

فرم ارجاع ECM — بزرگسالان

لطفاً بخش های 1 تا 6 را کامل کنید. اگر بخش الزامی وجود دارد که نمی توانید آن را تکمیل کنید، برای دریافت پشتیبانی بیشتر قبل از ارسال این فرم، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health با شماره رایگان 1-800-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید.

1. اطلاعات اعضا		ستاره (*) اطلاعات مورد نیاز را نشان می دهد.
تاریخ ارجاع*		
نوع ارجاع*	☐ معمولی ☐ فوری	
برنامه مراقبت مدیریت شده اعضا*		
نام عضو*		
نام خانوادگی عضو*		
شماره شناسه عضویت Medi-Cal (CIN)		
شماره شناسه عضویت برنامه مراقبت مدیریت شده Managed Care Plan		
تاریخ تولد عضو (MM/DD/YYYY)*		
شماره تلفن اصلی عضو*		
زبان ترجیحی عضو		
نام ارائه دهنده مراقبت اولیه عضو		
آدرس محل سکونت عضو		☐ لطفاً این قسمت را علامت بزنید اگر: در حال حاضر آدرس ثابتی ندارید. در صورت وجود، لطفاً مکانی عضو بیشتر به آنجا رفت و آمد می کند را فهرست کنید.
شهر محل سکونت عضو		
کد پستی محل سکونت عضو		
ایمیل عضو		
بهترین روش تماس برای		☐ تلفن

1. اطلاعات اعضا ستاره (*) اطلاعات مورد نیاز را نشان می دهد.	
عضو/مراقب، در صورت وجود	☐ ایمیل
بهترین زمان تماس برای عضو / مراقب	
نام والدین / سرپرست / قیم، در صورت وجود	
شماره تلفن والدین / سرپرست / قیم، در صورت وجود	
ایمیل والدین / سرپرست / قیم، در صورت وجود	

2. اطلاعات منبع ارجاع	
نام سازمان ارجاع دهنده*	
شناسه ارائه دهنده ملی سازمان ارجاع دهنده (NPI)	
نام فرد ارجاع دهنده*	
عنوان فرد ارجاع دهنده	
شماره تلفن فرد ارجاع دهنده*	
آدرس ایمیل فرد ارجاع دهنده*	
رابطه فرد ارجاع دهنده با عضو*	☐ ارائه دهنده خدمات پزشکی ☐ ارائه دهنده خدمات اجتماعی ☐ سایر موارد لطفاً جزئیات بیشتری را در بخش 5 - توضیحات اضافی ارائه دهید
مختص شرکای جامعه (ارائه دهندگان غیر ECM).	آیا عضو یک ارائه دهنده ECM ترجیحی دارد؟ لطفاً یکی از موارد زیر را انتخاب کنید: ☐ بله، این عضو یک ارائه دهنده ECM ترجیحی دارد مدیر مراقبت ترجیحی ECM سازمان ارائه دهنده ترجیحی ECM

2. اطلاعات منبع ارجاع (ادامه)

☐ خیر، این عضو ارائه دهنده ECM ترجیحی ندارد	
آیا سازمان ارجاع دهنده توصیه می کند که عضو به عنوان ارائه دهنده ECM خود به آن اختصاص داده شود؟ لطفاً 1 مورد از موارد زیر را انتخاب کنید: ☐ بله، سازمان ما باید ارائه دهنده ECM عضو باشد ☐ نه، سازمان ما توصیه می کند که این عضو بر اساس نیازهایشان به یک ارائه دهنده ECM دیگر اختصاص داده شود لطفاً جزئیات بیشتری را در بخش 5 - توضیحات اضافی ارائه دهید ☐ نه، این عضو یک ارائه دهنده ترجیحی ECM جایگزین می خواهد مدیر مراقبت ترجیحی ECM _____ سازمان ارائه دهنده ترجیحی ECM	فقط ارائه دهندگان ECM

3. واجد شرایط بودن ECM عضو بر اساس جمعیت تمرکز
واجد شرایط بودن ECM بزرگسالان (سن 21 سال یا بالاتر) - همه مواردی که اعمال می شود را بررسی کنید اگر عضو ارجاع شده یک بزرگسال است، لطفاً هر شاخص را مرور کنید و به همه مواردی که در هر جمعیت تمرکز اعمال می شود، بله بگویید. لطفاً تمام شاخص هایی را که اعمال نمی شود، به میزان دانش خود خالی بگذارید. لطفاً استفاده کنید بخش 5 - توضیحات اضافی برای مطرح کردن مسائلی که ممکن است به بررسی بیشتر MCP نیاز داشته باشد. برای راهنمایی بیشتر در مورد تعاریف ECM POF، لطفاً به ECM Policy Guide مراجعه نمایید. اگر مطمئن نیستید که آیا عضوی واجد شرایط ECM است، لطفاً با خدمات رایگان CalOptima Health Customer Service به شماره 1-800-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید.
☐ بی خانمانی: بزرگسالانی که بی خانمانی را تجربه می کنند (توجه: برای ارجاع یک خانواده بی خانمان به ECM، لطفاً از بخش کودکان/نوجوانان استفاده کنید)
لطفاً تأیید کنید که عضو هر دو معیار زیر را دارد: ☐ عضوی که بی خانمانی را تجربه می کند (بی خانمان، در یک پناهگاه، از دست دادن مسکن در 30 روز آینده، خروج از موسسه به وضعیت بی خانمانی، یا فرار از خشونت بین فردی). و ☐ عضو حداقل 1 نیاز پیچیده جسمی، رفتاری یا سلامتی رشدی دارد (شامل بارداری یا پس از زایمان، 12 ماه پس از زایمان)، که عضو برای آن از هماهنگی مراقبت بهره مند خواهد شد.
☐ در معرض خطر قابل اجتناب بستری در بیمارستان یا ارجاع به بخش اورژانس: بزرگسالان در معرض بستری شدن قابل اجتناب در بیمارستان یا بخش اورژانس ED
لطفاً تأیید کنید که عضو حداقل یکی از معیارهای زیر را دارد: ☐ در طول 6 ماه گذشته، عضو 5 یا بیشتر به بخش اورژانس مراجعه کرده است که می توانست با مراقبت مناسب از آنها اجتناب شود. و/یا ☐ در طول 6 ماه گذشته، عضو 3 بار یا بیشتر بدون برنامه ریزی در بیمارستان و/یا مرکز پرستاری ماهر کوتاه مدت اقامت داشته است که با مراقبت های مناسب می شد از آنها اجتناب کرد.
☐ مشکلات جدی سلامت روان/ مصرف مواد: بزرگسالان با نیازهای جدی سلامت روان و/یا اختلال مصرف مواد (SUD).

3. واجد شرایط بودن ECM عضو بر اساس جمعیت تمرکز (ادامه)

لطفاً تأیید کنید که عضو تمام معیارهای زیر را دارد:

☐ عضو معیارهای واجد شرایط بودن را دارد و/یا از طریق حداقل یکی از موارد زیر خدمات دریافت می کند:

☐ خدمات تخصصی سلامت روان (SMHS) ارائه شده توسط MHP: اختلال قابل توجه (پریشانی، ناتوانی یا اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر فعالیت های مهم) یا احتمال معقول زوال قابل توجه در یک حوزه مهم از عملکرد زندگی.

☐ سیستم تحویل سازمان دارویی Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS) حداقل 1 تشخیص در زمینه اختلال مرتبط با مواد و اختلال اعتیاد به استثنای اختلالات مرتبط با دخانیات و اختلالات غیر مرتبط با مواد مخدر وجود داشته باشد.

☐ برنامه مواد مخدر Drug Medi-Cal (DMC): حداقل 1 تشخیص در زمینه اختلال مرتبط با مواد و اختلال اعتیاد به استثنای اختلالات مرتبط با دخانیات و اختلالات غیر مرتبط با مواد مخدر وجود داشته باشد.

و

☐ عضو به طور فعال حداقل 1 عامل اجتماعی پیچیده که بر سلامت او تأثیر می گذارد را تجربه می کند، که ممکن است شامل موارد زیر باشد، اما محدود به آنها نیست: عدم دسترسی به غذا. عدم دسترسی به مسکن پایدار؛ ناتوانی در کار یا مشارکت در اجتماع؛ جوانانی که در سیستم فرزند خوانده موقت بوده اند؛ یا سابقه برخوردهای اخیر با مجریان قانون مربوط به سلامت روان یا علائم مصرف مواد؛

و

☐ عضو دارای 1 یا بیشتر از معیارهای زیر است:

☐ در معرض خطر بالای نهادینه شدن، مصرف بیش از حد مواد مخدر، و/یا خودکشی

☐ استفاده از خدمات بحران، اورژانس، مراقبت های فوری، یا اقامت در مراکز بستری به عنوان منبع اولیه دریافت مراقبت های درمانی

☐ تجربه 2 بار یا بیشتر ویزیت بخش اورژانس ER، یا 2 بار یا بیشتر بستری شدن در بیمارستان به دلیل مشکلات سلامت روانی جدی یا مشکلات مصرف مواد SUD در 12 ماه گذشته

☐ باردار یا پس از زایمان (تا 12 ماه پس از زایمان)

☐ درگیری با قانون: بزرگسالانی که در 12 ماه گذشته از حبس خارج شده اند

لطفاً تأیید کنید که عضو هر دو معیار زیر را دارد:

☐ عضو در حال انتقال از یک کانون اصلاح و تربیت (به عنوان مثال بازداشتگاه، زندان، یا کانون اصلاح و تربیت جوانان) یا انتقال از یک کانون اصلاح و تربیت در 12 ماه گذشته؛

و

3. واجد شرایط بودن ECM عضو بر اساس جمعیت تمرکز (ادامه)

☐ برای عضو حداقل 1 مورد از شرایط زیر تشخیص داده شده است:

☐ بیماری روانی

☐ اختلال مصرف مواد مخدر (SUD)

☐ وضعیت مزمن / وضعیت بالینی غیرمزمن قابل توجه

☐ ناتوانی های ذهنی یا رشدی (I/DD)

☐ آسیب تروماتیک مغزی

☐ HIV/AIDS

☐ باردار یا پس از زایمان (تا 12 ماه پس از زایمان)

☐ نهاده شده در مراکز مراقبت طولانی مدت (Long-Term Care, LTC): بزرگسالانی که در جامعه زندگی می کنند و در معرض خطر نهادسازی LTC هستند

لطفاً تأیید کنید که عضو تمام معیارهای زیر را دارد:

☐ عضو حداقل 1 مورد از معیارهای زیر را دارد:

☐ در جامعه زندگی می کنند و معیارهای لازم برای مراقبت در مرکز پرستاری ماهر (SNF) را دارند

☐ به پرستاری با مهارت کمتر، مانند خدمات پزشکی و پرستاری محدود و/یا متناوب، پشتیبانی، و/یا تجهیزات برای پیشگیری، تشخیص یا درمان بیماری یا آسیب نیاز دارد;

و

☐ عضو به طور فعال حداقل یک عامل پیچیده اجتماعی یا محیطی که بر سلامت او تأثیر می گذارد را تجربه می کند (از جمله، اما نه محدود به: نیاز به کمک برای فعالیت های زندگی روزمره، مشکلات ارتباطی، دسترسی به غذا، دسترسی به مسکن ثابت، زندگی به تنهایی، نیاز به مراقبت یا تصمیم گیری هدایت شده، مراقبت ضعیف یا ناکافی که ممکن است به عنوان فقدان نظارت ایمنی ظاهر شود)

و

☐ عضو می تواند به طور مداوم در جامعه با پشتیبانی های پیچیده زندگی کند.

☐ ساکنان مرکز پرستاری بزرگسالان در حال انتقال به جامعه بزرگسالان ساکنان مرکز پرستاری در حال انتقال به جامعه

لطفاً تأیید کنید که عضو تمام معیارهای زیر را دارد:

☐ عضو یکی از ساکنان مرکز پرستاری است که علاقه مند به نقل مکان از موسسه است

و

3. واجد شرایط بودن ECM عضو بر اساس جمعیت تمرکز (ادامه)

☐ عضو کاندیدای احتمالی برای خروج موفقیت آمیز از یک موسسه است

و

☐ عضو قادر به اقامت مداوم در جامعه است.

☐ حقوق برابری تولد: افراد باردار و در دوران پس از زایمان در معرض خطر پیامدهای نامطلوب مشکلات بارداری

لطفاً تأیید کنید که عضو تمام معیارهای زیر را دارد:

☐ عضو باردار است یا در دوران پس از زایمان است (برای 12 ماه پس از زایمان)

و

☐ این عضو در معرض نابرابری های نژادی و قومی است که بر اساس داده های بهداشت عمومی کالیفرنیا در مورد عوارض و مرگ و میر مادران تعریف شده است. از سال 2024، اعضای سیاهپوست، سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا، و ساکنان جزایر اقیانوس آرام در این تعریف گنجانده شده اند (افراد ارجاع دهنده باید شناسایی توسط خود اعضا را در اولویت قرار دهند).

4. ثبت نام در سایر برنامه ها و خدمات (اختیاری)

لطفاً از جدول خدمات اختیاری زیر برای نشان دادن سایر برنامه ها و خدماتی که عضو توسط Medi-Cal دریافت می کند، استفاده کنید. برخی از خدمات Medi-Cal ممکن است نیاز به هماهنگی با ECM داشته باشند. از آنجایی که سایر خدمات Medi-Cal ممکن است پشتیبانیهای مشابه ECM را ارائه دهند، ممکن است اعضا قادر به دریافت ECM و این خدمات مشابه به طور همزمان نباشد. برنامه مراقبت مدیریت شده Managed Care Plan اطلاعات زیر را بررسی می کند و واجد شرایط بودن اعضا برای ECM را تعیین می کند. برنامه مراقبت مدیریت شده Managed Care Plan مسئول تعیین صلاحیت برای ECM است، نه فرد ارجاع دهنده.

اگر برنامه(های) مدیریت مراقبت با هماهنگی دیگری وجود داشته باشد که عضو در آن عضو ثبت نام شده باشد، تا حدی که فرد ارجاع دهنده مطلع باشد، نیاز به هماهنگی با ECM دارد (مانند خدمات کودکان کالیفرنیا، مدیریت مورد هدفمند در خدمات تخصصی سلامت روان و غیره) لطفاً اطلاعات اضافی را در بخش 5 - نظرات اضافی به اشتراک بگذارید. لطفاً تمام شاخص هایی را که در حد اطلاع شما در زمینه شما اعمال نمی شود، خالی بگذارید.

برنامه ها	
☐ برنامه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ مراقبت از بیماران رو به مرگ
☐ برنامه های کاملاً یکپارچه برای نیازهای ویژه (Fully Integrated Special Needs) (Plans, FIDE-SNPs)	☐ برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program For All-Inclusive Care) (for the Elderly, PACE)
☐ برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (MSSP)	☐ برنامه خود تعیین کننده برای افراد برای افراد با I/DD
☐ معافیت زندگی با کمک (Assisted Living) (Waiver, ALW)	☐ بازگشت به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT)
☐ استثنا از گزینه های مبتنی بر خانه و جامعه (Home and Community-Based) (HCBA و Alternative)	☐ استثنا از HIV/AIDS

5. نظرات تکمیلی:

لطفاً در صورت
نیاز از این بخش
برای ارائه نظرات
اضافی در مورد
بخش های 1 تا 4،
استفاده کنید.

6. اطلاعات ارسال و مراحل بعدی

با ارسال این فرم، فرد ارجاع دهنده بر اساس اطلاعات خود را به صحت اطلاعاتی که در این فرم درج است گواهی می دهد.

لطفاً فرم ارجاع تکمیل شده ECM را از طریق ایمیل به CalAIM به CalOptima Health ارسال کنید
Referral@caloptima.org یا به شماره 1-714-338-3145 فکس نمایید. پس از ارسال، MCP ها در
عرض 5 روز کاری تصمیمی برای مجوز ECM خواهند گرفت. اگر عضو واجد شرایط باشد، یک ارائه دهنده ECM
با عضو تماس می گیرد تا تمایل پیوستن به ECM را تأیید کند و ثبت نام برای خدمات را انجام دهند.

الگوی فرم ارجاع CM - کودک/ نوجوان

لطفاً بخش های 1 تا 6 را کامل کنید. اگر بخش الزامی وجود دارد که نمی توانید آن را تکمیل کنید، برای دریافت پشتیبانی بیشتر قبل از ارسال این فرم، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health با شماره رایگان 1-800-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید.

1. اطلاعات اعضا ستاره (*) اطلاعات ضروری را نشان می دهد.	
تاریخ ارجاع*	
نوع ارجاع*	☐ معمولی ☐ فوری
برنامه مراقبت مدیریت شده اعضا*	
نام عضو*	
نام خانوادگی عضو*	
شماره شناسه عضویت Medi-Cal (CIN)	
شماره شناسه عضویت Managed Care Plan	
تاریخ تولد عضو (MM/DD/YYYY)*	
شماره تلفن اصلی عضو*	
زبان ترجیحی عضو	
نام ارائه دهنده مراقبت اولیه عضو	
آدرس محل سکونت عضو	☐ لطفاً این قسمت را علامت بزنید اگر: در حال حاضر آدرس ثابتی ندارید. در صورت وجود، لطفاً مکانی عضو بیشتر به آنجا رفت و آمد می کند را فهرست کنید.
شهر محل سکونت عضو	
کد پستی محل سکونت عضو	
ایمیل عضو	
بهترین روش تماس برای عضو / مراقب (تلفن یا ایمیل)	☐ تلفن ☐ ایمیل
بهترین زمان تماس برای عضو / مراقب	
نام والدین / سرپرست / قیم، در صورت وجود	
تلفن والدین / سرپرست / قیم، در صورت وجود	
ایمیل والدین / سرپرست / قیم، در صورت وجود	

2. اطلاعات منبع ارجاع	
نام سازمان ارجاع دهنده*	
شناسه ارائه دهنده ملی سازمان ارجاع دهنده (NPI)	
نام فرد ارجاع دهنده*	
عنوان فرد ارجاع دهنده	
شماره تلفن فرد ارجاع دهنده*	
آدرس ایمیل فرد ارجاع دهنده*	
☐ ارائه دهنده خدمات پزشکی ☐ ارائه دهنده خدمات اجتماعی ☐ سایر موارد لطفاً جزئیات بیشتری را در بخش 5 - توضیحات اضافی ارائه دهید	رابطه فرد ارجاع دهنده با عضو*
آیا عضو یک ارائه دهنده ECM ترجیحی دارد؟ لطفاً 1 مورد از موارد زیر را انتخاب کنید: ☐ بله، این عضو یک ارائه دهنده ECM ترجیحی دارد مدیر مراقبت ترجیحی ECM _____ سازمان ارائه دهنده ترجیحی ECM _____ ☐ خیر، این عضو ارائه دهنده ECM ترجیحی ندارد	مختص شرکای جامعه (ارائه دهندگان غیر ECM).

آیا سازمان ارجاع دهنده توصیه می کند که عضو به عنوان ارائه دهنده ECM خود به آن اختصاص داده شود؟

لطفا 1 مورد از موارد زیر را انتخاب کنید:

☐ بله، سازمان ما باید ارائه دهنده ECM عضو باشد

☐ نه، سازمان ما توصیه می کند که این عضو بر اساس نیازهایشان به یک ارائه دهنده ECM دیگر اختصاص داده شود.

لطفاً جزئیات بیشتری را در بخش 5 - توضیحات اضافی ارائه دهید

☐ نه، این عضو یک ارائه دهنده ترجیحی ECM جایگزین می خواهد

مدیر مراقبت ترجیحی ECM

سازمان ارائه دهنده ترجیحی ECM

فقط ارائه دهندگان ECM

3. واجد شرایط بودن ECM عضو بر اساس جمعیت تمرکز

واجد شرایط بودن ECM برای کودکان/ نوجوانان (زیر 21 سال) یا خانواده های بی خانمان — همه مواردی که که برای شما صدق می کند را علامت بزنید

اگر عضو ارجاع شده کودک، نوجوان یا یک خانواده (بی خانمان) است، لطفاً همه شاخصها را مرور کنید و برای همه مواردی که در تمامی تعاریف جمعیت کانونی کودک/ نوجوان اعمال می شود، بله را علامت بزنید تا به MCP کمک کنید تعیین کند که آیا فرد

واجد شرایط برای ECM است و نیازهای کودک/ نوجوانان/ خانواده را تا حد امکان به طور کامل تشخیص دهد. لطفاً در حد اطلاع خود همه شاخصهایی را که اعمال نمی شوند را خالی بگذارید.

اگر کودک/ نوجوانی را ارجاع می دهید که بی خانمانی را تجربه می کند، و اعضای خانواده یا مراقبان آنها نیز بی خانمانی را تجربه می کنند و تحت پوشش مراقبت مدیریت شده Medi-Cal Managed Care قرار دارند، لطفاً همه اعضای خانواده/مراقبان را برای خدمات ECM ارجاع دهید. MCP ها تشویق می شوند که با ارائه دهندگان ECM کار کنند تا در صورت تجربه بی خانمانی به یک واحد خانواده خدمات ارائه دهند. اگر مطمئن نیستید که آیا عضوی واجد شرایط ECM است، لطفاً با خدمات CalOptima Health مشتریان به شماره رایگان 1-800-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید.

☐ بی خانمانی: خانواده های بی خانمان یا کودکان / نوجوانان بی سرپرست که بی خانمانی را تجربه می کنند

لطفاً تأیید کنید که عضو حداقل 1 مورد از معیارهای زیر را دارد:

☐ کودک/ نوجوان یا خانواده با اعضای زیر 21 سال، که بی خانمانی را تجربه می کنند (بی خانمان، در یک پناهگاه، از دست دادن مسکن در 30 روز آینده، خروج از موسسه به وضعیت بی خانمانی، یا فرار از خشونت بین فردی)

و/ یا

☐ کودک/ نوجوان یا خانواده به دلیل از دست دادن مسکن، مشکلات اقتصادی یا دلایلی مشابه، از مسکن افراد دیگر به صورت اشتراکی استفاده می نمایند (مانند خوابیدن روی کانپه دیگران). یا در متل، هتل، پارک ماشین تریلر، یا زمین کمپینگ به دلیل نبود مکان های اقامتی مناسب زندگی می کند. یا در پناهگاه اضطراری یا انتقالی زندگی می کند. یا در بیمارستان رها شده است (در بیمارستان بدون مکان امن برای ترخیص)

☐ بستری قابل اجتناب در بیمارستان یا ارجاع به بخش اورژانس: کودکان و نوجوانان در معرض بستری شدن قابل اجتناب در بیمارستان یا بخش اورژانس ED

لطفاً تأیید کنید که عضو حداقل 1 مورد از معیارهای زیر را در 12 ماه گذشته داشته:

☐ کودک/ نوجوان در 12 ماه گذشته 3 بار یا بیشتر به بخش اورژانس مراجعه کرده است که با مراقبت مناسب می شد از آنها اجتناب کرد.

و/ یا

☐ کودک/ نوجوانان در 12 ماه گذشته 2 بار یا بیشتر اقامت برنامه ریزی نشده در بیمارستان و/یا مرکز پرستاری ماهر کوتاه مدت داشته که با مراقبت مناسب می شد از آنها اجتناب کرد.

☐ مشکلات جدی سلامت روان یا ماختلال صرف مواد: کودکان و جوانان با مشکلات جدی سلامت روان و/ یا نیازهای SUD
لطفاً تأیید کنید که عضو دارای معیارهای واجد شرایط بودن و/یا دریافت خدمات از طریق حداقل 1 مورد از موارد زیر است: ☐ خدمات تخصصی سلامت روان (Specialty Mental Health Services, SMHS) ارائه شده توسط MHP: اعضای زیر 21 سال واجد شرایط دریافت کلیه خدمات پزشکی ضروری SMHS هستند. ☐ سیستم تحویل سازمان داروی Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMH-ODS) اعضای زیر 21 سال واجد شرایط دریافت کلیه خدمات DMC-ODS ضروری پزشکی هستند. ☐ برنامه مواد مخدر Drug Medi-Cal (DMC): خدمات تحت پوشش ارائه شده تحت DMC باید شامل تمام خدمات SUD ضروری پزشکی برای افراد زیر 21 سال باشد.
☐ درگیری با قانون: کودکان / نوجوانان در حال انتقال از کانون اصلاح و تربیت جوانان
لطفاً تأیید کنید که عضو هر دو معیار زیر را دارد: ☐ عضو در 12 ماه گذشته در حال انتقال/ انتقال داده شده از یک مرکز اصلاح و تربیت جوانان بوده
☐ مدل کل کودک CCS یا CCS: کودکان / نوجوانان ثبت نام شده در خدمات کودکان کالیفرنیا (California Children's Services, CCS) یا CCS WCM با نیازهای اضافی فراتر از شرایط CCS
لطفاً تأیید کنید که عضو تمام معیارهای زیر را دارد: ☐ عضو در CCS یا CCS WCM ثبت نام کرده است. و ☐ عضو حداقل 1 عامل اجتماعی پیچیده را تجربه می کند که بر سلامت آنها تأثیر می گذارد. به عنوان مثال (اما نه فقط محدود به این موارد) اشاره کرد: می توان به عدم دسترسی به غذا، عدم دسترسی به مسکن پایدار، مشکل در دسترسی به حمل و نقل، دریافت درجه بالا (چهار یا بیشتر) در غربالگری ACEs. سابقه برخوردهای اخیر با مجریان قانون؛ یا خدمات مداخله در وضعیت بحرانی مربوط به مشکلات سلامت روان، نوجوانان با سابقه سرپرستی موقت و/یا علائم مصرف مواد.

☐ سرپرستی موقت (FOSTER CARE): کودکان / نوجوانان تحت پوشش سیستم رفاهی کودکان

لطفاً تأیید کنید که عضو حداقل 1 مورد از معیارهای زیر را دارد:

☐ عضو زیر 21 سال سن دارد و در حال حاضر تحت سرپرستی موقت در کالیفرنیا است.

و/یا

☐ عضو او زیر 21 سال سن دارد و قبلاً در 12 ماه گذشته در کالیفرنیا یا ایالت دیگری تحت سرپرستی موقت قرار گرفته است;

و/یا

☐ عضو زیر 26 سال سن دارد و در کالیفرنیا یا ایالت دیگر از سرپرستی موقت خارج شده است (که در 18 سالگی یا بعد از آن تحت سرپرستی موقت بوده است)

و/یا

☐ عضو زیر 18 سال سن دارد و واجد شرایط و/یا برنامه کمک به فرزندخواندگی کالیفرنیا است.

و/یا

☐ عضو زیر 18 سال سن دارد و در حال حاضر در 12 ماه گذشته از برنامه نگهداری خانواده کالیفرنیا خدمات دریافت کرده یا دریافت کرده است..

☐ حقوق برابری تولد: افراد باردار و در دوران پس از زایمان در معرض خطر پیامدهای نامطلوب مشکلات بارداری

لطفاً تأیید کنید که عضو تمام معیارهای زیر را دارد:

☐ باردار یا پس از زایمان (12 ماه پس از زایمان)

و

☐ این عضو در معرض نابرابری های نژادی و قومی است که بر اساس داده های بهداشت عمومی کالیفرنیا در مورد عوارض و مرگ و میر مادران تعریف شده است. از سال 2024، سیاه پوستان، سرخپوستان آمریکایی یا بومی آلاسکا، و اعضای جزیره اقیانوس آرام در این تعریف گنجانده شده اند (افراد ارجاع دهنده باید شناسایی خود اعضا را در اولویت قرار دهند).

4. ثبت نام در برنامه ها و خدمات دیگر

لطفاً از جدول خدمات اختیاری زیر برای نشان دادن سایر برنامه ها و خدماتی که عضو توسط Medi-Cal دریافت می کند، استفاده کنید. برخی از خدمات Medi-Cal ممکن است نیاز به هماهنگی با ECM داشته باشند. از آنجایی که سایر خدمات Medi-Cal ممکن است پشتیبانیهای مشابه ECM را ارائه دهند، ممکن است اعضا قادر به دریافت ECM و این خدمات مشابه به طور همزمان نباشد. برنامه مراقبت مدیریت شده Managed Care Plan اطلاعات زیر را بررسی می کند و واجد شرایط بودن اعضا برای ECM را تعیین می کند. برنامه مراقبت مدیریت شده Managed Care Plan مسئول تعیین صلاحیت برای ECM است، نه فرد ارجاع دهنده.

اگر برنامه(های) مدیریت مراقبت یا هماهنگی دیگری وجود داشته باشد که عضو در آن عضو ثبت نام شده باشد، تا حدی که فرد ارجاع دهنده مطلع باشد، نیاز به هماهنگی با ECM دارد (مانند خدمات کودکان کالیفرنیا، مدیریت مورد هدفمند در خدمات تخصصی سلامت روان و غیره) لطفاً اطلاعات اضافی را در بخش 5 - نظرات اضافی به اشتراک بگذارید. لطفاً تمام شاخص هایی را که در حد اطلاع شما در زمینه شما اعمال نمی شود، خالی بگذارید.

برنامه ها	
☐ برنامه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ مراقبت از بیماران رو به مرگ
☐ برنامه های کاملاً یکپارچه برای نیازهای ویژه (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program For AllInclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ برنامه خود تعیینی برای افراد دارای I/DD
☐ معافیت زندگی با کمک (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ بازگشت به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT)
☐ استثنا از گزینه های مبتنی بر خانه و جامعه (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	☐ استثنا از HIV/AIDS

5. نظرات تکمیلی:

لطفاً در صورت نیاز از این بخش برای ارائه نظرات اضافی در مورد بخش های 1 تا 4، استفاده کنید.

6. اطلاعات ارسال و مراحل بعدی

با ارسال این فرم، فرد ارجاع دهنده بر اساس اطلاعات خود را به صحت اطلاعاتی که در این فرم درج است گواهی می دهد.

لطفاً فرم ارجاع تکمیل شده ECM را از طریق ایمیل به CalOptima Health ارسال کنید
یا به شماره 1-714-338-3145 فکس نمایید. پس از ارسال، MCP ها در
عرض 5 روز کاری تصمیمی برای مجوز ECM اتخاذ خواهند کرد.

اگر عضو واجد شرایط باشد، یک ارائه دهنده ECM با عضو تماس می گیرد تا تمایل پیوستن به ECM را تأیید کند و
ثبت نام برای خدمات را انجام دهند.