

نموذج إحالة إدارة الرعاية المحسنة (ENHANCED CARE MANAGEMENT, ECM) - للبالغين

يرجى إكمال الأقسام 1-6. إذا كان هناك قسم مطلوب لم تتمكن من إكماله، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health على الرقم المجاني 1-800-587-8088 (TTY 711) للحصول على دعم إضافي قبل التقديم.

1. معلومات الأعضاء	
	تاريخ الإحالة*
☐ عادية ☐ عاجلة	نوع الإحالة*
	خطة الرعاية المُدارة للعضو*
	الاسم الأول للعضو*
	اسم العائلة للعضو*
	رقم دليل العميل (Client Index Number, CIN) للعضو من Medi-Cal
	رقم تعريف عضو خطة الرعاية المُدارة
	تاريخ ميلاد العضو (سنة /يوم/شهر)*
	رقم الهاتف الرئيسي للعضو*
	اللغة المفضلة للعضو
	اسم مزود الرعاية الصحية الأولية للعضو
	عنوان سكن العضو
☐ يرجى إختيار هذا المربع إذا كان: لا يوجد عنوان حالي ثابت. إذا كان ذلك متاحًا، يرجى إدراج الموقع الذي تتم زيارته بشكل متكرر للعضو.	
	مدينة سكن العضو
	الرمز البريدي لسكن العضو
	البريد الإلكتروني للعضو
☐ الهاتف	أفضل وسيلة اتصال

1. معلومات الأعضاء (تابع) تشير علامة النجمة (*) إلى المعلومات المطلوبة.	
العضو/مقدم العناية، إن أمكن تطبيقه	☐ البريد الإلكتروني
أفضل وقت للاتصال للعضو/مقدم العناية	
اسم ولي الأمر/الوصي/مقدم العناية، إن أمكن تطبيقه	
رقم هاتف ولي الأمر/الوصي/مقدم العناية، إن أمكن تطبيقه	
البريد الإلكتروني لولي الأمر/الوصي/مقدم العناية، إن أمكن تطبيقه	

2. معلومات مصدر الإحالة	
اسم المنظمة المُحيلة*	
معرف المزود الوطني للمنظمة المُحيلة (National Provider Identifier, NPI)	
اسم الفرد الذي قام بالإحالة*	
العنوان الوظيفي للفرد الذي قام بالإحالة	
رقم هاتف الفرد الذي قام بالإحالة*	
البريد الإلكتروني للفرد الذي قام بالإحالة*	
علاقة الفرد الذي قام بالإحالة بالعضو*	☐ مزود الرعاية الطبية ☐ مزود الخدمة الاجتماعية ☐ غيره يرجى تقديم تفاصيل إضافية في القسم 5 - التعليقات الإضافية
هل لدى العضو مزود رعاية ECM مفضل؟ يرجى اختيار واحداً مما يلي: ☐ نعم، هذا العضو لديه مزود رعاية ECM مفضل مدير رعاية ECM المفضل _____ منظمة مزود رعاية ECM المفضل _____	شركاء المجتمع (غير مزودي رعاية ECM) فقط

2. معلومات مصدر الإحالة (تابع)

☐ لا، هذا العضو ليس لديه مزود رعاية ECM مفضل	
هل توصي المنظمة المُحيلة بالتعيين للعضو كمزود رعاية (ECM) الخاص به؟ يرجى اختيار 1 مما يلي: ☐ نعم، يجب أن تكون منظمنا هي مزود ECM الخاص بالعضو ☐ لا، توصي منظمنا بتعيين هذا العضو إلى مزود ECM مختلف بناءً على احتياجاته يرجى تقديم تفاصيل إضافية في القسم 5 - التعليقات الإضافية. ☐ لا، يريد هذا العضو مزود رعاية ECM مفضل بديل مدير مزود رعاية ECM المفضل _____ منظمة مزود رعاية ECM المفضل _____	مزودو رعاية ECM فقط

3. أهلية عضو ECM حسب السكان المستهدفين

أهلية ECM للبالغين (21 عامًا أو أكبر) - حدد كل ما ينطبق

إذا كان العضو المُحال شخصًا بالغًا، فيرجى مراجعة كل مؤشر والإشارة إلى نعم لجميع المؤشرات التي تنطبق على كل مجموعة من السكان المستهدفين. يرجى ترك جميع المؤشرات التي لا تنطبق فارغة، في حدود معرفتك. الرجاء استخدام القسم 5 - تعليقات إضافية لملاحظة أي مجالات قد تكون هناك حاجة لمزيد من مراجعة MCP. للحصول على إرشادات إضافية حول تعريفات ECM POF، يرجى الرجوع إلى [ECM Policy Guide](#). إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كان العضو مؤهلاً لـ ECM، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health على الرقم المجاني 1-800-587-8088 (TTY 711).

☐ التشرّد: البالغون الذين يعانون من التشرّد

(ملاحظة: لإحالة عائلة بلا مأوى إلى ECM، يرجى استخدام قسم الأطفال/الشباب)

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي كلا المعيارين التاليين:

☐ يعاني العضو من التشرّد (بلا سكن، أو في مأوى، أو سيفقد السكن خلال الـ 30 يومًا القادمة، أو الخروج من مؤسسة بسبب التشرّد، أو الفرار من العنف بين الأشخاص)؛

و

☐ لدى العضو 1 حاجة صحية جسدية، أو سلوكية أو تنموية معقدة واحدة على الأقل (بما في ذلك الحمل أو ما بعد الولادة، بعد 12 شهرًا من الولادة)، والتي سيستفيد العضو من تنسيق الرعاية من أجلها.

☐ الرقود في المستشفى أو قسم الطوارئ الممكن تجنبه: البالغون المعرضون لخطر الرقود في المستشفى أو قسم الطوارئ الممكن تجنبه

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي 1 على الأقل من المعايير التالية:

☐ على مدى الأشهر الـ 6 الماضية، قام العضو بـ 5 زيارات أو أكثر لغرفة الطوارئ

و/أو

☐ على مدى الأشهر الـ 6 الماضية، كان لدى العضو 3 أو أكثر من الإقامات غير المخطط لها في المستشفى و/أو مرافق التمريض الماهرة قصيرة الأجل والتي كان من الممكن تجنبها بالرعاية المناسبة؛

☐ صحة نفسية خطيرة/استخدام المواد: البالغون الذين يعانون من اضطرابات خطيرة في الصحة النفسية و/أو اضطراب تعاطي المخدرات (Substance Use Disorder, SUD).

3. أهلية عضو ECM حسب السكان المستهدفين (تابع)

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

- ☐ يستوفي العضو معايير الأهلية، و/أو يحصل على الخدمات من خلال، واحد على الأقل مما يلي:
 - ☐ خدمات الصحة النفسية المتخصصة (Specialty Mental Health Services, SMHS) التي تقدمها MHPs: ضعف كبير (ضيق، أو إعاقة، أو خلل وظيفي في الأنشطة الاجتماعية، أو المهنية أو غيرها من الأنشطة المهمة) أو احتمال وارد لتدهور كبير في مجال مهم من وظائف الحياة.
 - ☐ نظام توصيل الأدوية إلى منظمة Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS): أن يكون لديك تشخيص 1 على الأقل للاضطرابات المرتبطة بالمواد والإدمان، باستثناء الاضطرابات المرتبطة بالتبغ والاضطرابات غير المرتبطة بالمواد.
 - ☐ برنامج Medi-Cal للأدوية (Drug Medi-Cal, DMC): أن يكون لديك تشخيص 1 على الأقل للاضطرابات المرتبطة بالمواد والإدمان، باستثناء الاضطرابات المرتبطة بالتبغ والاضطرابات غير المرتبطة بالمواد.

و

- ☐ يعاني العضو فعليًا من عامل اجتماعي معقد 1 على الأقل يؤثر على صحته، والذي قد يشمل، على سبيل المثال لا الحصر: عدم القدرة على الوصول إلى الغذاء؛ أو عدم القدرة على الوصول إلى السكن المستقر؛ أو عدم القدرة على العمل أو الانخراط في المجتمع؛ أو رعاية بديلة سابقة، أو تاريخ من المواجهات الأخيرة مع جهات إنفاذ القانون فيما يتعلق بالصحة النفسية أو أعراض تعاطي المخدرات؛

و

- ☐ يستوفي العضو 1 أو أكثر من المعايير التالية:
 - ☐ خطر كبير للإيداع في المؤسسات، و/أو الجرعة الزائدة، و/أو الانتحار
 - ☐ استخدام خدمات الأزمات، أو غرف الطوارئ، أو الرعاية العاجلة أو إقامة المرضى الداخليين كمصدر أساسي للرعاية
 - ☐ 2 وأكثر زيارة لغرفة الطوارئ أو 2 وأكثر دخول إلى المستشفى بسبب مرض نفسي خطير أو SUD خلال الـ 12 شهرًا الماضية
 - ☐ الحامل أو بعد الولادة (حتى 12 شهرًا من الولادة)

☐ التدخل من قبل القانون: البالغون المنتقلون من السجن خلال الـ 12 شهرًا الماضية

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي كلا المعيارين التاليين:

- ☐ العضو ينتقل من مرفق إصلاحي (على سبيل المثال، سجن، أو حجز، أو مرفق إصلاحي للشباب)، أو ينتقل من مرفق إصلاحي خلال الـ 12 شهرًا الماضية؛

و

3. أهلية عضو ECM حسب السكان المستهدفين (تابع)

☐ يعاني العضو من حالة 1 على الأقل من الحالات التالية:

- ☐ المرض النفسي
- ☐ اضطراب استخدام المواد (Substance Use Disorder, SUD)
- ☐ حالة مزمنة/حالة سريرية خطيرة غير مزمنة
- ☐ الإعاقة الذهنية أو التنموية (Intellectual or Developmental Disabilities, I/DD)
- ☐ إصابات الدماغ الرضية
- ☐ فيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز
- ☐ الحامل أو بعد الولادة (حتى 12 شهرًا من الولادة)

☐ المكوث في الرعاية الطويلة الأجل (Long-Term Care, LTC): البالغون الذين يعيشون في المجتمع والمعرضون لخطر المكوث في LTC

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

- ☐ يرجى التأكد من أن العضو يستوفي 1 على الأقل من المعايير التالية:
- ☐ يعيش في المجتمع ويستوفي مستوى معايير الرعاية لمرافق التمريض الماهر (Skilled Nursing Facility, SNF)
- ☐ يتطلب ترميضًا ماهرًا منخفض الحدة، مثل خدمات طبية وتمريضية محدودة الوقت و/أو متقطعة، و/أو دعم، و/أو معدات للوقاية من الأمراض/الإصابة الحادة أو تشخيصها أو علاجها؛

و

- ☐ يعاني العضو فعليًا من عامل اجتماعي أو بيئي معقد واحد على الأقل يؤثر على صحته (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: الحاجة إلى المساعدة في أنشطة الحياة اليومية، أو صعوبات التواصل، أو الحصول على الغذاء، أو الوصول إلى السكن المستقر، أو العيش وحيدًا، أو الحاجة إلى الوصاية أو اتخاذ القرارات الموجهة، أو ضعف أو عدم كفاية الرعاية التي قد تظهر على أنها نقص في مراقبة السلامة)

و

- ☐ يستطيع العضو الإقامة بشكل مستمر في المجتمع مع دعم شامل.

☐ انتقال المقيمين في مرافق التمريض إلى المجتمع: البالغون المقيمون في مرافق تمريض الذين ينتقلون إلى المجتمع

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

- ☐ العضو مقيم في مرافق تمريض ويرغب في الخروج من المؤسسة

و

3. أهلية عضو ECM حسب السكان المستهدفين (تابع)

☐ العضو هو المرشح المحتمل للخروج من المؤسسة بنجاح

و

☐ العضو قادر على الإقامة بشكل مستمر في المجتمع.

☐ حقوق الولادة: الأفراد الحوامل وبعد الولادة المعرضون لخطر النتائج السلبية في الفترة المحيطة بالولادة

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

☐ العضو حامل أو في فترة ما بعد الولادة (خلال فترة 12 شهرًا)

و

☐ يخضع العضو للفوارق العرقية والإثنية على النحو المحدد في بيانات الصحة العامة في كاليفورنيا بشأن معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات النفاسية. اعتبارًا من عام 2024، تم تضمين الأعضاء السود، والهنود الأمريكيين، وسكان ألaska الأصليين، وسكان جزر المحيط الهادئ في هذا التعريف (يجب على الأفراد المُحيلين إعطاء الأولوية للتعريف الذاتي للأعضاء).

4. التسجيل في البرامج والخدمات الأخرى (اختياري)

يرجى استخدام الجدول الاختياري أدناه للإشارة إلى البرامج والخدمات الأخرى التي يتلقاها العضو بموجب Medi-Cal. قد تتطلب بعض خدمات Medi-Cal التنسيق مع ECM. نظرًا لأن خدمات Medi-Cal الأخرى قد تقدم دعمًا مشابهًا لـ ECM، فقد يتم استبعاد الأعضاء من تلقي ECM وهذه الخدمات المشابهة في نفس الوقت. ستقوم خطة الرعاية المُدارة بمراجعة المعلومات الواردة أدناه واتخاذ قرار بشأن أهلية العضو لـ ECM. خطة الرعاية المُدارة هي المسؤولة عن تحديد الأهلية لـ ECM، وليس الفرد المُحيل.

إذا كان هناك أي برنامج (برامج) أخرى لإدارة الرعاية أو التنسيق مسجل فيها العضو، إلى الحد الذي يعرفه الفرد المُحيل، فإن ذلك يتطلب التنسيق مع ECM (مثل خدمات أطفال كاليفورنيا، وإدارة الحالات المستهدفة ضمن خدمات الصحة النفسية المتخصصة، وما إلى ذلك) يرجى مشاركة المعلومات الإضافية في القسم 5 - التعليقات الإضافية. يرجى ترك جميع المؤشرات التي لا تنطبق فارغة، في حدود معرفتك.

البرامج	
☐ خطة الاحتياجات الخاصة ذات التأهيل المزدوج (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ دار العجزة
☐ خطط الاحتياجات الخاصة المتكاملة بالكامل (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ برنامج لخطط الرعاية الشاملة لكبار السن (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ برنامج تقرير المصير للأفراد الخاص بالأفراد الذين يعانون من I/DD
☐ التنازل عن المساعدة على المعيشة (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ انتقالات مجتمع كاليفورنيا (California Community Transitions, CCT)
☐ التنازل عن البدائل المنزلية والمجتمعية (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	☐ التنازل الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

5. التعليقات الإضافية:

يرجى استخدام هذا القسم لتقديم تعليقات إضافية على الأقسام 1-4، حسب الحاجة.	
---	--

6. معلومات التقديم والخطوات التالية

من خلال تقديم هذا النموذج، يشهد الشخص المُحيل حسب علمه بأن المعلومات الواردة في النموذج صحيحة. يرجى إرسال نموذج إحالة ECM المكتمل إلى CalOptima Health عبر البريد الإلكتروني على Referral@caloptima.org أو بالفاكس على الرقم 1-714-338-3145. بعد التقديم، سيتخذ MCPs قرارًا بتصريح ECM خلال 5 أيام عمل. إذا كان العضو مؤهلاً، فسوف يتواصل مزود رعاية ECM مع العضو لتأكيد اهتمامه بـ ECM والتسجيل في الخدمات.

نموذج إحالة ECM – الأطفال/الشباب

يرجى إكمال الأقسام 1-6. إذا كان هناك قسم مطلوب لم تتمكن من إكماله، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health على الرقم المجاني 1-800-587-8088 (TTY 711) للحصول على دعم إضافي قبل التقديم.

1. معلومات الأعضاء تشير علامة النجمة (*) إلى المعلومات المطلوبة.	
تاريخ الإحالة*	
نوع الإحالة*	☐ عادية ☐ عاجلة
خطة الرعاية المُدارة للعضو*	
الاسم الأول للعضو*	
اسم العائلة للعضو*	
رقم دليل العميل (Client Index Number, CIN) للعضو من Medi-Cal	
رقم تعريف عضو خطة الرعاية المُدارة	
تاريخ ميلاد العضو (سنة /يوم/شهر)*	
رقم الهاتف الرئيسي للعضو*	
اللغة المفضلة للعضو	
اسم مزود الرعاية الصحية الأولية للعضو	
عنوان سكن العضو	☐ يرجى إختيار هذا المربع إذا كان: لا يوجد عنوان حالي ثابت. إذا كان ذلك متاحًا، يرجى إدراج الموقع الذي تتم زيارته بشكل متكرر للعضو.
مدينة سكن العضو	
الرمز البريدي لسكن العضو	
البريد الإلكتروني للعضو	
أفضل طريقة اتصال للعضو/مقدم العناية (الهاتف أو البريد الإلكتروني)	☐ الهاتف ☐ البريد الإلكتروني
أفضل وقت للاتصال للعضو/مقدم العناية	
اسم ولي الأمر/الوصي/مقدم العناية، إن أمكن تطبيقه	
رقم هاتف ولي الأمر/الوصي/مقدم العناية، إن أمكن تطبيقه	
البريد الإلكتروني لولي الأمر/الوصي/مقدم العناية، إن أمكن تطبيقه	

2. معلومات مصدر الإحالة	
	اسم المنظمة المحيلة*
	معرف المزود الوطني للمنظمة المُحيلة (National Provider Identifier, NPI)
	اسم الفرد الذي قام بالإحالة*
	العنوان الوظيفي للفرد الذي قام بالإحالة
	رقم هاتف الفرد الذي قام بالإحالة*
	البريد الإلكتروني للفرد الذي قام بالإحالة*
☐ مزود الرعاية الطبية ☐ مزود الخدمة الاجتماعية ☐ غيره يرجى تقديم تفاصيل إضافية في القسم 5 - التعليقات الإضافية	علاقة الفرد الذي قام بالإحالة بالعضو*
هل لدى العضو مزود رعاية ECM مفضل؟ يرجى اختيار 1 مما يلي: ☐ نعم، هذا العضو لديه مزود رعاية ECM مفضل مدير رعاية ECM المفضل _____ منظمة مزود رعاية ECM المفضل _____ ☐ لا، هذا العضو ليس لديه مزود رعاية ECM مفضل	شركاء المجتمع (غير مزودي رعاية ECM) فقط

مزودو رعاية ECM فقط	هل توصي المنظمة المُحيلة بالتعيين للعضو كمزود رعاية ECM الخاص بها؟ يرجى اختيار 1 مما يلي: ☐ نعم، يجب أن تكون منظمنا هي مزود ECM الخاص بالعضو ☐ لا، توصي منظمنا بتعيين هذا العضو إلى مزود ECM مختلف بناءً على احتياجاته. يرجى تقديم تفاصيل إضافية في القسم 5 - التعليقات الإضافية. ☐ لا، يريد هذا العضو مزود رعاية ECM مفضل بديل مدير رعاية ECM المفضل _____ منظمة مزود رعاية ECM المفضل _____
----------------------------	---

3. أهلية عضو ECM حسب السكان المستهدفين	
الأطفال/الشباب (أقل من 21 عامًا) أهلية ECM أو العائلات المشردة - حدد كل ما ينطبق	
إذا كان العضو المُحال طفلًا، أو شابًا، أو عائلة (تشرّد)، فيرجى مراجعة كل مؤشر والإشارة إلى نعم لجميع المؤشرات التي تنطبق عبر تعريفات مجموعات الأطفال/الشباب المستهدفين، لمساعدة MCP في تحديد ما إذا كان الفرد مؤهل لـ ECM ويفهم احتياجات الطفل/الشباب/الأسرة على أكمل وجه قدر الإمكان أم لا. يرجى ترك جميع المؤشرات التي لا تنطبق فارغة، في حدود معرفتك. إذا كنت تقوم بإحالة طفل/شاب يعاني من التشرّد، وأفراد أسرهم أو القائمين على رعايتهم يعانون أيضًا من التشرّد ويتمتعون بتغطية من خلال الرعاية المدارة من Medi-Cal، يرجى النظر في إحالة جميع أفراد الأسرة/مقدمي الرعاية للحصول على خدمات ECM. يتم تشجيع MCPs على العمل مع مزودي رعاية ECM لخدمة وحدة عائلية معًا عند إحالتها بسبب تجربة التشرّد. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كان العضو مؤهلاً لـ ECM، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health على الرقم المجاني 1-800-587-8088 (TTY 711).	
☐ التشرّد: العائلات المشردة أو الأطفال/الشباب غير المرافقين لذويهم الذين يعانون من التشرّد	

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي 1 من المعايير التالية على الأقل:

☐ الطفل/الشباب أو الأسرة التي يقل عمر أفرادها عن 21 عامًا، والذين يعانون من التشرد (بدون سكن، أو في مأوى، أو سيفقدون السكن خلال الـ 30 يومًا القادمة، أو الخروج من مؤسسة بسبب التشرد، أو الفرار من العنف بين الأشخاص)

و / أو

☐ يتشارك الطفل/الشباب أو الأسرة في السكن مع أشخاص آخرين (على سبيل المثال، النوم على الأريكة) بسبب فقدان السكن، أو الصعوبات الاقتصادية، أو سبب مشابه؛ أو يعيش في فندق صغير، أو فندق، أو موقف مقطورات، أو أرض تخيم بسبب عدم وجود أماكن إقامة بديلة مناسبة؛ يعيش في مأوى طارئ أو انتقالي؛ أو تم التخلي عنه في المستشفى (في المستشفى دون مكان آمن للخروج منه)

☐ الرقود في المستشفى أو قسم الطوارئ الممكن تجنبه: الأطفال و الشباب المعرضون لخطر الرقود في المستشفى أو قسم الطوارئ الممكن تجنبه

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي 1 على الأقل من المعايير التالية في الـ 12 أشهر الماضية:

☐ لدى الطفل/الشباب 3 زيارات أو أكثر إلى غرفة الطوارئ والتي كان من الممكن تجنبها بالرعاية المناسبة خلال الـ 12 شهرًا الماضية؛

و / أو

☐ لدى الطفل/الشباب 2 أو أكثر من الإقامات قصيرة الأجل غير المخطط لها في المستشفى و/أو مرافق التمريض الماهرة والتي كان من الممكن تجنبها بالرعاية المناسبة خلال الـ 12 شهرًا الماضية؛

☐ اضطراب خطير في الصحة النفسية أو تعاطي المخدرات: الأطفال و الشباب الذين يعانون من مشاكل نفسية خطيرة و/أو احتياجات SUD
يرجى التأكد من أن العضو يستوفي معايير الأهلية و/أو يحصل على الخدمات من خلال 1 على الأقل مما يلي: ☐ خدمات الصحة النفسية المتخصصة (Specialty Mental Health Services, SMHS) التي تقدمها MHPs: الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا مؤهلون للحصول على جميع خدمات SMHS الضرورية طبيًا. ☐ نظام توصيل الأدوية إلى منظمة Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS): الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا مؤهلون للحصول على جميع خدمات DMC- ODS الضرورية طبيًا. ☐ برنامج Medi-Cal للأدوية (Drug Medi-Cal, DMC): يجب أن تشمل الخدمات المغطاة المقدمة بموجب DMC جميع خدمات SUD الضرورية طبيًا للأفراد الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا.
☐ التدخل من قبل القانون: الأطفال/الشباب الذين ينتقلون من مرفق إصلاحي للشباب
يرجى التأكد من أن العضو يستوفي المعيار التالي: ☐ العضو ينتقل/انتقل من بيئة إصلاحية للشباب خلال الـ 12 شهرًا الماضية
☐ نموذج CCS أو CCS للطفل الشامل: الأطفال/الشباب المسجلون في خدمات الأطفال في كاليفورنيا (California Children's Services, CCS) أو CCS WCM مع احتياجات إضافية تتجاوز شرط CCS
يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية: ☐ العضو مسجل في CCS أو CCS WCM؛ و ☐ يعاني العضو من عامل اجتماعي معقد 1 على الأقل يؤثر على صحته. وتشمل الأمثلة (على سبيل المثال لا الحصر) عدم إمكانية الحصول على الغذاء؛ وعدم القدرة على الوصول إلى السكن المستقر؛ صعوبة الوصول إلى وسائل النقل؛ درجة عالية (أربعة أو أكثر) من فحص ACE؛ تاريخ من المواجهات الأخيرة مع سلطات إنفاذ القانون؛ أو خدمات التدخل في الأزمات المتعلقة بالصحة النفسية، والشباب ذو الرعاية البديلة في السابق، و/أو أعراض تعاطي المخدرات.

☐ الرعاية البديلة: الأطفال/الشباب المشاركون في رعاية الطفل

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي 1 على الأقل من المعايير التالية:

☐ عمر العضو أقل من 21 عامًا ويتلقى حاليًا رعاية بديلة في كاليفورنيا؛

و /أو

☐ عمر العضو أقل من 21 عامًا وقد تلقى سابقًا رعاية بديلة في كاليفورنيا أو ولاية أخرى خلال الـ 12 شهرًا الماضية؛

و /أو

☐ عمر العضو أقل من 26 عامًا وخرج من الرعاية البديلة (بعد أن كان في الرعاية البديلة في عيد ميلاده الثامن عشر أو بعد ذلك) في كاليفورنيا أو ولاية أخرى

و /أو

☐ عمر العضو أقل من 18 عامًا وهو مؤهل للحصول على و/أو الانضمام إلى برنامج مساعدة التبني في كاليفورنيا

و /أو

☐ عمر العضو أقل من 18 عامًا ويتلقى حاليًا أو حصل على خدمات من برنامج صيانة الأسرة في كاليفورنيا خلال آخر 12 شهرًا.

☐ حقوق الميلاد: الأفراد الحوامل وبعد الولادة المعرضون لخطر النتائج السلبية في الفترة المحيطة بالولادة

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

☐ العضو حامل أو بعد الولادة (12 شهرًا من الولادة)

و

☐ يخضع العضو للفوارق العرقية والإثنية على النحو المحدد في بيانات الصحة العامة في كاليفورنيا بشأن معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات النفاسية. اعتبارًا من عام 2024، تم تضمين الأعضاء السود، والهنود الأمريكيين، وسكان ألاسكا الأصليين، وسكان جزر المحيط الهادئ في هذا التعريف (يجب على الأفراد المُحِيلين إعطاء الأولوية للتعريف الذاتي للأعضاء).

4. التسجيل في البرامج والخدمات الأخرى

يرجى استخدام الجدول الاختياري أدناه للإشارة إلى البرامج والخدمات الأخرى التي يتلقاها العضو بموجب Medi-Cal. قد تتطلب بعض خدمات Medi-Cal التنسيق مع ECM. نظرًا لأن خدمات Medi-Cal الأخرى قد تقدم دعمًا مشابهًا لـ ECM، فقد يتم استبعاد الأعضاء من تلقي ECM وهذه الخدمات المشابهة في نفس الوقت. ستقوم خطة الرعاية المُدارة بمراجعة المعلومات الواردة أدناه واتخاذ قرار بشأن أهلية العضو لـ ECM. خطة الرعاية المُدارة هي المسؤولة عن تحديد الأهلية لـ ECM، وليس الفرد المُحيل.

إذا كان هناك أي برنامج (برامج) أخرى لإدارة الرعاية أو التنسيق مسجل فيها العضو، إلى الحد الذي يعرفه الفرد المُحيل، فإن ذلك يتطلب التنسيق مع ECM (مثل خدمات أطفال كاليفورنيا، وإدارة الحالات المستهدفة ضمن خدمات الصحة النفسية المتخصصة، وما إلى ذلك) يرجى مشاركة المعلومات الإضافية في القسم 5 - التعليقات الإضافية. يرجى ترك جميع المؤشرات التي لا تنطبق فارغة، في حدود معرفتك.

البرامج	
☐ خطة الاحتياجات الخاصة ذات التأهيل المزدوج (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ دار العجزة
☐ خطط الاحتياجات الخاصة المتكاملة بالكامل (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ برنامج لخطط الرعاية الشاملة لكبار السن (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ برنامج تقرير المصير للأفراد الخاص بالأفراد الذين يعانون من I/DD
☐ التنازل عن المساعدة على المعيشة (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ انتقالات مجتمع كاليفورنيا (California Community Transitions, CCT)
☐ التنازل عن البدائل المنزلية والمجتمعية (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	☐ التنازل الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

5. التعليقات الإضافية:

يرجى استخدام هذا القسم لتقديم تعليقات إضافية على الأقسام 1-4، حسب الحاجة.

6. معلومات التقديم والخطوات التالية

من خلال تقديم هذا النموذج، يشهد الشخص المُحيل حسب علمه بأن المعلومات الواردة في النموذج صحيحة. يرجى إرسال نموذج إحالة ECM المكتمل إلى CalOptima Health عبر البريد الإلكتروني على Referral@caloptima.org أو بالفاكس على الرقم 1-714-338-3145. بعد التقديم، سيتخذ MCPs قرارًا بتصريح ECM خلال 5 أيام عمل. إذا كان العضو مؤهلاً، فسوف يتواصل مزود رعاية ECM مع العضو لتأكيد اهتمامه بـ ECM والتسجيل في الخدمات.