



MẪU ĐƠN GIỚI THIỆU DỊCH VỤ ĐIỀU PHỐI Y TẾ TĂNG CƯỜNG (ECM) — DÀNH CHO NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Xin hoàn tất từ phần 1 đến phần 6. Nếu quý vị không thể hoàn tất phần bắt buộc phải điền thông tin, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số miễn phí 1-800-587-8088 (TTY 711) để được hỗ trợ thêm trước khi nộp đơn.

1. THÔNG TIN CỦA THÀNH VIÊN	Dấu sao (*) có nghĩa là thông tin bắt buộc phải điền.
Ngày Giới thiệu*	
Loại Giới thiệu*	☐ Thông thường ☐ Khẩn cấp
Chương trình Y tế có Quản lý của Thành viên*	
Tên của Thành viên*	
Họ của Thành viên*	
Số Chỉ mục Thành viên Medi-Cal (CIN)	
Số ID Thành viên trong Chương trình Y tế có Quản lý	
Ngày sinh của Thành viên (Tháng/Ngày/Năm)*	
Số Điện thoại Liên lạc Chính của Thành viên*	
Ngôn ngữ mà Thành viên Mong muốn Sử dụng	
Tên của Bác sĩ Gia đình của Thành viên	
Địa chỉ nơi Cư trú của Thành viên	☐ Xin đánh dấu vào đây nếu: Không có địa chỉ hiện ở cố định. Nếu có thể, xin liệt kê địa điểm mà Thành viên thường lui tới.
Thành phố Cư trú của Thành viên	
Mã số vùng Cư trú của Thành viên	
Email của Thành viên	
Phương thức Liên lạc Tốt nhất	☐ Điện thoại

1. THÔNG TIN CỦA THÀNH VIÊN (tiếp tục) <i>Dấu sao (*) có nghĩa là thông tin bắt buộc phải điền.</i>	
Thành viên/Người chăm sóc, nếu có	☐ Email
Thời gian Thuận tiện Nhất để Liên lạc với Thành viên/Người chăm sóc	
Tên của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc, nếu có	
Số điện thoại của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc, nếu có	
Email của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc, nếu có	

2. THÔNG TIN VỀ VIỆC GIỚI THIỆU	
Tên của Cơ quan Thực hiện việc Giới thiệu*	
Số Nhận diện (NPI) của Cơ quan Thực hiện việc Giới thiệu	
Tên của Cá nhân Thực hiện việc Giới thiệu*	
Chức danh của Người Thực hiện việc Giới thiệu	
Số điện thoại của Người Thực hiện việc Giới thiệu*	
Địa chỉ Email của Người Thực hiện việc Giới thiệu*	
Mối quan hệ của Người Thực hiện việc Giới thiệu với Thành viên*	☐ Nhà cung cấp dịch vụ Y khoa ☐ Nhà cung cấp dịch vụ Xã hội ☐ Khác Xin cung cấp thêm thông tin chi tiết ở Phần 5 — Thông tin Bổ sung
CHỈ DÀNH CHO CƠ QUAN CỘNG TÁC TRONG CỘNG ĐỒNG (KHÔNG PHẢI LÀ NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ ECM)	Thành viên có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng không? Xin chọn một trong những chọn lựa sau đây: ☐ Có, Thành viên này có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng Điều phối viên Y tế cho Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____ Cơ quan Cung cấp Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____

2. THÔNG TIN VỀ VIỆC GIỚI THIỆU (tiếp tục)	
	☐ Không, Thành viên này không có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng
CHỈ DÀNH CHO NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ ECM	Cơ quan thực hiện việc giới thiệu có đề nghị rằng nên chỉ định cơ quan là Nhà cung cấp dịch vụ ECM cho Thành viên hay không? Xin chọn 1 trong những chọn lựa sau đây: ☐ Có, cơ quan của chúng tôi nên là Nhà cung cấp dịch vụ ECM cho Thành viên ☐ Không, căn cứ vào những nhu cầu của Thành viên, cơ quan của chúng tôi đề nghị rằng nên chỉ định Thành viên cho một Nhà cung cấp dịch vụ ECM khác Xin cung cấp thêm thông tin chi tiết ở Phần 5 — Thông tin Bổ sung. ☐ Không, Thành viên này mong muốn sử dụng một Nhà cung cấp dịch vụ ECM khác Điều phối viên Y tế cho Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____ Cơ quan Cung cấp Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____

3. SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA THÀNH VIÊN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG TRỌNG TÂM

SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH (TỪ 21 TUỔI TRỞ LÊN) ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM — XIN CHỌN TẤT CẢ NHỮNG CÂU TRẢ LỜI PHÙ HỢP

Nếu Thành viên được giới thiệu là người trưởng thành, xin xem xét từng tiêu chí và trả lời có cho tất cả những tiêu chí áp dụng cho từng Nhóm Đối tượng Trọng tâm. **Xin để trống những điều kiện nào không áp dụng, theo những gì mà quý vị biết.** Xin sử dụng Phần 5 — Thông tin Bổ sung để ghi chú bất kỳ phần nào mà Chương trình Y tế có Quản lý cần xem xét thêm. Để được hướng dẫn thêm về các định nghĩa của Nhóm Đối tượng Trọng tâm (Population of Focus, POF) của chương trình Điều phối Y tế Tăng cường (Enhanced Care Management, ECM), xin tham khảo [Hướng dẫn về Quy định của ECM](#).

Nếu quý vị không chắc chắn liệu Thành viên có hội đủ điều kiện để nhận dịch vụ ECM hay không, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số miễn phí **1-800-587-8088** (TTY **711**).

☐ **TÌNH TRẠNG VÔ GIA CƯ: Người Trưởng Thành Đang Trong Tình Trạng Vô Gia Cư**

(Lưu ý: Để giới thiệu một gia đình đang trong tình trạng vô gia cư nhận dịch vụ ECM, xin sử dụng phần dành cho Trẻ em/Thanh thiếu niên)

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được cả hai điều kiện sau đây:

- ☐ Thành viên đang trong tình trạng vô gia cư (không có nhà ở, đang ở tại nơi tạm trú, sắp mất nhà ở trong 30 ngày tới, rời khỏi cơ sở chăm sóc trong tình trạng vô gia cư, hoặc trốn tránh tình trạng bạo lực giữa các cá nhân);

VÀ

- ☐ Thành viên có ít nhất 1 nhu cầu y khoa phức tạp về thể chất, hành vi hoặc phát triển (bao gồm việc mang thai hoặc sau khi sinh, 12 tháng kể từ khi sinh con), mà vì nhu cầu y khoa này, Thành viên có thể hưởng lợi từ việc điều phối chăm sóc.

☐ **CÓ THỂ TRÁNH VIỆC PHẢI VÀO BỆNH VIỆN HOẶC PHÒNG CẤP CỨU: Người Trưởng Thành có Nguy Cơ phải Sử Dụng Bệnh Viện hoặc Phòng Cấp Cứu Và Có Thể Tránh Được Việc Sử Dụng**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được ít nhất 1 trong những điều kiện sau đây:

- ☐ Trong 6 tháng qua, Thành viên đã vào phòng cấp cứu từ 5 lần trở lên và có thể tránh được việc này nếu được chăm sóc phù hợp;

VÀ/HOẶC

- ☐ Trong 6 tháng qua, Thành viên đã nhập viện mà không dự tính trước và/hoặc ở lại cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian ngắn từ 3 lần trở lên và có thể tránh được việc này nếu được chăm sóc phù hợp;

☐ **BỆNH TÂM THẦN NGHIÊM TRỌNG/SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN: Người Trưởng Thành mắc Bệnh Tâm Thần Nghiêm Trọng và/hoặc Có Nhu Cầu về Rối Loạn do Sử Dụng Chất Gây Nghiện (Substance Use Disorder, SUD)**

3. SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA THÀNH VIÊN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG TRONG TÂM (tiếp tục)

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được tất cả các điều kiện sau đây:

- ☐ Thành viên đáp ứng các tiêu chuẩn về việc hội đủ điều kiện để tham gia vào, và/hoặc nhận các dịch vụ thông qua, ít nhất một chương trình sau đây:
 - ☐ Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa (Specialty Mental Health Services, SMHS) do Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần (Mental Health Plans, MHP) cung cấp: Sự suy giảm đáng kể (khó khăn, khuyết tật, hoặc rối loạn chức năng trong các hoạt động xã hội, nghề nghiệp, hoặc những hoạt động quan trọng khác) HOẶC Khả năng hợp lý sẽ có sự suy giảm đáng kể trong một lĩnh vực quan trọng của hoạt động sống.
 - ☐ Hệ thống Phân phát Thuốc có Tổ chức của Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS): Có ít nhất 1 chẩn đoán về tình trạng Rối loạn có Liên quan đến sử dụng Chất gây nghiện và do Nghiện ngập, ngoại trừ các chứng rối loạn liên quan đến Thuốc lá và các chứng rối loạn không liên quan đến chất gây nghiện.
 - ☐ Chương trình Thuốc Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC): Có ít nhất 1 chẩn đoán về tình trạng Rối loạn có Liên quan đến sử dụng Chất gây nghiện và do Nghiện ngập, ngoại trừ các chứng rối loạn liên quan đến Thuốc lá và các chứng rối loạn không liên quan đến chất gây nghiện.

VÀ

- ☐ Thành viên đang trải qua ít nhất 1 yếu tố xã hội phức tạp có ảnh hưởng đến sức khỏe của họ, có thể bao gồm, nhưng không giới hạn: tình trạng thiếu thực phẩm; tình trạng thiếu nhà ở ổn định; không có khả năng làm việc hoặc tương tác trong cộng đồng; từng là trẻ vị thành niên được nhận nuôi trước đây; hoặc trong thời gian gần đây đã từng liên lạc với cơ quan thực thi pháp luật về các triệu chứng sức khỏe tâm thần hoặc sử dụng chất gây nghiện;

VÀ

- ☐ Thành viên đáp ứng 1 hoặc nhiều tiêu chuẩn sau đây:
 - ☐ Có nguy cơ cao phải vào cơ sở chăm sóc, bị quá liều, và/hoặc tự tử
 - ☐ Sử dụng các dịch vụ khủng hoảng, phòng Cấp cứu, Trung tâm Chăm sóc Khẩn cấp hoặc bệnh viện nội trú như là nguồn cung cấp dịch vụ chăm sóc chính
 - ☐ Vào phòng cấp cứu hoặc nằm viện từ 2 lần trở lên trong vòng 12 tháng qua do Tình trạng Sức khỏe Tâm thần Nghiêm trọng hoặc Rối loạn do Sử dụng Chất gây nghiện
 - ☐ Đang mang thai hoặc trong giai đoạn sau khi sinh (tối đa là 12 tháng sau khi sinh)

☐ LIÊN QUAN ĐẾN TƯ PHÁP: Người Trưởng Thành Đang Chuyển Tiếp từ Tình Trạng Bị Giam Giữ trong vòng 12 tháng qua

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được cả hai điều kiện sau đây:

- ☐ Thành viên đang chuyển tiếp từ một trung tâm cải huấn (thí dụ như nhà tù, trại giam hoặc trung tâm cải huấn dành cho thanh thiếu niên), hoặc chuyển tiếp từ một trung tâm cải huấn trong vòng 12 tháng qua;

VÀ

3. SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA THÀNH VIÊN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG TRỌNG TÂM (tiếp tục)

- ☐ Thành viên được chẩn đoán có ít nhất 1 bệnh trạng sau đây:
 - ☐ Bệnh Tâm thần
 - ☐ Rối loạn Sử dụng Chất gây nghiện (Substance Use Disorder, SUD)
 - ☐ Bệnh Mẩn tính/Bệnh Lâm sàng Nghiêm trọng Không Mẩn tính
 - ☐ Khuyết tật về Trí tuệ hoặc Khuyết tật về Phát triển (Intellectual or Developmental Disabilities, I/DD)
 - ☐ Chấn thương Sọ não
 - ☐ Vi-rút gây Suy giảm Miễn dịch ở Người (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/Hội chứng Suy giảm Miễn dịch Mắc phải (Acquired Immuno Deficiency Syndrom, AIDS)
 - ☐ Đang mang thai hoặc trong Giai đoạn Sau khi sinh (tối đa là 12 tháng sau khi sinh)

☐ **PHẢI VÀO TRUNG TÂM CHĂM SÓC DÀI HẠN (LONG-TERM CARE, LTC): Người trưởng thành đang sống trong cộng đồng và có nguy cơ phải vào trung tâm chăm sóc dài hạn**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được tất cả các điều kiện sau đây:

- ☐ Thành viên đáp ứng được ít nhất 1 tiêu chuẩn sau đây:
 - ☐ Sống trong cộng đồng và đáp ứng được các tiêu chuẩn để nhận Mức độ Chăm sóc của Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (Skilled Nursing Facility, SNF)
 - ☐ Cần dịch vụ điều dưỡng chuyên môn ở mức độ thấp, như các dịch vụ, sự hỗ trợ y tế và điều dưỡng trong thời gian giới hạn và/hoặc không liên tục, và/hoặc thiết bị để phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc điều trị bệnh/chấn thương cấp tính;

VÀ

- ☐ Thành viên đang trải qua ít nhất một yếu tố xã hội hoặc môi trường phức tạp ảnh hưởng đến sức khỏe của họ (bao gồm, nhưng không giới hạn: Cần sự trợ giúp với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, khó khăn khi giao tiếp, thiếu thực phẩm, nhà ở không ổn định, sống một mình, cần người giám hộ hoặc hướng dẫn để đưa ra quyết định, việc chăm sóc kém hoặc không đầy đủ do thiếu sự giám sát về an toàn)

VÀ

- ☐ Thành viên có thể tiếp tục cư trú trong cộng đồng với sự hỗ trợ toàn diện.

☐ **CÁC THÀNH VIÊN SỐNG TẠI VIỆN ĐIỀU DƯỠNG ĐƯỢC CHUYỂN TIẾP RA CỘNG ĐỒNG: Các Thành Viên Sống Tại Viện Điều Dưỡng Là Người Trưởng Thành Được Chuyển Tiếp Ra Cộng Đồng**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được tất cả các điều kiện sau đây:

- ☐ Thành viên sống tại viện điều dưỡng và quan tâm đến việc ra khỏi trung tâm chăm sóc

VÀ

3. SỰ HỢI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA THÀNH VIÊN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG TRỌNG TÂM (tiếp tục)

- ☐ Thành viên là ứng cử viên có khả năng thực hiện thành công việc rời khỏi trung tâm chăm sóc

VÀ

- ☐ Thành viên có thể tiếp tục cư trú trong cộng đồng.

☐ BÌNH ĐẲNG VỀ SINH SẢN: Những Cá Nhân Đang Mang Thai và Sau Khi Sinh Có Nguy Cơ Gặp Những Vấn Đề Bất Lợi Trước Và Sau Khi Sinh

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được tất cả các điều kiện sau đây:

- ☐ Thành viên đang mang thai hoặc đang trong giai đoạn sau khi sinh (trong suốt thời gian 12 tháng)

VÀ

- ☐ Thành viên chịu sự chênh lệch về chủng tộc và sắc tộc như dữ liệu y tế công cộng của tiểu bang California về tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở bà mẹ đã xác định. Kể từ năm 2024, những Thành viên là người Da đen, người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa, hoặc người Đảo Thái Bình Dương được xác định là nhóm đối tượng này (những cá nhân thực hiện việc giới thiệu nên ưu tiên cho những Thành viên tự xác định là thuộc nhóm đối tượng này).

4. GHI DANH VÀO NHỮNG CHƯƠNG TRÌNH HOẶC DỊCH VỤ KHÁC (KHÔNG BẮT BUỘC)

Xin sử dụng bảng **tùy chọn** bên dưới để cho chúng tôi biết Thành viên đang nhận những chương trình và dịch vụ khác nào trong chương trình Medi-Cal. Một số dịch vụ Medi-Cal có thể cần được điều phối với dịch vụ Điều phối Y tế Tăng cường (ECM). Vì những dịch vụ khác của Medi-Cal có thể cung cấp sự hỗ trợ tương tự như dịch vụ ECM, các Thành viên có thể không được nhận dịch vụ ECM và những dịch vụ tương tự này cùng một lúc. Chương trình Y tế có Quản lý sẽ xem xét thông tin bên dưới và xác định liệu Thành viên có hội đủ điều kiện để nhận dịch vụ ECM. Chương trình Y tế có Quản lý, chứ không phải là người thực hiện việc giới thiệu, sẽ chịu trách nhiệm xác định sự hội đủ điều kiện để nhận dịch vụ ECM.

Nếu người thực hiện việc giới thiệu có thông tin về việc Thành viên đã được ghi danh vào bất kỳ (những) chương trình quản lý hoặc điều phối y tế nào cần được điều phối với dịch vụ ECM (như Chương Trình Dịch Vụ Trẻ Em của California, Điều phối Y tế cho người Thụ hưởng Mục tiêu trong Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Chuyên sâu v.v...) xin chia sẻ thông tin bổ sung trong Phần 5 — Thông tin Bổ sung. **Xin để trống những chương trình nào không áp dụng theo những gì mà quý vị biết.**

CHƯƠNG TRÌNH	
☐ Chương trình các Nhu cầu Đặc biệt dành cho những người Hội đủ Điều kiện với cả Medicare và Medi-Cal (D-SNP)	☐ Chăm sóc Người bệnh ở Giai đoạn Cuối
☐ Chương trình các Nhu cầu Đặc biệt được Tích hợp Đầy đủ (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ Chương trình Dịch vụ Đa dạng dành cho Người cao niên (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ Chương trình Tự xác định dành cho các Cá nhân bị Khuyết tật về Trí tuệ hoặc Khuyết tật về Phát triển (intellectual or developmental disabilities, I/DD)
☐ Miễn trừ Trợ giúp Sinh hoạt (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ Chuyển tiếp Cộng đồng California (California Community Transitions, CCT)
☐ Chương trình Miễn trừ Thay thế tại Nhà và trong Cộng đồng (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	☐ Miễn trừ HIV/AIDS

5. THÔNG TIN BỔ SUNG:

Xin sử dụng phần này để cung cấp thông tin bổ sung cho Phần 1-4, nếu cần.

6. NỘP THÔNG TIN & NHỮNG BƯỚC TIẾP THEO

Bằng việc nộp mẫu đơn này, người thực hiện việc giới thiệu chứng thực rằng, theo sự hiểu biết của mình, thì những thông tin trong mẫu đơn này là chính xác.

Xin nộp Mẫu đơn Giới thiệu để nhận dịch vụ ECM đã hoàn tất đến CalOptima Health bằng email tại CalAIMReferral@caloptima.org hoặc gửi fax đến 1-714-338-3145. Sau khi nộp đơn, Chương trình Y tế có Quản lý sẽ đưa ra quyết định về việc chấp thuận dịch vụ ECM trong vòng 5 ngày làm việc. Nếu Thành viên hội đủ điều kiện, một Nhà cung cấp dịch vụ ECM sẽ liên lạc với Thành viên để xác nhận rằng Thành viên quan tâm đến chương trình ECM và muốn ghi danh để nhận dịch vụ.

MẪU ĐƠN GIỚI THIỆU DỊCH VỤ ĐIỀU PHỐI Y TẾ TĂNG CƯỜNG (ECM) — DÀNH CHO TRẺ EM/THANH THIẾU NIÊN

Xin hoàn tất từ phần 1 đến phần 6. Nếu quý vị không thể hoàn tất phần bắt buộc phải điền thông tin, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số miễn phí 1-800-587-8088 (TTY 711) để được hỗ trợ thêm trước khi nộp đơn.

1. THÔNG TIN CỦA THÀNH VIÊN		Dấu sao (*) có nghĩa là thông tin bắt buộc phải điền.
Ngày Giới thiệu*		
Loại Giới thiệu*	☐ Thông thường ☐ Khẩn cấp	
Chương trình Y tế có Quản lý của Thành viên*		
Tên của Thành viên*		
Họ của Thành viên*		
Số Chỉ mục Thành viên Medi-Cal (CIN)		
Số ID Thành viên trong Chương trình Y tế có Quản lý		
Ngày sinh của Thành viên (Tháng/Ngày/Năm)*		
Số Điện thoại Liên lạc Chính của Thành viên*		
Ngôn ngữ mà Thành viên Mong muốn Sử dụng		
Tên của Bác sĩ Gia đình của Thành viên		
Địa chỉ nơi Cư trú của Thành viên	☐ Xin đánh dấu vào đây nếu: Không có địa chỉ hiện ở cố định. Nếu có thể, xin liệt kê địa điểm mà Thành viên thường lui tới.	
Thành phố Cư trú của Thành viên		
Mã số vùng Cư trú của Thành viên		
Email của Thành viên		
Phương thức Tốt nhất để Liên lạc với Thành viên/Người chăm sóc (Điện thoại hoặc Email)	☐ Điện thoại ☐ Email	
Thời gian Thuận tiện Nhất để Liên lạc với Thành viên/Người chăm sóc		
Tên của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc, nếu có		

Số điện thoại của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc, nếu có	
Email của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc, nếu có	

2. THÔNG TIN VỀ VIỆC GIỚI THIỆU	
Tên của Cơ quan Thực hiện việc Giới thiệu*	
Số Nhận diện (NPI) của Cơ quan Thực hiện việc Giới thiệu	
Tên của Cá nhân Thực hiện việc Giới thiệu*	
Chức danh của Người Thực hiện việc Giới thiệu	
Số điện thoại của Người Thực hiện việc Giới thiệu*	
Địa chỉ Email của Người Thực hiện việc Giới thiệu*	
Mối quan hệ của Người Thực hiện việc Giới thiệu với Thành viên*	☐ Nhà cung cấp dịch vụ Y khoa ☐ Nhà cung cấp dịch vụ Xã hội ☐ Khác Xin cung cấp thêm thông tin chi tiết ở Phần 5 — Thông tin Bổ sung
CHỈ DÀNH CHO CƠ QUAN CỘNG TÁC TRONG CỘNG ĐỒNG (KHÔNG PHẢI LÀ NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ ECM)	Thành viên có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng không? Xin chọn 1 trong những chọn lựa sau đây: ☐ Có, Thành viên này có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng Điều phối viên Y tế cho Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____ Cơ quan Cung cấp Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____ ☐ Không, Thành viên này không có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng

CHỈ DÀNH CHO NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ ECM

Cơ quan thực hiện việc giới thiệu có đề nghị rằng nên chỉ định cơ quan là Nhà cung cấp dịch vụ ECM cho Thành viên hay không?

Xin chọn 1 trong những chọn lựa sau đây:

- ☐ Có, cơ quan của chúng tôi nên là Nhà cung cấp dịch vụ ECM cho Thành viên
- ☐ Không, căn cứ vào những nhu cầu của Thành viên, cơ quan của chúng tôi đề nghị rằng nên chỉ định Thành viên cho một Nhà cung cấp dịch vụ ECM khác.

Xin cung cấp thêm thông tin chi tiết ở Phần 5 — Thông tin Bổ sung.

- ☐ Không, Thành viên này mong muốn sử dụng một Nhà cung cấp dịch vụ ECM khác

Điều phối viên Y tế cho Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng

Cơ quan Cung cấp Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng

3. SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA THÀNH VIÊN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG TRỌNG TÂM

SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA TRẺ EM/THANH THIẾU NIÊN (DƯỚI 21 TUỔI) ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM HOẶC NHỮNG GIA ĐÌNH ĐANG TRẢI QUA TÌNH TRẠNG VÔ GIA CƯ — XIN CHỌN TẤT CẢ NHỮNG CÂU TRẢ LỜI PHÙ HỢP

Nếu Thành viên được giới thiệu là trẻ em, thanh thiếu niên hoặc gia đình (vô gia cư), xin xem xét từng tiêu chí và trả lời có cho tất cả những tiêu chí áp dụng cho các định nghĩa về Nhóm Đối tượng Trọng tâm là trẻ em/thanh thiếu niên, để giúp Chương trình Y tế có Quản lý xác định liệu cá nhân có đủ điều kiện để nhận dịch vụ ECM và hiểu về các nhu cầu của trẻ em/thanh thiếu niên/gia đình một cách đầy đủ nhất có thể.

Xin để trống những điều kiện nào không áp dụng, theo những gì mà quý vị biết.

Nếu quý vị đang giới thiệu trẻ em/thanh thiếu niên đang trải qua tình trạng vô gia cư, và người nhà hoặc người chăm sóc của các em cũng đang trải qua tình trạng vô gia cư và được chương trình Y tế có Quản lý Medi-Cal đài thọ, xin cân nhắc việc giới thiệu để tất cả các thành viên trong gia đình/người chăm sóc cũng nhận được dịch vụ ECM. Chương trình Y tế có Quản lý được khuyến khích làm việc với Nhà cung cấp dịch vụ ECM để cùng phục vụ cho cả gia đình khi gia đình được giới thiệu do tình trạng vô gia cư.

Nếu quý vị không chắc chắn liệu Thành viên có hội đủ điều kiện để nhận dịch vụ ECM hay không, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số miễn phí **1-800-587-8088 (TTY 711)**.

☐ **TÌNH TRẠNG VÔ GIA CƯ: Các Gia Đình Vô Gia Cư hoặc Trẻ Em/Thanh Thiếu Niên Không Có Người Nuôi Dưỡng Đang Trải Qua Tình Trạng Vô Gia Cư**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được ít nhất 1 trong những điều kiện sau đây:

- ☐ Trẻ em/thanh thiếu niên hoặc gia đình với Thành viên dưới 21 tuổi, đang trải qua tình trạng vô gia cư (không có nơi ở, sống tại nơi tạm trú, sắp mất nhà trong 30 ngày tới, rời khỏi cơ sở chăm sóc trong tình trạng vô gia cư, hoặc trốn tránh tình trạng bạo lực giữa các cá nhân)

VÀ/HOẶC

- ☐ Trẻ em/thanh thiếu niên hoặc gia đình đang ở chung nhà với người khác (thí dụ như ngủ nhờ từ nhà này đến nhà khác) do mất nhà ở, kinh tế khó khăn, hoặc lý do tương tự; hoặc đang sống tại nhà nghỉ, khách sạn, chỗ đậu xe kéo, hoặc khu cắm trại do không có nơi ở phù hợp để thay thế; đang sống trong nơi trú ẩn khẩn cấp hoặc chuyển tiếp; hoặc bị bỏ rơi tại bệnh viện (ở tại bệnh viện và không có nơi an toàn để ở sau khi xuất viện)

☐ **CÓ THỂ TRÁNH VIỆC PHẢI VÀO BỆNH VIỆN HOẶC PHÒNG CẤP CỨU: Trẻ Em và Thanh Thiếu Niên có Nguy Cơ phải Sử Dụng Bệnh Viện hoặc Phòng Cấp Cứu Và Có Thể Tránh Việc Sử Dụng**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được ít nhất 1 trong những điều kiện sau đây trong 12 tháng qua:

- ☐ Trong 12 tháng qua, trẻ em/thanh thiếu niên đã vào phòng cấp cứu từ 3 lần trở lên, và có thể tránh được việc này nếu được chăm sóc phù hợp;

VÀ/HOẶC

- ☐ Trong 12 tháng qua, trẻ em/thanh thiếu niên đã nhập viện mà không dự tính trước và/hoặc ở lại cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong thời gian ngắn từ 2 lần trở lên, và có thể tránh được việc này nếu được chăm sóc phù hợp;

☐ **BỆNH TÂM THẦN NGHIÊM TRỌNG HOẶC RỐI LOẠN SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN: Trẻ Em và Thanh thiếu niên mắc Bệnh Tâm Thần Nghiêm Trọng và/hoặc Có Nhu Cầu về Rối Loạn do Sử Dụng Chất Gây Nghiện (Substance Use Disorder, SUD)**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng các tiêu chuẩn về việc hội đủ điều kiện để tham gia vào, và/hoặc nhận các dịch vụ thông qua ít nhất 1 chương trình sau đây:

- ☐ Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa (Specialty Mental Health Services, SMHS) do Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần (Mental Health Plans, MHP) cung cấp: Thành viên dưới 21 tuổi đủ điều kiện để nhận tất cả những dịch vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa cần thiết về mặt y tế.
- ☐ Hệ thống Phân phát Thuốc có Tổ chức của Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMH-ODS): Thành viên dưới 21 tuổi đủ điều kiện để nhận tất cả những dịch vụ từ Hệ thống Phân phát Thuốc có Tổ chức của Medi-Cal cần thiết về mặt y tế.
- ☐ Chương trình Thuốc Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC): Các dịch vụ được Chương trình Thuốc Medi-Cal đài thọ bao gồm tất cả những dịch vụ Điều trị Rối loạn Sử dụng Chất gây nghiện cần thiết về mặt y tế cho người dưới 21 tuổi.

☐ **LIÊN QUAN ĐẾN TƯ PHÁP: Trẻ Em/Thanh Thiếu Niên Đang Chuyển Tiếp từ Cơ Sở Cải Huấn Dành Cho Thanh Thiếu Niên**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được các điều kiện sau đây:

- ☐ Thành viên đang chuyển tiếp/đã chuyển tiếp từ cơ sở cải huấn dành cho thanh thiếu niên trong 12 tháng qua

☐ **CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ TRẺ EM CỦA CALIFORNIA (CALIFORNIA CHILDREN'S SERVICE, CCS) HOẶC CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC TRẺ EM TOÀN DIỆN (WHOLE CHILD MODEL, WCM) CỦA CCS: Trẻ Em/Thanh Thiếu Niên Được Ghi Danh vào Chương Trình Dịch Vụ Trẻ Em của California (CCS) hoặc Chương trình Chăm sóc Trẻ em Toàn diện (WCM) của CCS có các Nhu Cầu Bổ Sung Ngoài Điều Kiện của CCS**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được tất cả các điều kiện sau đây:

- ☐ Thành viên được ghi danh vào Chương Trình Dịch Vụ Trẻ Em của California hoặc Chương trình Chăm sóc Trẻ em Toàn diện (WCM) của CCS;

VÀ

- ☐ Thành viên đang trải qua ít nhất 1 yếu tố xã hội phức tạp có ảnh hưởng đến sức khỏe của họ. Các thí dụ bao gồm (nhưng không giới hạn) như thiếu thực phẩm; thiếu nhà ở ổn định; gặp khó khăn trong việc tiếp cận phương tiện đi lại; tầm soát trải nghiệm tuổi thơ bất hạnh (adverse childhood experiences, ACE) cho thấy mức độ cao (bốn hoặc nhiều hơn); trong thời gian gần đây đã từng liên lạc với cơ quan thực thi pháp luật; hoặc dịch vụ can thiệp khủng hoảng liên quan đến sức khỏe tâm thần, từng là trẻ vị thành niên được nhận nuôi trước đây, và/hoặc có các triệu chứng sử dụng chất gây nghiện.

☐ **CHĂM SÓC NHƯ CON NUÔI: Trẻ Em/Thanh Thiếu Niên nhận Phúc Lợi Trẻ Em**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được ít nhất một trong những điều kiện sau đây:

- ☐ Thành viên dưới 21 tuổi và hiện đang được chăm sóc như con nuôi tại California;
VÀ/HOẶC
- ☐ Thành viên dưới 21 tuổi và trước đó đã được chăm sóc như con nuôi tại California hoặc một tiểu bang khác trong vòng 12 tháng qua;
VÀ/HOẶC
- ☐ Thành viên dưới 26 tuổi và đã hết tuổi được chăm sóc như con nuôi (đang được chăm sóc như con nuôi vào ngày sinh nhật lần thứ 18 của thành viên hoặc sau đó) ở California hoặc ở tiểu bang khác
VÀ/HOẶC
- ☐ Thành viên dưới 18 tuổi và đủ điều kiện tham gia và/hoặc ở trong Chương Trình Hỗ Trợ Nhận Con Nuôi của California
VÀ/HOẶC
- ☐ Thành viên dưới 18 tuổi và hiện đang nhận được hoặc đã nhận các dịch vụ từ chương trình Duy Trì Gia Đình của California trong vòng 12 tháng trước.

☐ **BÌNH ĐẲNG VỀ SINH SẢN: Những Cá Nhân Đang Mang Thai và Sau Khi Sinh Có Nguy Cơ Gặp Những Vấn Đề Bất Lợi Trước Và Sau Khi Sinh**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được tất cả các điều kiện sau đây:

- ☐ Thành viên đang mang thai hoặc sau khi sinh (tối đa là 12 tháng sau khi sinh)
VÀ
- ☐ Thành viên chịu sự chênh lệch về chủng tộc và sắc tộc như dữ liệu y tế công cộng của tiểu bang California về tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở bà mẹ đã xác định. Kể từ năm 2024, những Thành viên là người Da đen, người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa, hoặc người Đảo Thái Bình Dương được xác định là nhóm đối tượng này (những cá nhân thực hiện việc giới thiệu nên ưu tiên cho những Thành viên tự xác định là thuộc nhóm đối tượng này.)

4. GHI DANH VÀO NHỮNG CHƯƠNG TRÌNH HOẶC DỊCH VỤ KHÁC

Xin sử dụng bảng **tùy chọn** bên dưới để cho chúng tôi biết Thành viên đang nhận những chương trình và dịch vụ khác nào trong chương trình Medi-Cal. Một số dịch vụ Medi-Cal có thể cần được điều phối với dịch vụ Điều phối Y tế Tăng cường (ECM). Vì những dịch vụ khác của Medi-Cal có thể cung cấp sự hỗ trợ tương tự như dịch vụ ECM, các Thành viên có thể không được nhận dịch vụ ECM và những dịch vụ tương tự này cùng một lúc. Chương trình Y tế có Quản lý sẽ xem xét thông tin bên dưới và xác định liệu Thành viên có hội đủ điều kiện để nhận dịch vụ ECM. Chương trình Y tế có Quản lý, chứ không phải là người thực hiện việc giới thiệu, sẽ chịu trách nhiệm xác định sự hội đủ điều kiện để nhận dịch vụ ECM.

Nếu người thực hiện việc giới thiệu có thông tin về việc Thành viên đã được ghi danh vào bất kỳ (những) chương trình quản lý hoặc điều phối y tế nào cần được điều phối với dịch vụ ECM (như Chương trình Dịch vụ Trẻ Em của California, Điều phối Y tế cho người Thụ hưởng Mục tiêu trong Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Chuyên sâu v.v...) xin chia sẻ thông tin trong Phần 5 — Thông tin Bổ sung. **Xin để trống những chương trình nào không áp dụng theo những gì mà quý vị biết.**

CHƯƠNG TRÌNH	
☐ Chương trình các Nhu cầu Đặc biệt dành cho những người Hội đủ Điều kiện với cả Medicare và Medi-Cal (D-SNP)	☐ Chăm sóc Người bệnh ở Giai đoạn Cuối
☐ Chương trình các Nhu cầu Đặc biệt được Tích hợp Đầy đủ (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ Chương trình Dịch vụ Đa dạng dành cho Người cao niên (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ Chương trình Tự xác định dành cho các Cá nhân bị Khuyết tật về Trí tuệ hoặc Khuyết tật về Phát triển (intellectual or developmental disabilities, I/DD)
☐ Miễn trừ Trợ giúp Sinh hoạt (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ Chuyển tiếp Cộng đồng California (California Community Transitions, CCT)
☐ Chương trình Miễn trừ Thay thế tại Nhà và trong Cộng đồng (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	☐ Miễn trừ HIV/AIDS

5. THÔNG TIN BỔ SUNG:

Xin sử dụng phần này để cung cấp thông tin bổ sung cho Phần 1-4, nếu cần.

6. NỘP THÔNG TIN & NHỮNG BƯỚC TIẾP THEO

Bằng việc nộp mẫu đơn này, người thực hiện việc giới thiệu chứng thực rằng, theo sự hiểu biết của mình, thì những thông tin trong mẫu đơn này là chính xác.

Xin nộp Mẫu đơn Giới thiệu để nhận dịch vụ ECM đã hoàn tất đến CalOptima Health bằng email tại CalAIMReferral@caloptima.org hoặc gửi fax đến 1-714-338-3145. Sau khi nộp đơn, Chương trình Y tế có Quản lý sẽ đưa ra quyết định về việc chấp thuận dịch vụ ECM trong vòng 5 ngày làm việc. Nếu Thành viên hội đủ điều kiện, một Nhà cung cấp dịch vụ ECM sẽ liên lạc với Thành viên để xác nhận rằng Thành viên quan tâm đến chương trình ECM và muốn ghi danh để nhận dịch vụ.