



## CalAIM 社區支援轉介表格

會員姓名：\_\_\_\_\_ CIN：\_\_\_\_\_

註：會員必須符合 CalOptima Health 的資格。

第 1 步：請填寫以下所有適用資訊並前往步驟 2 和 3。帶有星號 (\*) 的欄位為必填項。

### 轉介資訊：

轉介日期*：	_____	轉介人*：	_____
與會員的代理關係或關係*：	_____		
提出轉介之醫療服務者國家醫療服務者識別碼 (NPI) (如適用)：	_____		
電話*：	_____	傳真：	_____
電子郵件*：	_____		
轉介類型：	<input type="checkbox"/> 例行 <input type="checkbox"/> 緊急**		
**如果常規核准時限將對會員的生命或健康造成危害、會危及會員恢復最大機能的能力、或可能導致喪失生命、肢體或其他主要身體機能，則可以提交緊急核准請求。需要在 72 小時內或根據會員的健康狀況儘速對緊急請求做出決定。			

### 會員資訊：

會員姓名*：	_____	CIN*：	_____
會員出生日期*：	_____	家庭醫生 (Primary Care Provider, PCP)：	_____
電話：	_____	電子郵件：	_____
會員的首選語言*：	_____	會員目前是否在醫院？	_____

第 2 步：標記會員有興趣接受之社區支援的方框。以下頁面提供關於社區支援的額外資格資訊。請在提交前填寫所有必需填的選框。

第 3 步：將填妥的轉介表格和佐證文件傳真或郵寄至 CalOptima Health。

**CalOptima Health 社區支援醫療網聯絡資訊**

醫療網	客戶服務部 電話號碼 (會員適用)	轉介提交	郵寄地址
<b>CalOptima Health Direct 與醫療網</b>	<b>1-888-587-8088</b>	傳真： <b>1-714-338-3145</b>	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 21033 Orange, CA 92856

**住房服務**

<input type="checkbox"/>	<p><b>住房過渡引導服務 (Housing Transition Navigation Services, HTNS)</b></p> <p>協助會員查找、申請和獲取住房。</p>	<p><u>如果適用，請做出選擇：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 會員滿足以下社會和臨床風險因素要求：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <u>社會風險因素要求</u>：根據《聯邦法規彙編》(CFR) 第 24 篇第 91.5 節的定義，處於無家可歸狀態或具有發生無家可歸情況的風險，並有以下三項修改： <ul style="list-style-type: none"> <li>- 如果離開某個機構，且個人在進入該機構居住之前處於無家可歸狀態或在居住期間變得無家可歸，則無論在機構居住了多久，都將被視為無家可歸者；</li> <li>- 根據住房與城市發展部 (HUD) 的現行定義，針對即將失去住房之個人或家庭的期限從 14 天（無家可歸者）和 21 天（具有變為無家可歸者的風險）延長至 30 天；並且</li> <li>- 對於 CFR 第 24 篇第 91.5 節中對具有發生無家可歸情況的風險之定義，年收入低於該地區家庭收入中位數 30% 的要求（由 HUD 判定）不適用。</li> </ul> <p align="center"><u>以及</u></p> </li> <li><u>臨床風險因素需求</u>：必須有以下一個或多個合格臨床風險因素： <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 符合 Medi-Cal 專科心理健康服務 (Cal Specialty Mental Health Services, SMHS) 的使用標準；</li> <li><input type="checkbox"/> 符合加州醫療保健服務署 (DHCS) 社區支援政策指南定義的藥物 Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC) 或藥物 Medi-Cal 組織化配送系統 (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) 的使用標準；</li> <li><input type="checkbox"/> 一種或多種嚴重的慢性身體健康病況；</li> <li><input type="checkbox"/> 一種或多種身體、智力或發育殘障；或</li> </ul> </li> </ol>
--------------------------	--	---

## 住房服務

		<p>- <input type="checkbox"/> 懷孕至產後 12 個月的個人。</p> <p style="text-align: center;"><b>或者</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員經判定有資格獲得「過渡租金」。這些人自動具備獲得 HTNS 的資格。</p> <p style="text-align: center;"><b>或者</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員將透過當地無家可歸者協調入住系統 (Coordinated Entry System, CES) 或類似系統優先獲得永久支援性住房單元或租金補貼資源。這類系統旨在使用資訊來識別有殘障和/或一種或多種嚴重慢性病和/或嚴重心理疾病、因物質使用障礙而在機構居住或需要住宿服務之極度脆弱的個人和/或即將出獄的個人。</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>住房押金</b></p> <p>協助會員確定、協調、確保或資助建立基本住家（不包括食宿）所需的一次性服務和改造。</p>	<p><u>如果適用，請做出選擇：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 會員滿足以下社會和臨床風險因素要求：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <u>社會風險因素要求</u>：根據《聯邦法規彙編》(CFR) 第 24 篇第 91.5 節的定義，處於無家可歸狀態或具有發生無家可歸情況的風險，並有以下三項修改： <ul style="list-style-type: none"> <li>- 如果離開某個機構，且個人在進入該機構居住之前處於無家可歸狀態或在居住期間變得無家可歸，則無論在機構居住了多久，都將被視為無家可歸者；</li> <li>- 根據 HUD 的現行定義，針對即將失去住房之個人或家庭的期限從 14 天（無家可歸者）和 21 天（具有變為無家可歸者的風險）延長至 30 天；並且</li> <li>- 對於 CFR 第 24 篇第 91.5 節中對具有發生無家可歸情況的風險之定義，年收入低於該地區家庭收入中位數 30% 的要求 (由 HUD 判定) 不適用。</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>以及</b></p> </li> <li><u>臨床風險因素需求</u>：必須有以下一個或多個合格臨床風險因素： <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> 符合 Medi-Cal 專科心理健康服務 (SMHS) 的使用標準；</li> <li>- <input type="checkbox"/> 符合加州醫療保健服務署 (DHCS) 社區支援政策指南定義的藥物 Medi-Cal (DMC) 或藥物 Medi-Cal 組織化配送系統 (DMC-ODS) 的使用標準；</li> <li>- <input type="checkbox"/> 一種或多種嚴重的慢性身體健康病況；</li> </ul> </li> </ol>

## 住房服務

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> 一種或多種身體、智力或發育殘障；或</li> <li>- <input type="checkbox"/> 懷孕至產後 12 個月的個人。</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>或者</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員經判定有資格獲得「過渡租金」。這些人自動具備獲得住房押金的資格。</p> <p style="text-align: center;"><b>或者</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員將透過當地無家可歸者協調入住系統 (CES) 或類似系統優先獲得永久支援性住房單元或租金補貼資源。這類系統旨在使用資訊來識別有殘障和/或一種或多種嚴重慢性病和/或嚴重心理疾病、因物質使用障礙而在機構居住或需要住宿服務之極度脆弱的個人和/或即將出獄的個人。</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>住房租住權和維持服務 (Housing Tenancy and Sustaining Services, HTSS)</b></p> <p>幫助會員在獲得住房後維持安全穩定的租住權。</p>	<p><u>如果適用，請做出選擇：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 會員滿足以下社會和臨床風險因素要求：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> <b>社會風險因素要求：</b>根據《聯邦法規彙編》(CFR) 第 24 篇第 91.5 節的定義，處於無家可歸狀態或具有發生無家可歸情況的風險，並有以下三項修改： <ul style="list-style-type: none"> <li>- 如果離開某個機構，且個人在進入該機構居住之前處於無家可歸狀態或在居住期間變得無家可歸，則無論在機構居住了多久，都將被視為無家可歸者；</li> <li>- 根據 HUD 的現行定義，針對即將失去住房之個人或家庭的期限從 14 天（無家可歸者）和 21 天（具有變為無家可歸者的風險）延長至 30 天；並且</li> <li>- 對於 CFR 第 24 篇第 91.5 節中對具有發生無家可歸情況的風險之定義，年收入低於該地區家庭收入中位數 30% 的要求（由 HUD 判定）將不適用。</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>以及</b></p> </li> <li>2. <b>臨床風險因素需求：</b>必須有以下一個或多個合格臨床風險因素： <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> 符合 Medi-Cal 專科心理健康服務 (SMHS) 的使用標準；</li> <li>- <input type="checkbox"/> 符合加州醫療保健服務署 (DHCS) 社區支援政策指南定義的藥物 Medi-Cal (DMC) 或藥物 Medi-Cal 組織化配送系統 (DMC-ODS) 的使用標準；</li> </ul> </li> </ol>

## 住房服務

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> 一種或多種嚴重的慢性身體健康病況；</li> <li>- <input type="checkbox"/> 一種或多種身體、智力或發育殘障；或</li> <li>- <input type="checkbox"/> 懷孕至產後 12 個月的個人。</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>或者</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員經判定有資格獲得「過渡租金」。這些人自動具備獲得 HTSS 的資格。</p> <p style="text-align: center;"><b>或者</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員將透過當地無家可歸者協調入住系統 (CES) 或類似系統優先獲得永久支援性住房單元或租金補貼資源。這類系統旨在使用資訊來識別有殘障和/或一種或多種嚴重慢性病和/或嚴重心理疾病、因物質使用障礙而在機構居住或需要住宿服務之極度脆弱的個人和/或即將出獄的個人。</p>
<input type="checkbox"/>	<b>日間復健服務</b>  協助會員獲取、維持和提高在個人自然環境中成功居住所需的自助、社交和適應技能。	<p><b>請選擇適用的一項：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員處於無家可歸狀態。</p> <p><input type="checkbox"/> 會員在過去 24 個月內擺脫無家可歸狀態並住進了住房。</p> <p><input type="checkbox"/> 會員具有發生無家可歸情況的風險，如 CFR 第 24 篇第 91.5 節所定義，並有以下三項修改：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 如果離開某個機構，且個人在進入該機構居住之前處於無家可歸狀態或在居住期間變得無家可歸，則無論在機構居住了多久，都將被視為無家可歸者；</li> <li>2. 根據 HUD 的現行定義，針對即將失去住房之個人或家庭的期限從 14 天（無家可歸者）和 21 天（具有變為無家可歸者的風險）延長至 30 天；並且</li> <li>3. 對於 CFR 第 24 篇第 91.5 節中對具有發生無家可歸情況的風險之定義，年收入低於該地區家庭收入中位數 30% 的要求（由 HUD 判定）不適用。</li> </ol>

急性護理後入院或護理機構入院後提供的服務

<input type="checkbox"/>	<p><b>復健護理</b></p> <p>也稱為醫療暫托護理，適用於處於無家可歸狀態或具有發生無家可歸情況的風險並需要短期住宿環境以從傷害或疾病（包括行為健康病況）中康復的個人。</p>	<p><u>如果適用，請做出選擇：</u>（會員必須同時滿足以下<u>兩項</u>標準）</p> <p><input type="checkbox"/> 會員需要恢復，從而治癒傷病。</p> <p style="text-align: center;"><u>以及</u></p> <p><input type="checkbox"/> 會員處於無家可歸狀態或具有發生無家可歸情況的風險，如 CFR 第 24 篇第 91.5 節所定義，並有以下三項修改：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 如果離開某個機構，且個人在進入該機構居住之前處於無家可歸狀態或在居住期間變得無家可歸，則無論在機構居住了多久，都將被視為無家可歸者；</li> <li>2. 根據 HUD 的現行定義，針對即將失去住房之個人或家庭的期限從 14 天（無家可歸者）和 21 天（具有變為無家可歸者的風險）延長至 30 天；並且</li> <li>3. 對於 CFR 第 24 篇第 91.5 節中對具有發生無家可歸情況的風險之定義，年收入低於該地區家庭收入中位數 30% 的要求（由 HUD 判定）不適用。</li> </ol> <p><u>請附上復原護理或短期住院後住房 (STPHH) 轉介表格</u></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>短期住院後住房 (Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH)</b></p> <p>為即將離開機構且處於無家可歸狀態或具有發生無家可歸情況的風險之會員提供在離開機構後立即繼續進行醫療/精神科/物質使用障礙復原的機會。</p>	<p><u>如果適用，請做出選擇：</u>（會員必須滿足以下<u>所有</u>標準）</p> <p><input type="checkbox"/> 會員將離開某個機構，其中包括復原護理機構（包括社區支援復原護理機構或 Medi-Cal 以外的其他機構）、住院醫院（急性或精神科或化學依賴和復原醫院）、住宿物質使用障礙或心理健康治療機構、懲教機構或護理機構；</p> <p style="text-align: center;"><u>以及</u></p> <p><input type="checkbox"/> 會員處於無家可歸狀態或具有發生無家可歸情況的風險，如 CFR 第 24 篇第 91.5 節所定義，並有以下三項修改：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 如果離開某個機構，且個人在進入該機構居住之前處於無家可歸狀態或在居住期間變得無家可歸，則無論在機構居住了多久，都將被視為無家可歸者；</li> <li>2. 根據 HUD 的現行定義，針對即將失去住房之個人或家庭的期限從 14 天（無家可歸者）和 21 天（具有變為無家可歸者的風險）延長至 30 天；並且</li> <li>3. 對於 CFR 第 24 篇第 91.5 節中對具有發生無家可歸情況的風險之定義，年收入低於該地區家庭收入中位數 30% 的要求（由 HUD 判定）不適用。</li> </ol>



急性護理後入院或護理機構入院後提供的服務

		<p style="text-align: center;"><u>以及</u></p> <p><input type="checkbox"/> 會員滿足以下標準之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在接受增強照護管理 (ECM) 服務</li> <li>2. 罹患一種或多種嚴重慢性病；</li> <li>3. 罹患嚴重的心理疾病；或</li> <li>4. 由於物質使用障礙而具有在機構居住或需要住宿服務的風險。</li> </ol> <p style="text-align: center;"><u>以及</u></p> <p><input type="checkbox"/> 會員經合格健康專業人士判定有持續的身體或行為健康需求，如果不接受 STPHH，則需要持續的機構護理。</p> <p><u>請附上復原護理或 STPHH 轉介表格</u></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>社區或家庭過渡服務</b></p> <p>本方案原名為「社區過渡服務/護理機構過渡至住家」，旨在幫助個人在社區中生活，避免被進一步送入護理機構居住。</p>	<p><b>審查以下資格標準：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 目前正在接受醫療必需的護理機構級別護理 (level of care, LOC) 服務，<b>並且</b>不是留在在療養院和/或復健護理機構中，而是選擇過渡之家並繼續接受醫療必需的護理機構 LOC 服務；<b>並且</b></li> <li>2. 在療養院和/或復健護理機構居住了 60 天以上；<b>並且</b></li> <li>3. 有興趣搬回社區；<b>並且</b></li> <li>4. 能夠在社區中安全居住，並且能獲得適當且具有成本效益的支援和服務。</li> </ol> <p>會員是否滿足這個部分的所有標準，從而符合資格： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>以前是否接受過這項服務？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>輔助生活機構 (Assisted Living Facility, ALF) 過渡</b></p> <p>「ALF 過渡」計劃原名為「護理機構過渡/轉變為輔助生活機構，如針對老人和成人住宿機構的住宿護理機構」，旨在盡可能幫助個人在社區中生活並避免被送入機構居住。</p>	<p><b>審查以下資格標準：</b></p> <p>居住在護理機構的以下會員：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在護理機構居住了 60 天以上；<b>並且</b></li> <li>2. 願意住在輔助生活環境，而非護理機構中；<b>並且</b></li> <li>3. 能夠安全地居住在 ALF 中。</li> </ol> <p>會員居住在社區中<b>並且</b>：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有興趣繼續留在社區中；<b>並且</b></li> <li>2. 願意<b>並且</b>能夠安全地居住在 ALF 中；<b>並且</b></li> <li>3. 滿足接受護理機構 LOC 服務的最低標準，<b>並且</b>不住入機構，而是選擇留在社區並在 ALF 接受醫療必需的護理機構 LOC 服務。</li> </ol>

急性護理後入院或護理機構入院後提供的服務

	會員是否滿足「居住在療養院」或「居住在社區中」部分的所有標準，從而符合資格： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 以前是否接受過這項服務？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/>
--	--

在家中提供的服務

<input type="checkbox"/>	<p><b>個人護理和家務服務</b></p> <p>為有需要的會員提供日常生活活動 (ADL) 協助，例如洗澡、穿衣、上廁所、走動或進食。</p>	<p><u>如果適用</u>，請做出選擇：</p> <p><input type="checkbox"/> 會員具有住院或在護理機構居住的風險；</p> <p style="text-align: center;"><b>或者</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員有機能缺陷且沒有其他足夠的支援系統；</p> <p style="text-align: center;"><b>以及</b></p> <p><u>請選擇適用的一項：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 會員被轉介接受居家支援服務 (IHSS) 方案並透過公共機構登記處搜尋護理人員。</p> <p style="padding-left: 40px;">IHSS 申請提交日期：_____</p> <p style="padding-left: 40px;">IHSS 申請狀態：</p> <p style="padding-left: 80px;"><input type="checkbox"/> 正在審查中</p> <p style="padding-left: 80px;"><input type="checkbox"/> 已核准 – 每月 IHSS 小時數：_____</p> <p style="padding-left: 80px;"><input type="checkbox"/> 拒絕</p> <p><input type="checkbox"/> 會員目前正在接受 IHSS 並需要額外時數。重新評估請求尚待處理，與此同時，需要護理人員提供支援。</p> <p style="padding-left: 40px;">重新評估請求日期：_____</p> <p style="padding-left: 40px;">每月 IHSS 小時數：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 會員不符合 IHSS 資格，並且需要服務來幫助避免在專業護理機構短期居住（不超過 60 天）。</p> <p style="padding-left: 40px;">如有，請提供顯示拒絕決定的 IHSS 行動通知。</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>暫托服務</b></p> <p>為需要間歇性臨時監護之會員的護理人員提供喘息機會。該服務不同於醫療</p>	<p><u>如果適用</u>，請做出選擇：</p> <p><input type="checkbox"/> 居住在社區中，日常生活活動能力 (ADL) 能力受損，因此依賴合格護理人員提供大部分支援，並且護理人員需要暫時休息，從而避免會員被安置到機構中居住的會員</p>



## 在家中提供的服務

	<p>休養或復原護理，僅為護理人員提供休息。</p> <p>每曆年上限為 336 小時。</p>	<p><b>回答以下所有部分：</b></p> <p>居家暫托服務在會員自己家中或其他用作住家的地點向會員提供。</p> <p><input type="checkbox"/> 依賴合格護理人員，並且如果沒有護理人員，會員則需要入住護理機構</p> <p>會員需要暫托護理人員的具體日期和時間：</p> <p>日期：_____</p> <p>時間：_____</p> <p>會員享有其他提供護理人員的服務：</p> <p><input type="checkbox"/> 居家支援服務 (IHSS)</p> <p><input type="checkbox"/> 社區型成人服務 (CBAS)</p> <p><input type="checkbox"/> 區域中心</p> <p><input type="checkbox"/> 私人護理人員</p> <p><input type="checkbox"/> 不適用</p> <p>會員是否需要護理人員的立即服務？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>		
<input type="checkbox"/>	<p><b>醫療客製化餐食 (Medically Tailored Meals, MTM)/醫療支援食品 (Medically Supportive Food, MSF)</b></p> <p>旨在解決個人對營養敏感的慢性病或其他嚴重病況，從而改善健康狀況並減少不必要的開支。</p>	<p><b>會員必須滿足以下<u>一項或多項</u>醫療病況：</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 自體免疫疾病  <input type="checkbox"/> 癌症  <input type="checkbox"/> 心血管疾病  <input type="checkbox"/> 慢性腎病  <input type="checkbox"/> 慢性肺部疾病或其他肺部疾病（例如氣喘/慢性阻塞性肺病 (COPD)）  <input type="checkbox"/> 心臟衰竭  <input type="checkbox"/> 糖尿病或其他代謝疾病  <input type="checkbox"/> 鉛濃度升高  <input type="checkbox"/> 末期腎病 (ESRD)  <input type="checkbox"/> 高膽固醇  <input type="checkbox"/> 肝病                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 高血壓  <input type="checkbox"/> 血脂異常  <input type="checkbox"/> 脂肪肝  <input type="checkbox"/> 營養不良  <input type="checkbox"/> 肥胖症  <input type="checkbox"/> 中風  <input type="checkbox"/> 胃腸道疾病  <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病  <input type="checkbox"/> 高風險周產期疾病  <input type="checkbox"/> 慢性或致殘性心理/行為健康障礙  <input type="checkbox"/> 其他（請說明）：  <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 自體免疫疾病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 慢性腎病 <input type="checkbox"/> 慢性肺部疾病或其他肺部疾病（例如氣喘/慢性阻塞性肺病 (COPD)） <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 糖尿病或其他代謝疾病 <input type="checkbox"/> 鉛濃度升高 <input type="checkbox"/> 末期腎病 (ESRD) <input type="checkbox"/> 高膽固醇 <input type="checkbox"/> 肝病	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 血脂異常 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 肥胖症 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 胃腸道疾病 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 高風險周產期疾病 <input type="checkbox"/> 慢性或致殘性心理/行為健康障礙 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）： <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div>
<input type="checkbox"/> 自體免疫疾病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 慢性腎病 <input type="checkbox"/> 慢性肺部疾病或其他肺部疾病（例如氣喘/慢性阻塞性肺病 (COPD)） <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 糖尿病或其他代謝疾病 <input type="checkbox"/> 鉛濃度升高 <input type="checkbox"/> 末期腎病 (ESRD) <input type="checkbox"/> 高膽固醇 <input type="checkbox"/> 肝病	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 血脂異常 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 肥胖症 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 胃腸道疾病 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 高風險周產期疾病 <input type="checkbox"/> 慢性或致殘性心理/行為健康障礙 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）： <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div>			

## 在家中提供的服務

		<p>會員是否需要特殊飲食？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>如為「是」，請描述：</p> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 會員在接受由當地、州政府或聯邦政府資助方案提供的餐食遞送服務</p> <p><input type="checkbox"/> 會員目前在醫院或護理機構，並且醫療客製化餐食是出院計劃的一部分</p> <p>是否有冰箱？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>是否有辦法以安全的方式對餐食重新加熱？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>環境無障礙改造 (Environmental Accessibility Adaptations , EAA)</b></p> <p>EAA 也稱為住家改造，是對住家進行的實體改造。這類改造對於確保會員的健康 福祉和安全具有必要性 或者使會員能夠在家中更獨立地生活 否則會員則需要在機構居住。</p>	<p>是否申請獲取個人緊急應變系統 (Personal Emergency Response System, PERS)？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p><u>如果適用，請做出選擇：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 具有在護理機構居住的風險之會員</p> <p><b>醫療服務者必須確保：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員已和家庭醫生 (PCP) 討論過需要進行住家改造</p> <p><input type="checkbox"/> PCP 已記錄該服務的醫療需求，並將根據要求提供文件紀錄</p> <p>以前是否接受過這項服務？      是 <input type="checkbox"/>      否 <input type="checkbox"/>      未知 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>氣喘治療</b></p> <p>可以預防可能需要急診服務和住院治療的急性氣喘發作。包括對住家環境進行必要的供給和/或實體改造，從而確保會員的健康 福祉和安全 或使會員能夠在家中活動並使急性氣喘發作的機率降低。</p>	<p><u>如果適用，請做出選擇：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 會員在過去 12 個月內曾因氣喘前往急診部 (ED) 就診或住院</p> <p><input type="checkbox"/> 會員在過去 12 個月內曾兩次因氣喘而生病或接受急需護理看診</p> <p><input type="checkbox"/> 會員氣喘控制測試得分為 19 分或更低</p> <p><input type="checkbox"/> 持照醫療保健提供者已記錄該服務很可能可避免與氣喘相關的住院、急診就診或其他高費用服務</p> <p>以前是否接受過這項服務？      是 <input type="checkbox"/>      否 <input type="checkbox"/>      未知 <input type="checkbox"/></p>