

ECM 의뢰 양식 — 성인

섹션 1~6을 작성해 주십시오. 필수 섹션을 완료할 수 없는 경우 CalOptima Health 고객 서비스 무료 전화 1-800-587-8088(TTY 711)번으로 문의하여 제출하기 전에 추가 지원을 받으십시오.

1. 회원 정보		별표(*)는 필수 정보를 나타냅니다.
의뢰 날짜*		
의뢰 유형*	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 신속	
회원의 관리된 치료 플랜*		
회원 이름*		
회원 성*		
회원 Medi-Cal 고객 인덱스 번호(Client Index Number, CIN)		
관리된 치료 플랜 회원 ID 번호		
회원 생년월일(월/일/년)*		
회원 기본 전화번호*		
회원이 선호하는 언어		
회원 주치의 이름		
회원 거주지 주소		<input type="checkbox"/> 다음 사항에 해당할 시 표시하십시오: 현재 고정된 주소가 없음. 가능하다면 회원이 자주 방문하는 장소를 적어 주십시오.
회원 거주 도시		
회원 거주지 우편번호		
회원 이메일		
최적 연락 방법	<input type="checkbox"/> 전화	

1. 회원 정보	
별표(*)는 필수 정보를 나타냅니다.	
회원/간병인(해당되는 경우)	<input type="checkbox"/> 이메일
회원/간병인의 최적의 연락 시간	
해당되는 경우 부모/보호자/보호자 이름	
해당되는 경우 부모/보호자/보호자 전화번호	
해당되는 경우 부모/보호자/보호자 이메일	

2. 의뢰 자원 정보	
의뢰 기관 이름*	
의뢰 조직 국가 제공자 식별자(National Provider Identifier, NPI)	
의뢰한 개인 이름*	
의뢰한 개인 타이틀	
의뢰한 개인 전화번호*	
의뢰한 개인 이메일 주소*	
의뢰한 개인 이메일 주소*	<input type="checkbox"/> 의료 제공자 <input type="checkbox"/> 사회 복지 제공자 <input type="checkbox"/> 기타 섹션 5 에 추가 세부 정보를 제공해 주십시오 – 추가 의견
지역사회 파트너 (비-ECM(향상된 진료 관리, Enhanced Care Management) 제공자)만 해당	회원이 선호하는 ECM 제공자가 있습니까? 다음 중 하나를 선택하십시오: <input type="checkbox"/> 예, 이 회원에게는 선호하는 ECM 제공자가 있습니다 선호하는 ECM 치료 관리자 _____ 선호하는 ECM 제공자 기관 _____

2. 의뢰 자원 정보(계속)

아니요, 본 회원에게는 선호하는 ECM 제공자가 없습니다

의뢰 기관은 회원이 의뢰 기관을 ECM 제공자로 지정하도록 권장합니까?

다음 중 하나를 선택하십시오:

예, 저희 기관은 회원의 ECM 제공자여야 합니다.

아니요. 저희 기관은 본 회원의 필요에 따라 다른 ECM 제공자에게 배정할 것을 권장합니다.

섹션 5 에 추가 세부 정보를 제공해 주십시오 — 추가 의견.

아니요, 본 회원은 선호하는 대체 ECM 제공자를 원합니다.

선호하는 ECM 치료 관리자

선호하는 EMC 제공자 기관

ECM 제공자만 해당

3. 인구 집단별 회원 ECM 자격

성인(21세 또는 이상) ECM 자격 - 해당되는 모든 항목에 표시

의뢰되는 회원이 성인인 경우 각 지표를 검토하고 각 집중 인구에 적용되는 모든 지표에 '예'를 표시하십시오. **알고 있는 범위 내에서 해당되지 않는 모든 지표는 비워두십시오.** 추가적인 MCP 검토가 필요할 수 있는 영역을 기록하기 위해 섹션 5 – 추가 의견을 사용하십시오. ECM 자금 증명(Proof of Funds, POF) 정의에 대한 추가 지침은 [ECM 정책 지침](#) 을 참조하십시오.

회원이 ECM 자격이 있는지 확실하지 않은 경우 CalOptima Health 고객 서비스 무료번호 **1-800-587-8088** (TTY **711**)번으로 문의하십시오.

노숙자: 노숙 생활을 겪고 있는 성인

(참고: 노숙자 가족을 ECM에 소개하려면 아동/청소년 섹션을 이용하십시오)

회원이 다음 두가지 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

- 회원이 노숙 생활을 겪고 있습니다(집이 없거나, 보호소에 있거나, 향후 30일 이내에 주택을 잃거나, 기관에서 노숙 상태로 전환하거나, 대인 폭력을 피해 도망침);

그리고

- 회원은 최소한 1가지의 복잡한 신체적, 행동적 또는 발달적 건강 요구사항(임신 또는 산후, 출산 후 12개월 포함)을 갖고 있으며, 이에 대해 회원은 진료 조정의 혜택을 받을 수 있습니다.

피할 수 있는 병원 또는 응급실 이용의 위험에 처함: 피할 수 있는 병원 또는 응급실 이용 위험에 처한 성인

회원이 다음 최소 한가지 기준을 충족하는지 확인하십시오:

- 지난 6개월 동안 회원이 적절한 치료를 받았다면 피할 수 있었던 응급실 방문이 5회 이상 이었습니다 **및/또는**
- 지난 6개월 동안 회원이 적절한 치료를 받았다면 피할 수 있었던 계획되지 않은 병원 및/또는 단기 전문 간호시설 입원이 3회 이상 이었습니다.

심각한 정신 건강/약물 사용: 심각한 정신 건강 및/또는 약물 사용 장애(SUD)에 대한 필요가 있는 성인

3. 인구 집단별 회원 ECM 자격(계속)

회원이 다음 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

- 회원은 다음 중 적어도 1개에 대한 자격 기준을 충족 및/또는 이를 통해 서비스를 받고 있습니다:
 - MHP가 제공하는 전문 정신 건강 서비스(Specialty Mental Health Services, SMHS): 심각한 손상(사회적, 직업적 또는 기타 중요한 활동의 고통, 장애 또는 기능 장애) 또는 삶의 중요한 기능 영역이 심각하게 악화될 가능성이 높습니다.
 - 약물 Medi-Cal 조직 전달 시스템(Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS): 담배 관련 장애 및 비물질 관련 장애를 제외하고 물질 관련 장애 및 중독 장애에 대해 최소 1가지 진단을 받았습니다.
 - 약물 Medi-Cal(DMC) 프로그램: 담배 관련 장애 및 비물질 관련 장애를 제외하고 물질 관련 장애 및 중독 장애에 대해 최소 1가지 진단을 받았습니다.

그리고

- 회원은 다음 목록에 포함되거나 이 목록 이외의 자신의 건강에 영향을 미치는 다음 최소 1가지의 사회적 요인을 직접적으로 경험하고 있습니다: 음식에 대한 접근 부족, 안정적인 주택에 대한 접근성 부족, 일하거나 지역사회에 참여할 수 없음, 이전에 위탁 청소년이었음, 또는 최근 정신 건강 또는 약물 사용 증상과 관련하여 법 집행 기관과 접촉한 이력;

그리고

- 회원은 다음 기준 중 하나 이상을 충족합니다:
 - 시설 입원, 약물 과용 및/또는 자살 위험이 높음
 - 위기 서비스, 응급실, 긴급 치료 또는 입원을 주요 의료 서비스로 사용
 - 지난 12개월 동안 심각한 정신 건강 또는 SUD로 인해 2회 이상의 응급실 방문 또는 2회 이상의 입원 경험
 - 임신 또는 산후 (출산 후 최대 12개월)

관련된 사법: 지난 12개월 이내에 투옥에서 전환한 성인

회원이 다음 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

- 회원은 교도 시설(예로 교도소, 구치소, 청소년 교정 시설)에서 전환 중이거나 지난 12개월 이내에 교정 시설에서 전환한 경우;

그리고

3. 인구 집단별 회원 ECM 자격(계속)

회원 다음 조건 중 하나 이상을 충족해야 합니다:

- 정신 질환
- 약물 남용 장애(Substance Use Disorder, SUD)
- 만성 질환/중요한 비만성 임상 질환
- 지적 또는 발달 장애 (I/DD)
- 외상성 뇌 손상
- HIV/AIDS (에이즈)
- 임신 또는 산후 (출산 후 최대 12개월)

□ 장기 치료(Long-Term Care, LTC) 시설: LTC 시설에 수용될 위험이 있는 지역사회에 거주하는 성인

회원이 다음 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

회원은 다음 최소 한가지 기준을 충족합니다:

- 지역사회에 거주하고 전문 간호 시설(SNF, Skilled Nursing Facility) 수준의 치료 기준을 충족합니다
- 급성 질환 또는 부상의 예방, 진단 또는 치료를 위한 시간 제한 및/또는 간헐적 의료 및 간호 서비스, 자원 및/또는 장비와 같은 낮은 심각성의 전문 간호가 필요;

그리고

- 회원의 건강에 영향을 미치는 1개 이상의 복잡한 사회적 또는 환경적 요인을 직접적으로 경험하고 있음(다음에 포함하되 이에 국한되지 않음: 일상 생활 활동에 대한 지원 필요, 의사소통 어려움, 음식 접근, 안정적인 주택 이용, 혼자 생활, 후견인 제도 또는 안내된 의사 결정의 필요성, 안전 모니터링 부족으로 나타날 수 있는 열악하거나 부적절한 간병)

그리고

- 회원은 랩어라운드 지원을 통해 지역 사회에서 지속적으로 거주 가능합니다.

□ 지역 사회로 전환하는 요양 시설 거주자: 지역 사회로 전환하는 성인 요양 시설 거주자

회원이 다음 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

- 회원은 해당 기관에서 퇴사하는 데 관심이 있는 요양 시설 거주자입니다

그리고

3. 인구 집단별 회원 ECM 자격(계속)

회원은 해당 기관에서 성공적으로 나갈 가능성이 있는 후보자입니다

그리고

회원은 지역사회에서 지속적으로 거주 가능합니다.

□ 출생 공평: 불리한 주산기 결과의 위험에 처한 임신 및 산후 개인

회원이 다음 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

회원이 임신 중이거나 산후(12개월까지)인 경우

그리고

회원은 캘리포니아 공중 보건 정보 정의의 산모의 질병률 및 사망률에 대한 인종 및 민족 차이가 적용됩니다. 2024년부터 흑인, 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민, 태평양 섬 주민 회원이 이 정의에 포함(개인을 의뢰하는 경우 회원 본인 식별이 우선시되어야 함).

4. 기타 프로그램 및 서비스 가입 (선택 사항)

Medi-Cal를 통해 회원이 받고 있는 기타 프로그램 및 서비스를 표시하려면 아래 **선택 사항** 표를 사용하십시오. 일부 Medi-Cal 서비스에는 ECM과의 조정이 필요할 수 있습니다. 다른 Medi-Cal 서비스는 ECM과 유사한 지원을 제공할 수 있으므로 회원은 ECM 및 이와 유사한 서비스를 동시에 받는 것이 제외될 수 있습니다. 관리 의료 계획은 아래 정보를 검토하고 회원의 ECM 적격성을 결정합니다. 관리 의료 계획은 의뢰한 개인이 아니라 ECM에 대한 적격성을 결정할 책임이 있습니다.

회원이 가입된 다른 치료 관리 또는 조정 프로그램이 의뢰 개인에게 알려진 범위 내에서 ECM과의 조정이 필요할 수 있습니다(예: 캘리포니아 아동 서비스, 전문 정신 건강 서비스 내 대상 사례 관리 등) 섹션 5에 추가 정보를 공유해 주시기 바랍니다 - 추가 의견. **알고 있는 범위 내에서 해당되지 않는 모든 요소는 비워두십시오.**

프로그램들	
<input type="checkbox"/> 이중 자격 특별 필요 플랜(dual eligible special needs plan, D-SNP)	<input type="checkbox"/> 호스피스
<input type="checkbox"/> 완전히 통합된 특수 요구 계획 (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	<input type="checkbox"/> 노인 종합 관리 프로그램 (Program of AllInclusive Care for the Elderly, PACE)
<input type="checkbox"/> 다목적 노인 서비스 프로그램 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	<input type="checkbox"/> I/DD가 있는 개인을 위한 자기결정 프로그램
<input type="checkbox"/> 생활 보조 면제(Assisted Living Waiver, ALW)	<input type="checkbox"/> 캘리포니아 지역사회 전환(alifornia Community Transitions, CCT)
<input type="checkbox"/> 가정 및 지역사회 기반 대안(Home and Community-Based Alternatives, HCBA) 면제	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS (에이즈) 면제

5. 추가 의견:

필요에 따라 이
섹션을 사용하여
섹션 1~4에 대한
추가 의견을
제공하십시오.

6. 제출 정보 및 다음 단계

이 양식을 제출함으로써 의뢰하는 개인은 양식에 있는 정보가 정확하다는 것을 알고 있는 바 최선이라는 것을 증명합니다.

작성된 ECM 의뢰 양식을 [CalAIM Referral@caloptima.org](mailto:CalAIMReferral@caloptima.org) 로 이메일을 보내거나 번호 1-714-338-3145 로 팩스를 보내 CalOptima Health에 제출하십시오. 제출 후 MCP는 영업일 기준 5일 이내에 ECM 승인 결정을 내립니다. 회원에게 자격이 있는 경우 ECM 제공자는 회원에게 연락하여 ECM에 대한 관심을 확인하고 서비스에 가입합니다.

ECM 의뢰 양식 — 아동/청소년

섹션 1~6을 작성해 주십시오. 필수 섹션을 완료할 수 없는 경우 CalOptima Health 고객 서비스 무료 전화 1-800-587-8088(TTY 711)번으로 문의하여 제출하기 전에 추가 지원을 받으십시오.

1. 회원 정보		별표(*)는 필수 정보를 나타냅니다.
의뢰 날짜*		
의뢰 유형*	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 긴급	
회원의 관리된 치료 플랜*		
회원 이름*		
회원 성*		
회원 Medi-Cal 고객 인덱스 번호(Client Index Number, CIN)		
관리된 치료 플랜 회원 ID 번호		
회원 생년월일(월/일/년)*		
회원 기본 전화번호*		
회원이 선호하는 언어		
회원 주치의 이름		
회원 거주지 주소		<input type="checkbox"/> 다음 사항에 해당할 시 표시하십시오: 현재 고정된 주소가 없음. 가능하다면 회원이 자주 방문하는 장소를 적어 주십시오.
회원 거주 도시		
회원 거주지 우편번호		
회원 이메일		
회원/보호자 (전화 또는 이메일)의 최적 연락 방법	<input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 이메일	
회원/간병인의 최적의 연락 시간		
해당되는 경우 부모/보호자/보호자 이름		
해당되는 경우 부모/보호자/보호자 전화		
해당되는 경우 부모/보호자/보호자 이메일		

2. 의뢰 자원 정보	
의뢰 조직 이름*	
의뢰 조직 국가 제공자 식별자(National Provider Identifier, NPI)	
의뢰한 개인 이름*	
의뢰한 개인 타이틀	
의뢰한 개인 전화번호*	
의뢰한 개인 이메일 주소*	
의뢰한 개인 이메일 주소*	<input type="checkbox"/> 의로 제공자 <input type="checkbox"/> 사회 복지 제공자 <input type="checkbox"/> 기타 섹션 5 에 추가 세부 정보를 제공해 주십시오 — 추가 의견
지역사회 파트너 (비-ECM(향상된 진료 관리, Enhanced Care Management) 제공자)만 해당	회원이 선호하는 ECM 제공자가 있습니까? 다음 중 하나를 선택하십시오: <input type="checkbox"/> 예, 이 회원에게는 선호하는 ECM 제공자가 있습니다 선호하는 ECM 치료 관리자 _____ 선호하는 ECM 제공자 기관 _____ <input type="checkbox"/> 아니요, 본 회원에게는 선호하는 ECM 제공자가 없습니다

ECM 제공자만 해당

의뢰 기관은 회원이 의뢰 기관을 ECM 제공자로 지정하도록 권장합니까?

다음 중 하나를 선택하십시오:

예, 저희 기관은 회원의 ECM 제공자여야 합니다.

아니요. 저희 기관은 본 회원의 필요에 따라 다른 ECM 제공자에게 배정할 것을 권장합니다.

섹션 5 에 추가 세부 정보를 제공해 주십시오 — 추가 의견.

아니요, 본 회원은 선호하는 대체 ECM 제공자를 원합니다.

선호하는 ECM 치료 관리자

선호하는 ECM 제공자 기관

3. 인구 집단별 회원 ECM 자격

아동/청소년(21세 미만) ECM 자격 또는 노숙자 가족 - 해당 사항을 모두 선택하십시오

의뢰 대상 회원이 아동, 청소년 또는 가족(노숙자)인 경우 각 지표를 검토하고 아동/청소년 중점 집단 정의에 적용되는 모든 항목에 '예'를 표시하여 의료 관리 플랜(Medical Care Plan, MCP)이 해당 개인이 ECM 자격을 갖췄는지를 판단하고

아동/청소년/가족의 요구 사항을 최대한 완벽하게 이해하고 도움을 줄 수 있도록 합니다.

알고 있는 범위 내에서 해당되지 않는 모든 지표는 비워두십시오.

노숙 생활을 겪고 있는 아동/청소년을 의뢰하고 그들의 가족이나 보호자도 노숙 생활을 겪고 있으며 Medi-Cal 관리형 케어를 통해 보장을 받고 있는 경우, 모든 가족 구성원/보호자에게 ECM 서비스에 의뢰하는 것을 고려해 보십시오. MCP는 노숙 경험을 위해 의뢰될 때 가족 구성을 함께 서비스하기 위해 ECM 제공자와 협력하도록 권장됩니다.

회원이 ECM 자격이 있는지 확실하지 않은 경우 CalOptima Health 고객 서비스 무료번호 **1-800-587-8088** (TTY **711**)번으로 문의하십시오.

노숙자: 노숙인 가족 또는 보호자 없는 노숙 아동 및 청소년

회원이 다음 최소 한가지 기준을 충족하는지 확인하십시오:

노숙생활을 하는 21세 미만의 회원이 있는 가족 또는 아동/청소년 (집이 없거나, 보호소에 있거나, 향후 30일 이내에 주택을 잃거나, 시설에서 노숙자가 되거나, 대인 폭력을 피해 도망가는)

및/또는

아동/청소년 또는 가족이 주택 손실, 경제적 어려움 또는 유사한 사유로 인해 다른 사람과 주택을 공유하고 있습니다(예: 카우치 서핑), 적절한 대체 숙박 시설이 부족하여 모텔, 호텔, 트레일러 파크 또는 캠핑장에 거주, 긴급 또는 임시 보호소에 거주 또는 병원에 버려짐(퇴원할 안전한 장소가 없는 병원)

피할 수 있는 병원 또는 응급실 이용의 위험에 처함: 피할 수 있는 병원 또는 응급실 이용 위험에 처한 아동 및 청소년

회원이 지난 12개월 이내에 다음 최소 한가지 기준을 충족하는지 확인하십시오:

아동/청소년은 지난 12개월 이내에 적절한 치료를 받았다면 피할 수 있었던 응급실 방문이 3회 이상 있었음

및/또는

아동/청소년은 지난 12개월 동안 적절한 치료를 받았다면 피할 수 있었던 계획되지 않은 병원 및/또는 단기 전문 간호시설에 2회 이상 입원

□ 심각한 정신 건강 또는 약물 사용 장애 (SUD): 심각한 정신 건강 및/또는 SUD가 있는 아동 및 청소년

질문 회원은 다음 중 적어도 1개에 대한 자격 기준을 충족 및/또는 이를 통해 서비스를 받고 있습니다:

- MHP가 제공하는 전문 정신 건강 서비스(Specialty Mental Health Services, SMHS): 21세 미만의 회원은 의학적으로 필요한 모든 SMHS 서비스를 받을 자격이 있습니다.
- 약물 Medi-Cal 조직 전달 시스템(Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMH-ODS): 21세 미만의 회원은 의학적으로 필요한 모든 DMH-ODS 서비스를 받을 자격이 있습니다.
- 약물 Medi-Cal(DMC) 프로그램: DMC에 따라 제공되는 보장 서비스에는 21세 미만 개인에게 의학적으로 필요한 모든 SUD 서비스가 포함됩니다.

□ 관련된 사법: 청소년 교정 시설에서 전환하는 아동 및 청소년

회원이 다음 두가지 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

- 회원은 지난 12개월 이내에 청소년 교정 환경에서 전환/전환 되었습니다.

□ CCS 또는 CCS 전체 아동 모델: California Children's Services (CCS) 또는 CCS WCM)에 가입되었고 CCS 조건 이상의 추가 요구 사항이 있는 아동 및 청소년

회원이 다음 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

- 회원 CCS 또는 CCS WCM 에 가입 되어있는 경우;
그리고
- 회원은 건강에 영향을 미치는 복잡한 사회적 요인을 1개 이상 경험하고 있습니다. 예를 들면 (이에 국한되지는 않음); 식품에 대한 접근성 부족, 안정적인 주택에 대한 접근성 부족, 교통 이용이 어려움, 높은 수준(4개 이상)의 유소년기 역경 경험(Adverse Childhood Experiences, ACEs) 검사 , 최근 법집행기관과의 접촉 이력, 또는 정신 건강, 이전 위탁 청소년 및/또는 약물 사용 증상과 관련된 위기 개입 서비스.

□ 위탁 양육: 아동 복지에 참여하는 아동 및 청소년

회원이 다음 최소 한가지 기준을 충족하는지 확인하십시오:

- 회원은 21세 미만이며 현재 캘리포니아에서 위탁 보호를 받고 있는 경우;

및/또는

- 회원은 21세 미만이고 이전에 지난 12개월 이내에 캘리포니아 또는 다른 주에서 위탁 보호를 받은 적이 있는 경우;

및/또는

- 회원은 26세 미만이고 캘리포니아 또는 다른 주에서 위탁 양육에서 나이 이유로 받지 않고 있음(18세 생일 이후에 위탁 보호에 있었음).

및/또는

- 회원은 18세 미만이고 캘리포니아 입양 지원 프로그램(Adoption Assistance Program)에 대한 자격이 있거나/또는 참여 중인 경우

및/또는

- 회원은 18세 미만이고 현재 캘리포니아의 가족 유지(Family Maintenance) 프로그램으로부터 서비스를 받고 있거나 지난 12개월 이내에 받은 적이 있는 경우.

□ 출생 공평: 불리한 주산기 결과의 위험에 처한 임신 및 산후 개인

회원이 다음 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

- 회원 임신 또는 산후 (출산 후 최대 12개월)

그리고

- 회원은 캘리포니아 공중 보건 정보 정의의 산모의 질병률 및 사망률에 대한 인종 및 민족 차이가 적용됩니다. 2024년부터 흑인, 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민, 태평양 섬 주민 회원이 이 정의에 포함(개인을 의뢰하는 경우 회원 본인 식별이 우선시되어야 함.)

4. 기타 프로그램 및 서비스 가입

Medi-Cal를 통해 회원이 받고 있는 기타 프로그램 및 서비스를 표시하려면 아래 **선택 사항** 표를 사용하십시오. 일부 Medi-Cal 서비스에는 ECM과의 조정이 필요할 수 있습니다. 다른 Medi-Cal 서비스는 ECM과 유사한 지원을 제공할 수 있으므로 회원은 ECM 및 이와 유사한 서비스를 동시에 받는 것이 제외될 수 있습니다. 관리 의료 계획은 아래 정보를 검토하고 회원의 ECM 적격성을 결정합니다. 관리 의료 계획은 의뢰한 개인이 아니라 ECM에 대한 적격성을 결정할 책임이 있습니다.

회원이 가입된 다른 치료 관리 또는 조정 프로그램이 의뢰 개인에게 알려진 범위 내에서 ECM과의 조정이 필요할 수 있습니다(예: 캘리포니아 아동 서비스, 전문 정신 건강 서비스 내 대상 사례 관리 등) 섹션 5에 추가 정보를 공유해 주시기 바랍니다 - 추가 의견. **알고 있는 범위 내에서 해당되지 않는 모든 요소는 비워두십시오.**

프로그램들	
<input type="checkbox"/> 이중 자격 특별 필요 플랜(dual eligible special needs plan, D-SNP)	<input type="checkbox"/> 호스피스
<input type="checkbox"/> 완전히 통합된 특수 요구 계획 (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	<input type="checkbox"/> 노인 종합 관리 프로그램 (Program of AllInclusive Care for the Elderly, PACE)
<input type="checkbox"/> 다목적 노인 서비스 프로그램 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	<input type="checkbox"/> I/DD가 있는 개인을 위한 자기결정 프로그램
<input type="checkbox"/> 생활 보조 면제(Assisted Living Waiver, ALW)	<input type="checkbox"/> 캘리포니아 지역사회 전환(alifornia Community Transitions, CCT)
<input type="checkbox"/> 가정 및 지역사회 기반 대안(Home and Community-Based Alternatives, HCBA) 면제	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS (에이즈) 면제

5. 추가 의견:

필요에 따라 이 섹션을 사용하여 섹션 1~4에 대한 추가 의견을 제공하십시오.

6. 제출 정보 및 다음 단계

이 양식을 제출함으로써 의뢰하는 개인은 양식에 있는 정보가 정확하다는 것을 알고 있는 바 최선이라는 것을 증명합니다.

작성된 ECM 의뢰 양식을 [CalAIM Referral@caloptima.org](mailto:CalAIMReferral@caloptima.org) 로 이메일을 보내거나 번호 1-714-338-3145 로 팩스를 보내 CalOptima Health에 제출하십시오. 제출 후 MCP는 영업일 기준 5일 이내에 ECM 승인 결정을 내립니다. 회원에게 자격이 있는 경우 ECM 제공자는 회원에게 연락하여 ECM에 대한 관심을 확인하고 서비스에 가입합니다.