



CalAIM 지역사회 지원 의뢰 양식

회원 이름: _____ CIN 번호: _____

참고: 회원은 CalOptima Health 에 가입할 자격이 있어야 합니다

1 단계: 아래에 해당하는 모든 정보를 입력하고 2 단계 및 3 단계로 이동하십시오. 별표(*)가 되어 있는 항목은 입력이 필요합니다.

의뢰 정보:

의뢰 날짜*: _____ 의뢰인*: _____ 기관 또는 회원과의 관계*: _____ 의뢰한 의료 제공자 (National Provider Identifier, NPI) (해당되는 경우): _____ 전화번호*: _____ 팩스: _____ 이메일*: _____ 의뢰 유형: <input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 긴급* *일반적인 승인 기간이 회원의 생명이나 건강에 해롭거나, 회원의 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 번호*: _____ 회원 생년월일*: _____ 주치의(PCP): _____ 전화번호: _____ 이메일: _____ 회원의 선호하는 언어*: _____ 현재 회원은 병원에 입원하였습니까? _____
--

2 단계: 회원이 받길 원하는 지역사회 지원에 표시하십시오. 다음 페이지들에는 지역사회 지원에 대한

추가 자격 정보를 제공합니다. 제출하기 전에 필수 정보박스를 모두 작성해 주십시오.

3 단계: 작성된 의뢰 양식과 지원 문서를 CalOptima Health 로 팩스나 우편으로 보내십시오.

CalOptima Health 지역사회 지원 건강 네트워크 연락처 정보

건강 네트워크	고객 서비스 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 11033 Orange, CA 92856

거주지 서비스

<input type="checkbox"/> <p>주거 전환 탐색 서비스(HTNS, Housing Transition Navigation Services) 회원들이 거주지를 찾고, 신청하고, 확보하는 것을 지원합니다.</p>	<p>해당되는 경우 선택:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 다음의 사회적 및 임상적 위험 요인 요건을 충족합니다:</p> <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, 개인이 해당 시설에 입소하기 직전에 노숙 상태였거나 시설 체류 기간 동안 노숙 상태가 된 경우, 시설 체류 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다. 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. 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 style="text-align: center;"><u>그리고</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 임상적 위험 요인 요건 — 다음의 임상적 위험 요인 중 하나
--	--

거주지 서비스

이상을 충족해야 합니다:

- Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스(SMHS, Specialty Mental Health Services)의 지침 기준을 충족합니다.
- DHCS(Department of Health Care Services, 보건 서비스부)의 지역사회 지원 정책 가이드에서 정의한 약물 Medi-Cal(DMC, Drug Medi-Cal) 또는 약물 Medi-Cal 조직화 배송 시스템(DMC-ODS, Drug Medi-Cal Organized Delivery System)에 대한 지침 기준을 충족합니다.
- 하나 이상의 심각한 만성 신체 건강 문제,
- 하나 이상의 신체적, 지적 또는 발달 장애, 또는
- 임신 중이거나 출산 후 12 개월 이내인 여성.

또는

회원은 전환기 임대료(Transitional Rent)에 자격이 되는 것으로 판단됩니다. 이러한 개인은 자동으로 HTNS(주거 전환 탐색 서비스) 자격이 있습니다.

또는

회원은 지역 노숙자 통합 지원 시스템(CES, Coordinated Entry System) 또는 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 또는 임대료 보조금 지원 대상으로 우선 선정되며, 이러한 시스템은 정보를 활용하여 장애가 있거나 또는 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있거나 또는 심각한 정신 질환이 있는 고위험군 개인, 약물 남용 장애로 인해 시설 입소 또는 주거 서비스가 필요한 사람, 또는 출소 예정인 사람을 식별하도록 설계되었습니다.

거주지 서비스

□	<p>거주지 보증금</p> <p>기본적인 가정을 꾸리는 데 필요한 일회성 서비스와 수정 사항(숙박 및 식사 제외)을 파악, 조정, 확보 또는 자금 조달을 지원합니다.</p>	<p>해당되는 경우 선택:</p> <p>□ 회원은 다음의 사회적 및 임상적 위험 요인 요건을 충족합니다:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. □ 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, 개인이 해당 시설에 입소하기 직전에 노숙 상태였거나 시설 체류 기간 동안 노숙 상태가 된 경우, 시설 체류 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다. - 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. - 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 style="text-align: center;"><u>그리고</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 임상적 위험 요인 요건 — 다음의 임상적 위험 요인 중 하나 이상을 충족해야 합니다: <ul style="list-style-type: none"> - □ Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스(SMHS, Specialty Mental Health Services)의 지침 기준을 충족합니다. - □ DHCS(Department of Health Care Services, 보건 서비스부)의 지역사회 지원 정책 가이드에서 정의한 약물 Medi-Cal(DMC, Drug Medi-Cal) 또는 약물 Medi-Cal 조직화 배송 시스템(DMC-ODS, Drug Medi-Cal Organized Delivery System)에 대한 지침 기준을 충족합니다. - □ 하나 이상의 심각한 만성 신체 건강 문제, - □ 하나 이상의 신체적, 지적 또는 발달 장애, 또는 - □ 임신 중이거나 출산 후 12 개월 이내인 여성.
---	---	---

거주지 서비스

또는

□ 회원은 전환기 임대료(Transitional Rent)에 자격이 되는 것으로 판단됩니다. 이러한 개인은 자동으로 임대 보증금(Housing Deposits) 자격이 있습니다.

또는

□ 회원은 지역 노숙자 통합 지원 시스템(CES, Coordinated Entry System) 또는 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 또는 임대료 보조금 지원 대상자로 우선 선정되며, 이러한 시스템은 정보를 활용하여 장애가 있거나 또는 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있거나 또는 심각한 정신 질환이 있는 고위험군 개인, 약물 남용 장애로 인해 시설 입소 또는 주거 서비스가 필요한 사람, 또는 출소 예정인 사람을 식별하도록 설계되었습니다.

□ **주택 임대 및 유지 서비스(HTSS, Housing Tenancy and Sustaining Services)**

안정적인 거주지가 확보된 회원들에게 임대를 유지하기 위한 교육, 코칭 및 지원을 제공함.

해당되는 경우 선택:

□ 회원은 다음의 사회적 및 임상적 위험 요인 요건을 충족합니다:

1. □ **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:
 - 시설에서 퇴소하는 경우, 개인이 해당 시설에 입소하기 직전에 노숙 상태였거나 시설 체류 기간 동안 노숙 상태가 된 경우, 시설 체류 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다.
 - 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

거주지 서비스

있는 개인은 21 일에서 30 일로 연장됩니다.

- 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 임상적 위험 요인 중 하나 이상을 충족해야 합니다:

- Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스(SMHS, Specialty Mental Health Services)의 지침 기준을 충족합니다.
- DHCS(Department of Health Care Services, 보건 서비스부)의 지역사회 지원 정책 가이드에서 정의한 약물 Medi-Cal(DMC, Drug Medi-Cal) 또는 약물 Medi-Cal 조직화 배송 시스템(DMC-ODS, Drug Medi-Cal Organized Delivery System)에 대한 지침 기준을 충족합니다.
- 하나 이상의 심각한 만성 신체 건강 문제,
- 하나 이상의 신체적, 지적 또는 발달 장애, 또는
- 임신 중이거나 출산 후 12 개월 이내인 여성.

또는

회원은 전환기 임대료(Transitional Rent)에 자격이 되는 것으로 판단됩니다. 이러한 개인은 자동으로 HTSS(주거 전환 탐색 서비스) 자격이 있습니다.

또는

회원은 지역 노숙자 통합 지원 시스템(CES, Coordinated Entry System) 또는 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 또는 임대료 보조금 지원 대상으로 우선 선정되며, 이러한 시스템은 정보를 활용하여 장애가 있거나 또는 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있거나 또는 심각한 정신 질환이 있는 고위험군 개인, 약물 남용 장애로 인해 시설 입소 또는 주거 서비스가 필요한 사람, 또는 출소 예정인 사람을 식별하도록 설계되었습니다.

거주지 서비스

□	<p>주간 재할</p> <p>회원의 자연적인 환경에서 성공적으로 거주하는 데 필요한 자립, 사회화 및 적응 기술을 습득, 유지 및 개선하도록 지원합니다.</p>	<p>해당되는 항목 1 개 선택:</p> <p>□ 회원은 노숙을 경험하고 있습니다.</p> <p>□ 회원은 지난 24 개월 동안 노숙 생활을 마치고 주택에 입주했.</p> <p>□ 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 시설에서 퇴소하는 경우, 개인이 해당 시설에 입소하기 직전에 노숙 상태였거나 시설 체류 기간 동안 노숙 상태가 된 경우, 시설 체류 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다. 2. 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. 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>전이 임대료</p>	<p>해당되는 경우 선택:</p> <p>□ 회원은 행동 건강 집중 관리 대상 인구(Behavioral Health Population of Focus)에 대한 세 가지 기준을 모두 충족합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. □ 임상적 위험 요인 요건 — 다음의 임상적 위험 요인 중 하나 이상을 충족해야 합니다: <ul style="list-style-type: none"> - □ Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스(SMHS, Specialty Mental Health Services)의 지침 기준을 충족, 또는 - □ DHCS(Department of Health Care Services, 보건 서비스부)의 지역사회 지원 정책 가이드에서 정의한 약물 Medi-Cal(DMC, Drug Medi-Cal) 또는 약물 Medi-Cal 조직화 배송 시스템(DMC-ODS, Drug Medi-Cal Organized Delivery System)에 대한 지침 기준을 충족합니다.

거주지 서비스

2. **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:
- 시설에서 퇴소하는 경우, 개인이 해당 시설에 입소하기 직전에 노숙 상태였거나 시설 체류 기간 동안 노숙 상태가 된 경우, 시설 체류 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다.
 - 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.
 - 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.
3. **추가 요구 사항** — 회원은 다음 조건 중 하나를 충족해야 합니다:
- a. **전환기 인구 관련 요구 사항 (해당되는 경우 하나를 선택):**
 - i. **기관 또는 집단 거주 시설에서 전환하는 경우:** 병원 입원, 입원 또는 주거형 약물 남용 치료 시설, 입원 또는 주거형 정신 건강 시설 또는 요양 시설을 포함하되 이에 국한되지 않는 기관 또는 집단 거주 시설에서 퇴소하는 개인.
 - ii. **교정 시설에서 전환하는 경우:** 주 교도소, 카운티 교도소, 소년원 또는 법 집행 기관의 조치에 따라 비자발적으로 구금되어 있던 기타 주, 지방 또는 연방 교정 시설에서 퇴소하는 개인.
 - iii. **임시 거주 시설에서 전환하는 경우:** HUD, 주 또는 지방 정부에서 자금을 지원하거나 관리하는 전환 주택, 신속 재정착 주택, 가정 폭력 보호소 또는 가정 폭력 주거 시설, 노숙자 쉼터 또는 기타 임시 거주 시설에서 퇴소하는 개인.
 - iv. **회복 치료 또는 단기 입원 후 거주 시설에서 전환하는 경우:** Medi-Cal 관리 의료 서비스 또는

거주지 서비스

기타 지원을 통해 지원받은 단기 입원 후 거주 시설 또는 회복 치료 시설에서 퇴소하는 개인.

- v. **위탁 양육 거주지에서 전환하는 경우:** 캘리포니아 또는 다른 주에서 위탁 양육 거주지에 있었던 만 26 세(18 세 생일 이후에 위탁 보호를 받은 경우)까지의 청년.

또는

- b. **노숙 생활을 경험하는 경우:** 자동차, 공원, 버려진 건물, 버스 또는 기차역, 공항 또는 캠핑장을 포함하여 사람이 정기적으로 잠을 자는 장소로 설계되지 않았거나 일반적으로 사용되지 않는 공공 또는 개인 장소인 주된 야간 거주지가 있는 개인 또는 가족

또는

- c. **전체 서비스 파트너십(FSP, Full Service Partnership) 자격 대상:** FSP 는 심각한 정신 건강 문제 및/또는 약물 남용 문제를 겪고 있어 집중적인 통합 지원 서비스가 필요한 개인을 위한 종합적인 행동 건강 프로그램입니다.

주거 지원 계획서(Housing Support Plan)를 첨부하십시오.

급성 치료 후 입원 또는 간호시설 입원 이후를 위해 제공되는 서비스

<input type="checkbox"/>	<p>회복 치료</p> <p>의료 회복 지원 서비스라고도 불리는 이 서비스는 노숙을 경험하고 있거나 노숙 위험에 처한 사람들이 부상이나 질병(행동 건강 문제 포함)에서 회복하기 위해 단기적으로 거주할 수 있는 환경을 제공하는 서비스</p>	<p>해당되는 경우 선택: (회원은 다음 2 가지 기준을 모두 충족해야 함)</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 부상이나 질병에서 회복하기 위해 치료가 필요한 상황.</p> <p style="text-align: center;">그리고</p> <p><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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 시설에서 퇴소하는 경우, 개인이 해당 시설에 입소하기 직전에 노숙 상태였거나 시설 체류 기간 동안 노숙 상태가 된 경우,
--------------------------	--	---

급성 치료 후 입원 또는 간호시설 입원 이후를 위해 제공되는 서비스

		<p>시설 체류 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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>회복 치료 또는 STPHH 의뢰 양식을 첨부하십시오</p>
□	<p>입원 후 단기 주거지(STPHH, Short-Term Post-Hospitalization Housing)</p> <p>시설에서 퇴소하는 회원 중 노숙을 경험하고 있거나 노숙 위험에 처한 사람들에게 퇴소 직후에도 의료/정신과 치료/약물 남용 장애 회복 치료를 계속 받을 수 있는 기회를 제공합니다.</p>	<p>해당되는 경우 선택: (회원은 다음 기준을 모두 충족해야 합니다)</p> <p>□ 회원이 퇴원하는 기관은 회복 치료 시설(지역사회 지원 회복 치료 시설(Community Support Recuperative Care) 또는 Medi-Cal 적용 대상이 아닌 기타 시설 포함), 입원 병원(급성 병원, 정신과 병원 또는 약물 의존 및 회복 병원), 주거형 약물 사용 장애 또는 정신 건강 치료 시설, 교도소 또는 요양 시설을 포함합니다.</p> <p align="center">그리고</p> <p>□ 회원은 연방 규정집(CFR, Code of Federal Regulations) 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"> 시설에서 퇴소하는 경우, 개인이 해당 시설에 입소하기 직전에 노숙 상태였거나 시설 체류 기간 동안 노숙 상태가 된 경우, 시설 체류 기간에 관계없이 노숙자로 간주됩니다. 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. 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.

급성 치료 후 입원 또는 간호시설 입원 이후를 위해 제공되는 서비스

		<p align="center"><u>그리고</u></p> <p><input type="checkbox"/> 회원이 다음 중 하나를 충족합니다:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ECM(향상된 치료 관리, Enhanced Care Management) 서비스를 받고 있는 경우, 2. 하나 또는 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있는 경우, 3. 심각한 정신 질환이 있는 경우 또는 4. 약물 남용 장애로 인해 시설 입소 또는 주거 서비스가 필요할 위험이 있는 경우. <p align="center"><u>그리고</u></p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 자격을 갖춘 의료 전문가의 판단에 따라 지속적인 신체적 또는 행동 건강상의 필요를 가지고 있으며, 만약 STPHH(입원 후 단기 주거지)를 받지 못할 경우 지속적인 시설 치료가 필요할 것입니다.</p> <p><u>회복 치료 또는 STPHH 의뢰 양식을 첨부하십시오</u></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>지역사회 또는 주거 전환 서비스</p> <p>이전에 "지역사회 전환 서비스/요양 시설에서 집으로 전환"으로 알려졌던 이 프로그램은 개인이 지역사회에서 생활하고 요양 시설에 다시 입소하는 것을 방지하도록 돕습니다.</p>	<p>다음 자격 기준을 검토하십시오:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 현재 의학적으로 필요한 요양 시설 치료 수준(LOC, level of care) 서비스를 받고 있으며, 요양 시설이나 회복 치료 환경 시설에 머무르는 대신 집으로 돌아가 의학적으로 필요한 요양 시설 LOC 서비스를 계속 받기로 선택함 및 2. 요양원 및/또는 회복 치료 환경에서 60일 이상 거주함 및 3. 지역사회로 돌아가는 데 관심이 있음 및 4. 적절하고 비용 효율적인 지원 및 서비스를 통해 지역 사회에서 안전하게 생활할 수 있음. <p>회원은 다음 섹션의 <u>모든</u> 기준을 충족해야 자격이 됩니다:</p> <p>예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p> <p>이전에 이 서비스를 받아보셨습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/></p>

급성 치료 후 입원 또는 간호시설 입원 이후를 위해 제공되는 서비스

<p><input type="checkbox"/> 보조 주거 시설 (Assisted Living Facility, ALF) 전환</p> <p>이전에 "요양 시설 전환/노인 주거 시설 및 성인 주거 시설과 같은 보조 생활 시설로의 전환"으로 알려졌던 이 프로그램은 가능한 한 시설 수용을 피하고 지역사회에서 생활할 수 있도록 개인을 지원하기 위해 고안되었습니다.</p>	<p>다음 자격 기준을 검토하십시오:</p> <p>회원이 요양 시설에 거주하며 다음 조건을 충족합니다:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 요양 시설에서 60일 이상 거주한 경우 및 2. 요양 시설의 대안으로 보조 생활 시설에서 생활할 의향이 있는 경우 및 3. 보조 주거 시설에서 안전하게 거주할 수 있는 경우. <p>회원이 지역사회에 거주하고 있으며 다음 조건을 충족:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 지역사회에 계속 거주하기를 희망하고 있으며, 2. ALF에서 안전하게 거주할 의향과 능력이 있으며, 3. 요양시설 LOC 서비스를 받을 수 있는 최소 기준을 충족하고, 시설에 입소하는 대신 지역사회에 머물면서 ALF에서 의료적으로 필요한 요양시설 LOC 서비스를 받기로 선택한 경우. <p>회원은 "요양시설에 거주하는 경우" 또는 "지역사회에 거주하는 경우" 섹션의 모든 기준을 충족해야 합니다.</p> <p>예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p> <p>이전에 이 서비스를 받아보셨습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/></p>
--	--

집에서 제공되는 서비스

<p><input type="checkbox"/> 개인 관리 및 가사 도우미 서비스</p> <p>목욕, 옷 입기, 화장실 이용, 보행 또는 식사 등 일상생활 활동(ADL, activities of daily living)에 도움이 필요한</p>	<p>해당되는 경우 선택:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 요양 시설 또는 병원에 입원할 위험이 있음,</p> <p align="center">또는</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 일상 생활을 하는 데 결함이 있고 주위에 적절한 지원이 없음,</p> <p align="center">그리고</p> <p>해당되는 항목 1 개 선택:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 재택 지원 서비스(IHSS, In-Home Supportive Services)</p>
---	---

집에서 제공되는 서비스

<p>회원들에게 지원을 제공.</p>	<p>프로그램에 의뢰되었으며, 공공 기관 등록부(Public Authority Registry)를 통해 간병인을 찾고 있습니다.</p> <p>IHSS 신청서 제출일: _____</p> <p>IHSS 신청 상태:</p> <p><input type="checkbox"/> 검토 중</p> <p><input type="checkbox"/> 승인됨 — IHSS 월별 승인 시간: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 거절됨</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>재평가 요청 날짜: _____</p> <p>IHSS 월별 승인 시간: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 IHSS 수혜 자격이 없으며, 전문 간호시설 단기 입원(최대 60 일)을 피하기 위한 서비스가 필요합니다.</p> <p>가능하면 거절을 나타내는 IHSS 행동 통지서를 제공하십시오.</p>
<p><input type="checkbox"/> 임시 간호 서비스</p> <p>간헐적으로 임시 감독이 필요한 회원의 간병인에게 임시 휴식을 제공합니다. 이 서비스는 의료적 휴식이나 회복 치료와 다르며 간병인에게만 휴식을 제공합니다.</p> <p>제한은 연간 336 시간입니다.</p>	<p>해당되는 경우 선택:</p> <p><input type="checkbox"/> 지역사회에 거주하며 일상생활활동(ADL)에 어려움을 겪고 있어 대부분의 지원을 제공하는 자격을 갖춘 간병인에게 의존하고 있으며 시설 입소를 피하기 위해 간병인 구호가 필요한 회원</p> <p>아래 모든 섹션에 답하십시오:</p> <p>가정 내 휴식 서비스는 회원의 집이나 집으로 사용되는 다른 장소에서 제공됩니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 자격을 갖춘 간병인이 있고 없다면 회원은 요양 시설에 있어야 합니다.</p> <p>회원에게 휴식 간병인이 필요한 특정 날짜와 시간이 있습니다:</p> <p>날짜 _____</p> <p>시간: _____</p> <p>회원은 간병인이 제공되는 다음과 같은 기타 서비스가 있습니다:</p>

집에서 제공되는 서비스

- In-Home Supportive Services (가정 지원 서비스, IHSS)
- 지역사회 기반 성인 서비스 (Community-Based Adult Services, CBAS)
- 지역센터
- 개인 간병인
- 해당 않됨

회원은 즉시 간병 서비스가 필요합니까? 예 아니오

- 의료적 맞춤 식사(Medically Tailored Meals, MTM)/ 의료적 지원 식품(Medically Supportive Food, MSF)**

영양에 민감한 개인의 만성 질환이나 기타 심각한 질환을 다루어 건강을 개선하고 불필요한 비용을 줄이도록 고안되었습니다.

회원은 다음 건강 상태 중 하나 또는 이상을 충족해야 합니다:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <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 또는 만성 폐쇄성 폐질환(COPD, Chronic Obstructive pulmonary disease)) <input type="checkbox"/> 심장 마비 <input type="checkbox"/> 당뇨병 또는 기타 대사 질환 <input type="checkbox"/> 납 수치 상승 <input type="checkbox"/> 말기 신장 질환(ESRD, End-stage renal disease) <input type="checkbox"/> 고 콜레스테롤 <input type="checkbox"/> 간 질환 | <ul style="list-style-type: none"> <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 주산기 질환 <input type="checkbox"/> 만성 또는 장애를 유발하는 정신/행동 건강 장애 <input type="checkbox"/> 기타 (설명이 필요):

_____ |
|---|---|

회원은 특별 식단을 섭취하고 있습니까? 예 아니오

예라면, 설명하십시오:

집에서 제공되는 서비스

		<p><input type="checkbox"/> 회원은 지역, 주 또는 연방 자금 지원 프로그램에서 다른 식사 배달 서비스를 받고 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 현재 병원이나 요양 시설에 있으며 의료적으로 맞춤형 식사가 퇴원 계획에 포함되어 있습니다.</p> <p>냉장고가 있으십니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p> <p>식사를 안전하게 데울 수 있는 방법이 있으십니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>환경 접근성 적응(EAA, Environmental Accessibility Adaptations)</p> <p>주택 개조(Home Modifications)라고도 불리는 이러한 조치는 개인의 건강, 복지 및 안전을 보장하거나 개인이 집에서 더 큰 독립성을 가지고 생활할 수 있도록 하기 위해 필요한 주택의 물리적 개조를 의미하며, 이러한 개조가 없으면 회원은 시설에 수용되어야 할 수도 있습니다.</p>	<p>개인 비상 대응 시스템(PERS, Personal Emergency Response System)에 대한 요청?</p> <p>예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p> <p>해당되는 경우 선택:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 요양 시설에 수용될 위험이 있습니다</p> <p>의료 제공자는 다음을 보장해야 합니다:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 주치의(PCP)와 주택 개조 필요성에 대해 논의했습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> PCP 는 이 서비스에 대한 의료적 필요성을 문서화했으며 요청 시 문서를 제공할 것입니다.</p> <p>이전에 이 서비스를 받아보셨습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/></p>

집에서 제공되는 서비스

<p><input type="checkbox"/></p>	<p>천식 치료</p> <p>응급 서비스 이용 및 입원이 필요할 수 있는 급성 천식 발작을 예방할 수 있습니다. 회원의 건강, 복지 및 안전을 보장하거나, 회원이 급성 천식 발작 발생 가능성을 줄이면서 가정에서 생활할 수 있도록 하는 데 필요한 물품 및/또는 주거 환경 개선으로 구성됩니다.</p>	<p>해당되는 경우 선택:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 지난 12 개월 동안 응급실(emergency department, ED)을 방문하거나 또는 입원을 한 적이 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 지난 12 개월 동안 2 회의 병가 또는 긴급 진료 방문을 한 적이 있습니다</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 천식 조절 검사에서 19 점 또는 이하를 받았습니다</p> <p><input type="checkbox"/> 면허를 소지한 의료 제공자는 해당 서비스가 천식 관련 입원, 응급실 방문 또는 기타 고비용 의료 서비스 이용을 예방하는 데 도움이 될 가능성이 높다고 기록했습니다</p> <p>이전에 이 서비스를 받아보셨습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모르겠음 <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------	---	--