



Форма направления на получение услуг социальной поддержки в рамках CalAIM

Полное имя участника: _____ CIN: _____

Примечание. Участник должен иметь право на участие в плане CalOptima Health.

Шаг 1. Заполните всю необходимую информацию ниже и перейдите к шагам 2 и 3. Поля, отмеченные звездочкой (*), обязательны для заполнения.

Информация о направлении:

Дата направления*: _____ Направление выдал*: _____

Агентство или кем приходится участнику*: _____

Национальный идентификатор поставщика услуг (National Provider Identifier, NPI), выдавшего направление (в соответствующих случаях): _____

Телефон*: _____ Факс: _____ Электронная почта*: _____

Тип направления: ☐ Стандартное ☐ Срочное**

**Срочный запрос на получение разрешения может быть подан, если ожидание разрешения в стандартные сроки может быть опасным для жизни или здоровья участника, поставить под угрозу возможность максимального восстановления его функциональных возможностей или привести к смерти, потери конечности или важной функции организма. При подаче срочного запроса решение должно быть принято в течение 72 часов или в более короткий срок с учетом состояния здоровья участника.

Информация об участнике:

Полное имя участника*: _____ CIN*: _____

Дата рождения участника*: _____ Поставщик первичных медицинских услуг (Primary Care Provider, PCP): _____

Телефон: _____ Электронная почта: _____

Предпочтительный язык участника*: _____ Находится ли участник в настоящее время в больнице? _____

Шаг 2. Отметьте галочками виды социальной поддержки (Community Supports), в получении которых заинтересован участник. На следующих страницах представлена дополнительная информация о праве на получение услуг социальной поддержки. **Перед отправкой заполните все обязательные поля.**

Шаг 3. Отправьте заполненную форму направления и сопроводительные документы в CalOptima Health

по факсу или по почте.

Контактная информация сети услуг социальной поддержки CalOptima Health

Медицинская сеть	Телефон отдела обслуживания клиентов (для участников)	Подача направления	Почтовый адрес
CalOptima Health Direct и медицинские сети	1-888-587-8088	Факс: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 21033 Orange, CA 92856

Жилищные услуги

<input type="checkbox"/>	Консультационные услуги по переезду в собственное жилье (Housing Transition Navigation Services, HTNS): Помощь участникам в поиске, подаче заявки и получении жилья.	Отметьте <u>соответствующие</u> пункты: <input type="checkbox"/> Участник соответствует следующим требованиям в отношении социальных и клинических факторов риска: 1. <input type="checkbox"/> <i>Требование в отношении социальных факторов риска:</i> Лица, находящиеся в состоянии бездомности или подверженные риску потери жилья, в соответствии с определением, приведенным в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (Code of Federal Regulations, CFR), с тремя следующими изменениями: <ul style="list-style-type: none">- При выходе из медицинского учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в медицинское учреждение или стали бездомными во время пребывания в нем, независимо от продолжительности такого пребывания;- Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жилье, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся подверженными риску потери жилья в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также- Для целей определения риска потери жилья, приведенного в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется.
--------------------------	--	---

Жилищные услуги

А ТАКЖЕ

2. Требования в отношении клинических факторов риска:

Необходимо наличие одного или нескольких из следующих квалифицирующих клинических факторов риска:

- ☐ Соответствует критериям для доступа к специализированным услугам в области психического здоровья Medi-Cal (Specialty Mental Health Services, SMHS);
- ☐ Соответствует критериям для доступа к программе Drug Medi-Cal (DMC) или системе организованной доставки препаратов Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), определенным в Руководстве по политике социальной поддержки DHCS;
- ☐ Одно или несколько серьезных хронических состояний/заболеваний;
- ☐ Одно или несколько физических, интеллектуальных отклонений или отклонений, связанных с развитием; либо
- ☐ Состояние беременности или период в течение 12 месяцев после родов.

ЛИБО

☐ Участник признан имеющим право на получение арендного жилья (Transitional Rent) в переходный период. Такие лица автоматически имеют право на HTNS.

ЛИБО

☐ Участник имеет приоритет при получении постоянного жилья с поддерживающими услугами или субсидии на аренду жилья через местную Систему координированного доступа к жилью для бездомных (Coordinated Entry System, CES) или аналогичную систему, разработанную для использования информации с целью выявления особо уязвимых лиц с ограниченными возможностями и/или одним или несколькими серьезными хроническими заболеваниями и/или серьезным психическим заболеванием, находящихся в специализированных медицинских учреждениях или нуждающихся в медицинском обслуживании в учреждении интернатного типа в связи с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, и/или выходящих из мест лишения свободы.

Жилищные услуги

<input type="checkbox"/>	<p>Жилищный депозит (Housing Deposit)</p> <p>Программа помогает участникам в определении, координации, обеспечении или финансировании однократных услуг и модификаций, необходимых для организации человеком базового домашнего хозяйства (за исключением проживания и питания).</p>	<p>Отметьте <u>соответствующие</u> пункты:</p> <p><input type="checkbox"/> Участник соответствует следующим требованиям в отношении социальных и клинических факторов риска:</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Требование в отношении социальных факторов риска:</i> Лица, находящиеся в состоянии бездомности или подверженные риску потери жилья, в соответствии с определением, приведенным в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (Code of Federal Regulations, CFR), с тремя следующими изменениями: <ul style="list-style-type: none"> При выходе из медицинского учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в медицинское учреждение или стали бездомными во время пребывания в нем, независимо от продолжительности такого пребывания; Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жилье, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся подверженными риску потери жилья в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также Для целей определения риска потери жилья, приведенного в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется. <p style="text-align: center;"><u>А ТАКЖЕ</u></p> <i>Требования в отношении клинических факторов риска:</i> Необходимо наличие одного или нескольких из следующих квалифицирующих клинических факторов риска: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Соответствует критериям для доступа к специализированным услугам в области психического здоровья Medi-Cal (Specialty Mental Health Services, SMHS); <input type="checkbox"/> Соответствует критериям для доступа к программе Drug Medi-Cal (DMC) или системе организованной доставки препаратов Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), определенным в Руководстве по политике социальной поддержки DHCS; <input type="checkbox"/> Одно или несколько серьезных хронических состояний/заболеваний; <input type="checkbox"/> Одно или несколько физических, интеллектуальных
--------------------------	---	--

Жилищные услуги

отклонений или отклонений, связанных с развитием; либо

- ☐ Состояние беременности или период в течение 12 месяцев после родов.

ЛИБО

☐ Участник признан имеющим право на получение арендного жилья в переходный период (Transitional Rent). Такие лица автоматически имеют право на получение жилищных депозитов.

ЛИБО

☐ Участник имеет приоритет при получении постоянного жилья с поддерживающими услугами или субсидии на аренду жилья через местную Систему координированного доступа к жилью для бездомных (Coordinated Entry System, CES) или аналогичную систему, разработанную для использования информации с целью выявления особо уязвимых лиц с ограниченными возможностями и/или одним или несколькими серьезными хроническими заболеваниями и/или серьезным психическим заболеванием, находящихся в специализированных медицинских учреждениях или нуждающихся в медицинском обслуживании в учреждениях интернатного типа, в связи с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, и/или выходящих из мест лишения свободы.

- ☐ **Услуги по аренде и содержанию жилья (Housing Tenancy and Sustaining Services, HTSS)**

Программа помогает участникам безопасно и стабильно проживать в арендуемом жилье после его получения.

Отметьте соответствующие пункты:

☐ Участник соответствует следующим требованиям в отношении социальных и клинических факторов риска:

1. ☐ *Требование в отношении социальных факторов риска:* Лица, находящиеся в состоянии бездомности или подверженные риску потери жилья, в соответствии с определением, приведенным в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (Code of Federal Regulations, CFR), с тремя следующими изменениями:
 - При выходе из медицинского учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в медицинское учреждение или стали бездомными во время пребывания в нем, независимо от продолжительности такого пребывания;
 - Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жилье, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся подверженными риску потери жилья в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США

Жилищные услуги

(HUD), до 30 дней; а также

- Для целей определения риска потери жилья, приведенного в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется.

А ТАКЖЕ

2. Требования в отношении клинических факторов риска:

Необходимо наличие одного или нескольких из следующих квалифицирующих клинических факторов риска:

- ☐ Соответствует критериям для доступа к специализированным услугам в области психического здоровья Medi-Cal (Specialty Mental Health Services, SMHS);
- ☐ Соответствует критериям для доступа к программе Drug Medi-Cal (DMC) или системе организованной доставки препаратов Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), определенным в Руководстве по политике социальной поддержки DHCS;
- ☐ Одно или несколько серьезных хронических состояний/заболеваний;
- ☐ Одно или несколько физических, интеллектуальных отклонений или отклонений, связанных с развитием; либо
- ☐ Состояние беременности или период в течение 12 месяцев после родов.

ЛИБО

☐ Участник признан имеющим право на получение арендного жилья в переходный период (Transitional Rent). Такие лица автоматически имеют право на HTSS.

ЛИБО

☐ Участник имеет приоритет при получении постоянного жилья с поддерживающими услугами или субсидии на аренду жилья через местную Систему координированного доступа к жилью для бездомных (Coordinated Entry System, CES) или аналогичную систему, разработанную для использования информации с целью выявления особо уязвимых лиц с ограниченными возможностями и/или одним или несколькими серьезными хроническими заболеваниями и/или серьезным психическим заболеванием, находящихся в специализированных медицинских учреждениях или нуждающихся в медицинском обслуживании в учреждениях интернатного типа, в связи с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных

Жилищные услуги

		веществ, и/или выходящих из мест лишения свободы.
<input type="checkbox"/>	<p>Дневная абилитация (Day Habilitation)</p> <p>Помощь участникам в приобретении, поддержании и совершенствовании навыков самопомощи, социализации и адаптации, необходимых для успешного проживания в обществе.</p>	<p>Отметьте <u>один</u> соответствующий пункт:</p> <p><input type="checkbox"/> Участник находится в состоянии бездомности.</p> <p><input type="checkbox"/> За последние 24 месяца участник вышел из состояния бездомности и переехал в собственное жилье.</p> <p><input type="checkbox"/> Участник подвержен риску потери жилья в соответствии с определением, приведенным в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных правил (Code of Federal Regulations, CFR), со следующими тремя изменениями:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При выходе из медицинского учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в медицинское учреждение или стали бездомными во время пребывания в нем, независимо от продолжительности такого пребывания; 2. Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жилье, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся подверженными риску потери жилья в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также 3. Для целей определения риска потери жилья, приведенного в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется.

Услуги, предоставляемые при поступлении на лечение после оказания неотложной помощи или после пребывания в учреждении сестринского ухода

<input type="checkbox"/>	<p>Восстановительный уход (Resuperative Care)</p> <p>Также называется «краткосрочный медицинский уход» (respite care). Услуга предназначена для лиц, находящихся в состоянии бездомности или подверженным риску потери жилья, которые нуждаются в краткосрочном пребывании в медицинском учреждении интернатного типа для восстановления после травмы или болезни (включая проблемы с поведенческим здоровьем).</p>	<p>Отметьте <u>соответствующие</u> пункты (участники должны соответствовать обоим следующим критериям):</p> <p><input type="checkbox"/> Участнику требуется восстановление для выздоровления после травмы или болезни.</p> <p align="center"><u>А ТАКЖЕ</u></p> <p><input type="checkbox"/> Участник находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением, приведенным в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (Code of Federal Regulations, CFR), с тремя следующими изменениями:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При выходе из медицинского учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в медицинское учреждение или стали бездомными во время пребывания в нем, независимо от продолжительности такого пребывания; 2. Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жилье, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся подверженными риску потери жилья в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также 3. Для целей определения риска потери жилья, приведенного в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется. <p><u>Приложите форму направления для получения восстановительного ухода или для краткосрочного проживания после госпитализации (STPHH)</u></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Краткосрочное жилье после госпитализации (Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH)</p> <p>Программа позволяет участникам, выходящим из медицинских учреждений, находящимся в состоянии бездомности или</p>	<p>Отметьте <u>соответствующие</u> пункты (участники должны соответствовать всем следующим критериям):</p> <p><input type="checkbox"/> Участник выходит из медицинского учреждения, включая отделения восстановительного ухода (в том числе учреждения, покрываемые программой социальной поддержки по восстановительному уходу, или другие учреждения вне программы Medi-Cal), стационарного отделения больницы (как отделения неотложной помощи, так и психиатрические отделения или больницы по лечению зависимости от психоактивных веществ и реабилитации), учреждения по лечению физических и психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ интернатного</p>

Услуги, предоставляемые при поступлении на лечение после оказания неотложной помощи или после пребывания в учреждении сестринского ухода

подверженным риску потери жилья, продолжить лечение своих медицинских/психиатрических расстройств / расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, сразу после выхода из учреждения.

типа, исправительного учреждения или учреждения сестринского ухода;

А ТАКЖЕ

☐ Участник находится в состоянии бездомности или подвержен риску потери жилья, в соответствии с определением, приведенным в Разделе 91.5 Титула 24 Свода федеральных нормативных требований (Code of Federal Regulations, CFR), с тремя следующими изменениями:

1. При выходе из медицинского учреждения лица считаются бездомными, если они были бездомными непосредственно перед поступлением в медицинское учреждение или стали бездомными во время пребывания в нем, независимо от продолжительности такого пребывания;
2. Срок для отдельного лица или семьи, которые неизбежно потеряют жилье, увеличивается с 14 дней для лиц, считающихся бездомными, и с 21 дня для лиц, считающихся подверженными риску потери жилья в соответствии с действующим определением Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD), до 30 дней; а также
3. Для целей определения риска потери жилья, приведенного в разделе 91.5 CFR 24, требование о наличии годового дохода ниже 30% от медианного дохода семьи в данном районе, установленного HUD, не применяется.

А ТАКЖЕ

☐ Участник соответствует одному из следующих критериев:

1. Участник получает услугу расширенной координации ухода (ECM);
2. Участник имеет одно или несколько серьезных хронических состояний/заболеваний;
3. Участник имеет серьезное психическое заболевание; или
4. Находится под угрозой помещения в специализированное учреждение или нуждается в медицинском обслуживании в учреждении интернатного типа в связи с расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ.

А ТАКЖЕ

☐ Участник нуждается в постоянном медицинском обслуживании в связи с физическим или поведенческим здоровьем, что установлено квалифицированным медицинским работником, и при отсутствии услуг STPHH участнику потребуется постоянное пребывание в

Услуги, предоставляемые при поступлении на лечение после оказания неотложной помощи или после пребывания в учреждении сестринского ухода		
		<p>специализированном медицинском учреждении.</p> <p><u>Приложите форму направления для получения восстановительного ухода или для краткосрочного проживания после госпитализации (STPHH)</u></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Услуги по переходу к жизни в обществе или дома (Community or Home Transition Services)</p> <p>Программа, ранее известная как «Услуги по переходу к жизни в обществе/переходу из учреждения сестринского ухода к проживанию дома», помогает людям жить в обществе и избегать помещения в учреждение сестринского ухода в дальнейшем.</p>	<p>Критерии соответствия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В настоящее время участник получает необходимое по медицинским показаниям обслуживание уровня (level of care, LOC) учреждения сестринского ухода и вместо того, чтобы оставаться в учреждении сестринского ухода или в учреждении восстановительного ухода, предпочитает вернуться домой и продолжить получение необходимых по медицинским показаниям услуг уровня учреждения сестринского ухода; а также 2. Участник прожил более 60 дней в учреждении сестринского ухода и/или в учреждении восстановительного ухода; а также 3. Участник хотел бы вернуться к жизни в обществе; а также 4. Участник способен безопасно проживать в обществе, получая надлежащую и экономически эффективную поддержку и услуги. <p>Участник соответствует ВСЕМ критериям, приведенным в этом разделе, чтобы получить право на участие в программе:</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Участник уже пользовался этой услугой?</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Переход в учреждение сопровождаемого проживания (Assisted Living Facility, ALF)</p> <p>Программа, ранее известная как «Переход из учреждения сестринского ухода/перевод в учреждение сопровождаемого проживания, такие как учреждения интернатного типа для престарелых и взрослых», предназначена для оказания людям</p>	<p>Критерии соответствия:</p> <p>Участник, проживающий в учреждении сестринского ухода, который:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Прожил в учреждении сестринского ухода более 60 дней; а также 2. Желает проживать в учреждении сопровождаемого проживания вместо учреждения сестринского ухода; а также 3. Способный безопасно проживать в учреждении сопровождаемого проживания. <p>Участник, проживающий в обществе, который:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заинтересован в дальнейшем проживании в обществе; и 2. Желает и может безопасно проживать в учреждении сопровождаемого проживания; а также 3. Соответствует минимальным критериям для обслуживания уровня учреждения сестринского ухода и вместо помещения в такое учреждение предпочитает далее проживать в обществе и

Услуги, предоставляемые при поступлении на лечение после оказания неотложной помощи или после пребывания в учреждении сестринского ухода

<p>содействия для проживания в обществе и, по мере возможности, предотвращения их помещения в специализированные учреждения.</p>	<p>получать необходимое по медицинским показаниям обслуживание уровня учреждения сестринского ухода в учреждении сопровождаемого проживания.</p> <p>Участник соответствует ВСЕМ критериям в разделе «проживание в учреждении сестринского ухода» или в разделе «проживание в обществе», для получения права на участие в программе:</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Участник уже пользовался этой услугой?</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/></p>
--	--

Услуги, предоставляемые на дому

<p><input type="checkbox"/> Услуги персонального ухода и ведения домашнего хозяйства (Personal Care and Homemaker Services)</p> <p>Программа предоставляет участникам помощь в выполнении повседневных бытовых задач (activities of daily living, ADL), таких как купание, одевание, посещение туалета, передвижение или кормление.</p>	<p>Отметьте <u>соответствующие</u> пункты:</p> <p><input type="checkbox"/> Участнику грозит госпитализация или помещение в учреждение сестринского ухода;</p> <p align="center"><u>ЛИБО</u></p> <p><input type="checkbox"/> У участника имеются функциональные нарушения и отсутствует другая адекватная система поддержки;</p> <p align="center"><u>А ТАКЖЕ</u></p> <p>Отметьте <u>один</u> соответствующий пункт:</p> <p><input type="checkbox"/> Участник был направлен в программу услуг поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) и ищет ухаживающее лицо через реестр государственных органов.</p> <p>Дата подачи заявки в IHSS: _____</p> <p>Статус заявки IHSS:</p> <p><input type="checkbox"/> На рассмотрении</p> <p><input type="checkbox"/> Одобрена, количество часов IHSS в месяц: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Отклонена</p> <p><input type="checkbox"/> В настоящее время участник пользуется IHSS и нуждается в дополнительных часах. Запрос на повторную оценку находится на рассмотрении, на время рассмотрения необходимы услуги ухаживающего лица для оказания поддержки.</p> <p>Дата запроса на повторную оценку: _____</p> <p>Часы IHSS в месяц: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Участник не имеет права на IHSS и нуждается в услугах, чтобы</p>
--	---

Услуги, предоставляемые на дому		
		<p>избежать краткосрочного пребывания в учреждении квалифицированного сестринского ухода (не более 60 дней).</p> <p>Предоставьте уведомление о принятии решения по вопросу предоставления IHSS, свидетельствующее об отказе, при его наличии.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Услуги для ухаживающих лиц (Respite Services)</p> <p>Программа позволяет лицам, осуществляющим уход за участниками, которым требуется периодический временный надзор, получить время для отдыха. Эта услуга отличается от краткосрочного медицинского ухода или восстановительного ухода и обеспечивает возможность отдыха только для лица, осуществляющего уход.</p> <p>Лимит по этой услуге составляет 336 часов в календарный год.</p>	<p>Отметьте <u>соответствующие</u> пункты:</p> <p><input type="checkbox"/> Участник проживает в обществе и испытывает трудности в выполнении повседневных бытовых задач (activities of daily living, ADL) и, следовательно, зависит от квалифицированного лица, осуществляющего уход, которое обеспечивает большую часть поддержки. Участнику требуется помощь со стороны лица, осуществляющего уход, чтобы избежать помещения в специализированное учреждение.</p> <p>Ответьте на все приведенные ниже вопросы:</p> <p>Услуги временного ухода на дому предоставляются участнику в его собственном доме или в другом месте, используемом в качестве дома.</p> <p><input type="checkbox"/> Участник зависит от квалифицированного лица, осуществляющего уход, и при отсутствии такого лица участник должен будет находиться в учреждении сестринского ухода.</p> <p>Сменное лицо, осуществляющее уход, необходимо участнику на конкретные даты и конкретное время:</p> <p>Даты: _____</p> <p>Время: _____</p> <p>Участнику предоставляются другие услуги, предусматривающие привлечение лица, осуществляющего уход:</p> <p><input type="checkbox"/> Услуги помощи на дому (In-Home Supportive Services, IHSS)</p> <p><input type="checkbox"/> Услуги дневного ухода для взрослых (Community-Based Adult Services, CBAS)</p> <p><input type="checkbox"/> Частное ухаживающее лицо</p> <p><input type="checkbox"/> Частная сиделка</p> <p><input type="checkbox"/> Не применимо</p> <p>Нуждается ли участник в услугах ухода незамедлительно?</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Питание по медицинским показаниям (Medically Tailored Meals,</p>	<p>Участник должен соответствовать <u>одному</u> или нескольким из следующих медицинских условий:</p> <p><input type="checkbox"/> Аутоиммунное заболевание</p> <p><input type="checkbox"/> Гипертония</p>

Услуги, предоставляемые на дому		
	<p>MTM)/адаптированное медицинское питание (Medically Supportive Food, MSF)</p> <p>Разработано для людей с хроническими и другими серьезными состояниями/заболеваниями, чувствительных к питанию, для улучшения результатов лечения и сокращения излишних затрат.</p>	<div> <input type="checkbox"/> Онкологическое заболевание <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистые заболевания <input type="checkbox"/> Хроническая болезнь почек <input type="checkbox"/> Хронические заболевания легких или другие легочные заболевания (например, астма / хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)) <input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность <input type="checkbox"/> Диабет или другие нарушения обмена веществ <input type="checkbox"/> Повышенный уровень свинца <input type="checkbox"/> Заболевания почек в терминальной стадии (end-stage renal disease, ESRD) <input type="checkbox"/> Высокий уровень холестерина <input type="checkbox"/> Заболевания печени </div> <div> <input type="checkbox"/> Дислипидемия <input type="checkbox"/> Жировая дистрофия печени <input type="checkbox"/> Недоедание <input type="checkbox"/> Ожирение <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Расстройства пищеварения <input type="checkbox"/> Гестационный диабет <input type="checkbox"/> Перинатальные состояния высокого риска <input type="checkbox"/> Хронические или инвалидизирующие расстройства психического/поведенческого здоровья <input type="checkbox"/> Другое (объясните): <hr/> <hr/> <hr/> </div>
		<p>Участник на особой диете? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Если "Да", опишите диету:</p> <hr/> <hr/> <div> <input type="checkbox"/> Участник получает другие услуги по доставке еды от местных программ, программ штата или программ, финансируемых из федерального бюджета. <input type="checkbox"/> В настоящее время участник находится в больнице или учреждении сестринского ухода и адаптированное медицинское питание является частью плана выписки. <p>У участника есть холодильник? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>У участника есть возможность безопасно разогревать еду? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> </div>
<input type="checkbox"/>	<p>Адаптация окружающей среды для обеспечения доступности (Environmental</p>	<p>Запрос на персональную систему экстренного реагирования (Personal Emergency Response System, PERS)? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Отметьте <u>соответствующие</u> пункты:</p>

Услуги, предоставляемые на дому	
<p>Accessibility Adaptations, EAA)</p> <p>Программа ЕАА, также известная как «модификация дома», включает в себя физическую адаптацию жилища, необходимую для обеспечения здоровья, благополучия и безопасности человека или позволяющую человеку выполнять различные действия с большей степенью независимости, без чего участнику потребовалось бы помещение в специализированное учреждение.</p>	<p><input type="checkbox"/> Участник может быть помещен в учреждение сестринского ухода.</p> <p>Поставщик услуг должен обеспечить:</p> <p><input type="checkbox"/> Обсуждение участником необходимости модификации дома с поставщиком первичных медицинских услуг (primary care provider, PCP).</p> <p><input type="checkbox"/> Наличие у PCP документального подтверждения медицинской необходимости в этой услуге и возможность предоставить документацию по запросу.</p> <p>Участник уже получал эту услугу ранее? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/> Лечение астмы (Asthma Remediation)</p> <p>Программа позволяет предотвратить острые приступы астмы, которые могут привести к необходимости оказания экстренной помощи и госпитализации. Включает в себя материалы и/или физические изменения домашней обстановки, необходимые для обеспечения здоровья, благополучия и безопасности участника или для того, чтобы снизить вероятность возникновения острых</p>	<p>Отметьте <u>соответствующие</u> пункты:</p> <p><input type="checkbox"/> За последние 12 месяцев участник обращался в отделение экстренной помощи (emergency department, ED) или был госпитализирован в связи с астмой.</p> <p><input type="checkbox"/> За последние 12 месяцев участник дважды обращался к врачу или обращался за получением неотложной помощи (urgent care) в связи с астмой.</p> <p><input type="checkbox"/> Участник имеет оценку 19 баллов или ниже по тесту на контроль астмы.</p> <p><input type="checkbox"/> Лицензированный поставщик медицинских услуг документально подтвердил, что данная услуга с высокой степенью вероятности позволит избежать госпитализаций, связанных с астмой, обращений в отделение экстренной помощи или других дорогостоящих услуг.</p> <p>Участник уже получал эту услугу ранее? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/></p>

Услуги, предоставляемые на дому		
	приступов астмы у участника при выполнении им различных действий у себя дома.	