연스러운 환경에서 성공적으로 살아가는 데 필요한 자립, 사회화, 적응 기술을 습득, 유지, 향상하도록 돕습니다.	해당되는 한 가지를 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 회원이 노숙을 경험하고 있습니다. <input type="checkbox"/> 회원이 지난 24 개월 내에 노숙 상태에서 벗어나 주택에 들어갔습니다. <input type="checkbox"/> 회원이 연방 규정집(CFR) 타이틀 24 섹션 91.5 에 정의된 바와 같이 노숙 위험에 처해 있으며 다음 세 가지 수정 사항이 적용됩니다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 시설에서 퇴소하는 경우, 시설 입소 직전에 노숙 상태였거나 시설 입소 기간 중 노숙 상태가 되는 개인은 시설 입소 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다. 2. 임박하여 주거지를 잃게 될 개인 또는 가족의 경우 기간은 현재 HUD 정의에 따라 노숙자로 간주되는 개인은 14 일, 노숙 위험이 있는 개인은 21 일에서 30 일로 연장됩니다. 또한 3. 24 CFR 섹션 91.5 에 따른 노숙 위기 정의의 경우, HUD 가 결정한 해당 지역의 중위 가구 소득의 30% 미만 연간 소득 요건은 적용되지 않습니다.

급성기 이후 치료 입원 또는 간호 후 시설 입소를 위해 제공되는 서비스

<input type="checkbox"/>	회복기 요양 단기 회복 지원이라고도 불리는 이 서비스는 노숙을 겪고 있거나 노숙 위기에 처해 있으며 부상이나 질병(행동 건강 문제 포함)에서 회복하기	해당되는 경우 선택하십시오: (회원은 다음 두 가지 기준을 모두 충족해야 합니다) <input type="checkbox"/> 회원이 부상이나 질병으로부터의 치유를 위해 회복이 필요합니다. <div style="text-align: center;"><u>그리고</u></div> <input type="checkbox"/> 회원이 연방 규정집(CFR) 타이틀 24 섹션 91.5 에 정의된 바와 같이 노숙 상태이거나 노숙 위험에 처해 있으며 다음 세 가지 수정
--------------------------	---	---

급성기 이후 치료 입원 또는 간호 후 시설 입소를 위해 제공되는 서비스

	<p>위한 단기 주거 환경이 필요한 개인을 위한 서비스입니다.</p>	<p>사항이 적용됩니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 시설에서 퇴소하는 경우, 시설 입소 직전에 노숙 상태였거나 시설 입소 기간 중 노숙 상태가 되는 개인은 시설 입소 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다. 2. 임박하여 주거지를 잃게 될 개인 또는 가족의 경우 기간은 현재 HUD 정의에 따라 노숙자로 간주되는 개인은 14 일, 노숙 위험이 있는 개인은 21 일에서 30 일로 연장됩니다. 또한 3. 24 CFR 섹션 91.5 에 따른 노숙 위기 정의의 경우, HUD 가 결정한 해당 지역의 중위 가구 소득의 30% 미만 연간 소득 요건은 적용되지 않습니다. <p><u>회복기 요양 또는 STPHH 의뢰 양식을 첨부하십시오</u></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Short-Term Post-Hospitalization Housing (단기 입원 후 주거, STPHH)</p> <p>시설에서 퇴소해서 노숙을 경험하거나 노숙 위기에 처한 회원에게 시설에서 퇴소한 직후 의학적/정신적/물질 사용 장애 회복을 계속할 수 있는 기회를 제공합니다.</p>	<p>해당되는 경우 선택하십시오: (회원은 다음 기준을 모두 충족해야 합니다)</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 회복기 요양 시설(지역사회 지원 회복기 요양에 포함되는 시설 또는 기타 Medi-Cal 외부 시설), 입원 병원(급성 또는 정신과 또는 화학 의존 및 회복 병원), 주거형 약물 사용 장애 또는 정신 건강 치료 시설, 교정 시설 또는 요양 시설 등의 시설에서 퇴소합니다.</p> <p style="text-align: center;"><u>그리고</u></p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 연방 규정집(CFR) 타이틀 24 섹션 91.5 에 정의된 바와 같이 노숙 상태이거나 노숙 위험에 처해 있으며 다음 세 가지 수정 사항이 적용됩니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 시설에서 퇴소하는 경우, 시설 입소 직전에 노숙 상태였거나 시설 입소 기간 중 노숙 상태가 되는 개인은 시설 입소 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다. 2. 임박하여 주거지를 잃게 될 개인 또는 가족의 경우 기간은

급성기 이후 치료 입원 또는 간호 후 시설 입소를 위해 제공되는 서비스

현재 HUD 정의에 따라 노숙자로 간주되는 개인은 14 일, 노숙 위험이 있는 개인은 21 일에서 30 일로 연장됩니다. 또한

3. 24 CFR 섹션 91.5 에 따른 노숙 위기 정의의 경우, HUD 가 결정한 해당 지역의 중위 가구 소득의 30% 미만 연간 소득 요건은 적용되지 않습니다.

그리고

□ 회원이 다음 기준 중 하나를 충족합니다.

1. ECM 을 받고 있는 경우
2. 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있는 경우
3. 심각한 정신 질환이 있는 경우, 또는
4. 물질 사용 장애로 인해 시설에 수용되거나 주거 서비스가 필요할 위험이 있는 경우.

그리고

□ 회원이 자격을 갖춘 의료 전문가의 판단에 따라 STPHH 를 받지 않더라도 지속적인 시설 치료가 필요한 지속적인 신체적 또는 행동적 건강 문제가 있는 것으로 간주됩니다.

회복기 요양 또는 STPHH 의뢰 양식을 첨부하십시오

□ **지역사회 또는 주거 전환 서비스**

이전에는 "지역사회 전환 서비스/요양 시설에서 집으로의 전환"으로 알려졌던 이 서비스는 개인이 지역사회에서 생활하고 요양

다음 자격 기준을 검토합니다.

1. 현재 의학적으로 필요한 요양 시설 수준의 치료(LOC, level of care) 서비스를 받고 **있으며** 요양 시설이나 회복 치료 시설에 머무르는 대신 자택으로 돌아가 의학적으로 필요한 요양 시설 **LOC** 서비스를 계속 받기로 선택하는 경우, **그리고**
2. 요양원 및/또는 회복기 치료 시설에서 60일 이상 거주한 경우, **그리고**

급성기 이후 치료 입원 또는 간호 후 시설 입소를 위해 제공되는 서비스

	<p>시설에서의 추가적인 시설 생활을 피할 수 있도록 돕습니다.</p>	<p>3. 지역사회로 복귀하는 데 관심이 있는 경우, 그리고 4. 적절하고 비용 효율적인 지원과 서비스를 통해 지역 사회에서 안전하게 거주할 수 있는 경우.</p> <p>회원은 이 섹션의 모든 기준을 충족하여 자격을 갖추니다.예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/></p> <p>이전에 이 서비스를 받았나요? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Assisted Living Facility (보조 주거 시설, ALF) 전환</p> <p>이전에는 "요양 시설 전환/노인을 위한 주거 치료 시설 및 성인 주거 시설과 같은 보조 주거 시설로의 전환"으로 알려졌던 ALF 전환은 가능한 한 개인이 지역사회에서 생활하고 시설에 수용되는 것을 피하도록 돕기 위해 고안되었습니다 .</p>	<p>다음 자격 기준을 검토합니다.</p> <p>회원이 요양 시설에 거주하며 다음 조건을 충족합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 요양 시설에서 60일 이상 거주했음, 그리고 2. 요양 시설 대신 보조 주거 시설에서 생활할 의향이 있음, 그리고 3. ALF에서 안전하게 거주할 수 있음. <p>회원이 해당 지역사회에 거주하고 있으며:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 지역사회에 계속 머무는 데 관심이 있습니다: 그리고 2. ALF에서 안전하게 거주할 의지와 능력이 있으며, 3. 요양 시설 LOC 서비스를 받기 위한 최소 기준을 충족하고, 요양 시설에 들어가는 대신 지역사회에 남아 ALF에서 의학적으로 필요한 요양 시설 LOC 서비스를 받기로 선택합니다. <p>회원은 "요양 시설 거주" 또는 "지역사회 거주" 섹션의 모든 기준을 충족해야 자격을 갖추니다.</p> <p>예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/></p> <p>이전에 이 서비스를 받았나요? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/></p>

가정에서 제공되는 서비스

<input type="checkbox"/>	<p>개인 돌봄 및 가사 도우미 서비스</p> <p>목욕, 옷 입기, 화장실 사용, 보행, 식사 등 일상생활 활동(ADL, activities of daily living)에 도움이 필요한 회원에게 서비스를 제공합니다.</p>	<p>해당되는 경우 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 요양 시설에 입원하거나 시설에 수용될 위험이 있습니다.</p> <p style="text-align: center;">또는</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 기능적 결함이 있으며 다른 적절한 지원 시스템이 없습니다.</p> <p style="text-align: center;">그리고</p> <p>해당되는 한 가지를 선택하십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 In-Home Supportive Services (재택 지원 서비스, IHSS) 프로그램으로 의뢰되었고, 공공 기관 등록을 통해 간병인을 찾고 있습니다.</p> <p style="margin-left: 40px;">IHSS 신청서 제출 날짜: _____</p> <p style="margin-left: 40px;">IHSS 신청 상태:</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 검토 중</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 승인됨 – 월별 IHSS 시간: _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 거부됨</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 현재 IHSS 를 받고 있으며 추가 시간이 필요합니다. 재평가 요청이 보류 중이며 그동안 지원을 제공할 간병인이 필요합니다.</p> <p style="margin-left: 40px;">재평가 요청 날짜: _____</p> <p style="margin-left: 40px;">월별 IHSS 시간: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 IHSS 수혜 자격이 없으며, 전문 간호시설 단기 입원(최대 60 일)을 피하기 위한 서비스가 필요합니다.</p> <p style="margin-left: 40px;">가능하다면 거부를 나타내는 IHSS 조치 통지서를 제공하십시오.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>휴식 서비스</p> <p>간헐적인 일시적 감독이 필요한 회원의 간병인에게 휴식을 제공합니다. 이 서비스는</p>	<p>해당되는 경우 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 지역사회에 거주하며 일상생활활동(ADL)에 어려움을 겪고 있어 대부분의 지원을 제공하는 자격을 갖춘 간병인에게 의존하고 있으며 시설 배치를 피하기 위해 간병인 구호가 필요한 회원</p>

가정에서 제공되는 서비스				
	<p>의료 쉼터나 회복기 요양과 다르며 간병인에게만 휴식을 제공합니다.</p> <p>연간 한도는 336 시간입니다.</p>	<p>아래 모든 섹션에 답변하십시오.</p> <p>재택 휴식 서비스는 회원의 자택이나 집처럼 사용되는 다른 장소에서 제공됩니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 자격을 갖춘 간병인에게 의존하고 있으며 그러한 간병인이 없는 경우 회원은 요양 시설에 있어야 합니다.</p> <p>회원이 특정 날짜와 시간에 일시 보호 간병인이 필요합니다.</p> <p>날짜: _____</p> <p>시간: _____</p> <p>회원이 간병인에게 다음과 같은 다른 서비스를 제공합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 재택 지원 서비스(IHSS)</p> <p><input type="checkbox"/> Community-Based Adult Services (지역사회 기반 성인 서비스, CBAS)</p> <p><input type="checkbox"/> 지역 센터</p> <p><input type="checkbox"/> 개인 간병인</p> <p><input type="checkbox"/> 해당 없음</p> <p>회원에게 즉각적인 간병 서비스가 필요합니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/></p>		
<input type="checkbox"/>	<p>Medically Tailored Meals (의학적 맞춤 식사, MTM)/ Medically Supportive Food (의학적 지원 식품, MSF)</p> <p>영양에 민감한 개인의 만성 질환이나 기타 심각한 질환을 다루어 건강을 개선하고 불필요한 비용을 줄이도록 고안되었습니다.</p>	<p>회원은 다음 중 <u>하나</u> 이상의 건강 상태를 충족해야 합니다.</p> <table border="0"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 자가면역 질환 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 심혈관 질환 <input type="checkbox"/> 만성 신장 질환 <input type="checkbox"/> 만성 폐 질환 또는 기타 폐 질환 (예: 천식/만성 폐쇄성 폐질환(COPD)) <input type="checkbox"/> 심부전 <input type="checkbox"/> 당뇨병 또는 기타 대사 질환 <input type="checkbox"/> 납 수치 상승 <input type="checkbox"/> 말기 신장질환(ESRD, End-stage renal disease) </td> <td> <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 이상지질혈증 <input type="checkbox"/> 지방간 <input type="checkbox"/> 영양 실조 <input type="checkbox"/> 비만 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 위장 장애 <input type="checkbox"/> 임신성 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고위험 산전 상태 <input type="checkbox"/> 만성 또는 장애성 정신/행동 건강 장애 <input type="checkbox"/> 기타 (설명해 주십시오): _ </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 자가면역 질환 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 심혈관 질환 <input type="checkbox"/> 만성 신장 질환 <input type="checkbox"/> 만성 폐 질환 또는 기타 폐 질환 (예: 천식/만성 폐쇄성 폐질환(COPD)) <input type="checkbox"/> 심부전 <input type="checkbox"/> 당뇨병 또는 기타 대사 질환 <input type="checkbox"/> 납 수치 상승 <input type="checkbox"/> 말기 신장질환(ESRD, End-stage renal disease)	<input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 이상지질혈증 <input type="checkbox"/> 지방간 <input type="checkbox"/> 영양 실조 <input type="checkbox"/> 비만 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 위장 장애 <input type="checkbox"/> 임신성 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고위험 산전 상태 <input type="checkbox"/> 만성 또는 장애성 정신/행동 건강 장애 <input type="checkbox"/> 기타 (설명해 주십시오): _
<input type="checkbox"/> 자가면역 질환 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 심혈관 질환 <input type="checkbox"/> 만성 신장 질환 <input type="checkbox"/> 만성 폐 질환 또는 기타 폐 질환 (예: 천식/만성 폐쇄성 폐질환(COPD)) <input type="checkbox"/> 심부전 <input type="checkbox"/> 당뇨병 또는 기타 대사 질환 <input type="checkbox"/> 납 수치 상승 <input type="checkbox"/> 말기 신장질환(ESRD, End-stage renal disease)	<input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 이상지질혈증 <input type="checkbox"/> 지방간 <input type="checkbox"/> 영양 실조 <input type="checkbox"/> 비만 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 위장 장애 <input type="checkbox"/> 임신성 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고위험 산전 상태 <input type="checkbox"/> 만성 또는 장애성 정신/행동 건강 장애 <input type="checkbox"/> 기타 (설명해 주십시오): _			

가정에서 제공되는 서비스			
		<input type="checkbox"/> 높은 콜레스테롤 <input type="checkbox"/> 간 질환	<hr/> <hr/> <hr/>
		회원이 특별한 식단을 섭취하고 있나요? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예인 경우, 기술하십시오: <hr/> <hr/>	
		<input type="checkbox"/> 회원은 지역, 주 또는 기타 연방 자금 지원 프로그램의 식사 식사 배달 서비스를 받고 있습니다 <input type="checkbox"/> 회원은 현재 병원 또는 요양 시설에 있으며 의학적 맞춤 식사가 퇴원 계획의 일부입니다. 냉장고가 있나요? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 식사를 안전하게 다시 데워 먹을 수 있는 방법이 있나요? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Environmental Accessibility Adaptations (환경 접근성 적응, EAA) 주택 개조라고도 하는 EAA는 개인의 건강, 복지, 안전을 보장하거나 개인이 집에서 더 독립적으로 기능할 수 있도록 하는데 필요한 주택에 대한 물리적 적응으로, 이러한 적응이 없다면 회원은 시설에 수용되어야 합니다.	개인 비상 대응 시스템(PERS, Personal Emergency Response System)을 요청하시나요? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 해당되는 경우 선택하십시오: <input type="checkbox"/> 요양 시설에 수용될 위험이 있는 회원 의료 제공자는 다음을 보장해야 합니다. <input type="checkbox"/> 회원이 주치의(PCP)와 주택 개조 필요성에 대해 논의했습니다. <input type="checkbox"/> PCP는 이 서비스에 대한 의료적 필요성을 문서화했으며 요청 시 문서를 제공할 것입니다. 이전에 이 서비스를 받았나요? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/>	

가정에서 제공되는 서비스

<input type="checkbox"/>	<p>천식 완화 조치</p> <p>응급 치료나 입원이 필요할 수 있는 급성 천식 발작을 예방할 수 있습니다. 회원의 건강, 복지 및 안전을 보장하거나 급성 천식 발병 가능성을 낮춰 회원이 집에서 기능할 수 있도록 하는 데 필요한 물품 공급 및/또는 가정 환경에 대한 물리적 개조로 구성됩니다.</p>	<p>해당되는 경우 선택하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 지난 12 개월 내에 천식과 관련하여 응급실(ED, emergency department)을 방문하거나 입원했습니다</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 지난 12 개월 내에 천식과 관련하여 2 번의 질병 치료 또는 긴급 치료를 받았습니다</p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 천식 조절 테스트에서 19 점 이하의 점수를 받았습니다</p> <p><input type="checkbox"/> 면허를 소지한 의료 제공자가 해당 서비스를 통해 천식 관련 입원, 응급실 방문 또는 기타 고비용 서비스를 피할 수 있을 것이라고 기록했습니다.</p> <p>이전에 이 서비스를 받았나요? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/></p>
--------------------------	--	--