



## CalAIM 社區支援轉介表

會員姓名：\_\_\_\_\_ CIN 編號：\_\_\_\_\_

注意：會員必須符合 CalOptima Health 的資格。

第 1 步：請填寫以下所有適用資訊，然後繼續執行第 2 步和第 3 步。

### 轉介資訊：

轉介日期：_____	轉介人：_____	
機構或與會員的關係：_____		
轉介醫療服務者的國家醫療服務者識別號碼 (National Provider Identifier, NPI) (如適用)：_____		
電話：_____	傳真：_____	電子郵箱：_____

### 會員資訊：

會員姓名：_____	CIN 編號：_____
會員出生日期：_____	家庭醫生 (PCP)：_____
電話：_____	電子郵箱：_____
會員偏好語言：_____	會員目前在住院嗎？_____

第 2 步：勾選會員有意接受的社區支援的方框。以下頁面提供了其他有關獲得社區支援資格的資訊。  
請在提交前勾選所有必填方框。

第 3 步：將填妥的轉介表和證明文件傳真或郵寄至 CalOptima Health（如果會員屬於 Kaiser Permanente 以外的醫療網）。將所有 Kaiser Permanente 轉介透過電子郵件或郵寄直接發送給 Kaiser Permanente。

CalOptima Health 社區支援醫療網聯絡資訊

醫療網	客戶服務部門 電話號碼 (會員)	轉介提交	郵寄地址
CalOptima Health Direct and Health Networks (Kaiser Permanente 除外)	1-888-587-8088	傳真：1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856
Kaiser Permanente	1-866-551-9619	安全電子郵箱： RegCareCoordCaseMgmt @kp.org	Kaiser Permanente Attention: Medi-Cal and State Programs (Second Floor) 393 E. Walnut St. Pasadena, CA 91188

住房服務

<input type="checkbox"/>	<b>換房找房服務</b> 協助會員獲得住房並準備入住。	<p>選擇一個適用項：</p> <p><input type="checkbox"/> 會員無家可歸</p> <p style="text-align: center;"><b>或</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員面臨無家可歸的風險，住房面臨重大障礙</p> <p style="text-align: center;"><b>或</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員優先透過 Orange 縣協調入住系統獲得永久支援性住房或租金補貼</p>
<input type="checkbox"/>	<b>住房保證金</b> 確定、協調和資助基本家庭的搬入成本和服務，不包括食宿。會員必須接受換房找房服務。	<p>選擇所有適用項：</p> <p><input type="checkbox"/> 會員無家可歸或有無家可歸的風險</p> <p><input type="checkbox"/> 會員正接受換房找房服務。</p> <p>輸入找房服務提供者的名稱：_____</p> <p>(將要求此提供者提供其他文件。)</p> <p><input type="checkbox"/> 會員優先透過 Orange 縣協調入住系統獲得永久支援性住房或租金補貼</p> <p>之前是否曾接受過此服務？是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/> 不知道<input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<b>房屋租賃和維持服務</b> 提供教育、指導和支援，以在住房獲得保障后保持	<p>選擇所有適用項：</p> <p><input type="checkbox"/> 會員無家可歸</p>

	<p>安全穩定的租賃關係。</p>	<p><input type="checkbox"/> 會員已接受換房找房服務</p> <p>輸入找房服務提供者的名稱：_____</p> <p>(將要求此提供者提供其他文件。)</p> <p><input type="checkbox"/> 會員優先透過 Orange 縣協調入住系統獲得永久支援性住房或租金補貼</p> <p>之前是否曾接受過此服務？是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/> 不知道<input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p><b>日間康復服務</b></p> <p>協助會員掌握自助技能、社交和適應技能，以滿足保持其自然狀態的需要。</p>	<p><b>選擇一個適用項：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員無家可歸</p> <p><input type="checkbox"/> 會員面臨無家可歸或住院治療的風險</p> <p><input type="checkbox"/> 會員在過去 24 個月內脫離無家可歸狀態並有房可住</p>
<p><b>為急性護理後入院或護理後入院提供的服務</b></p>		
<p><input type="checkbox"/></p>	<p><b>療養護理</b></p> <p>為不再需要住院但仍需要從受傷、疾病或心理健康病情中康復的個人提供短期住宿護理。</p>	<p><b>選擇一個適用項：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員無家可歸或面臨無家可歸的風險</p> <p><input type="checkbox"/> 會員面臨住院風險或處於出院後狀態</p> <p><input type="checkbox"/> 會員獨居，無正式支援</p> <p><u>請附上療養護理或 STPHH 轉介表</u></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p><b>短期住院後住房 (STPHH)</b></p> <p>協助有高醫療或行為健康需求的會員在離開醫院、康復機構、療養護理或其他機構後提供短期住房。</p>	<p><b>選擇所有適用項：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 會員無家可歸或面臨無家可歸的風險</p> <p style="text-align: center;"><u>以及</u></p> <p><input type="checkbox"/> 會員正在退出療養護理、醫院住院、住宅物質使用障礙治療機構、住宅心理健康治療機構、懲教機構或護理機構</p> <p><u>請附上療養護理或 STPHH 轉介表</u></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p><b>社區過渡服務</b></p> <p>提供從療養院向居家護理的過渡服務。</p>	<p><b>查看以下資格標準：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>目前正在接受具有醫療必要性的療養院護理水準 (Level of Care, LOC) 服務，並且用以代替留在療養院或醫療喘息機構中，而選擇過渡為居家並繼續接受具有醫療必要性的療養院LOC服務；以及</li> <li>在護養院或醫療喘息機構中生活了超過60天的時間；以及</li> <li>有意返回社區；以及</li> <li>能夠透過適當且價格合理的支援和服務安全地居住在社區中。</li> </ol>

		<p>會員符合本節中的所有條件以符合資格：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>之前是否曾接受過此服務？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>A. 療養院向輔助生活機構過渡</b></p> <p>從療養院過渡到年長者住宅護理機構或成人居住機構的會員。</p>	<p>查看以下資格標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 已在療養院居住超過60天的時間；以及</li> <li>2. 願意住在輔助生活機構中，作為療養院居住的替代方案；以及</li> <li>3. 能夠透過適當和價格合理的支援和服務安全地居住在輔助生活機構中。</li> </ol> <p>會員符合本節中的所有條件以符合資格：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>之前是否曾接受過此服務？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/></p>
<p><b>居家提供的服務</b></p>		
<input type="checkbox"/>	<p><b>A. 療養院向輔助生活機構轉移</b></p> <p>過渡會員在不提供此支援的情況下，需要居住在療養院，將他們過渡到年長者住宅護理機構或成人住宅機構。</p>	<p>查看以下資格標準：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 有意留在社區；並</li> <li><input type="checkbox"/> 願意並能夠透過適當和具有價格合理的支援和服務安全地居住在輔助生活機構中；並</li> <li><input type="checkbox"/> 目前必須正在接受具有醫療必要性的療養院LOC服務或滿足在輔助生活機構中接受這些服務的最低標準。</li> </ul> <p>會員符合本節中的所有條件以符合資格：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>之前是否曾接受過此服務？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>個人護理或家政服務</b></p> <p>為需要日常生活活動 (Activities of Daily Living, ADL) 幫助的會員提供個人護理和家政服務。</p>	<p>選擇所有適用項：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 會員面臨住院或被送入療養院的風險</li> <li><input type="checkbox"/> 會員有身體功能缺陷，無適當的支援系統</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>以及</b></p> <p>選擇一個適用項：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 會員已獲准獲得居家支援服務 (In-Home Supportive Services, IHSS)，並已提出增加小時數的請求，但仍待批准</li> <li><input type="checkbox"/> 會員已申請 IHSS，並正在等待完成評估</li> </ul> <p>家人或朋友有興趣成為照護者嗎？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>根據醫療狀況特製的餐點</b></p> <p>會員從醫院或療養院出院後，為其提供居家醫療特製餐點。</p>	<p>選擇所有適用項：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 會員目前在醫院或養老院，醫療特製餐點是出院計劃的一部分。 (這將觸發一項加急請求。)</li> </ul> <p>列出該會員的慢性病： _____</p>

		<input type="checkbox"/> 會員最近從醫院或專業療養院出院 <input type="checkbox"/> 會員面臨住院或療養院安置的風險很高 <input type="checkbox"/> 會員有廣泛的護理協調需求。 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如果是，請說明： <hr/> 會員有特殊飲食？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請說明： <hr/> <input type="checkbox"/> 會員正在接受來自當地、州或聯邦資助計劃的其他送餐服務。 <input type="checkbox"/> 有意獲得預製醫療特製餐點 <input type="checkbox"/> 有意獲得醫療特製雜貨箱 有冰箱嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/>	<b>喘息服務</b> 為需要間歇性臨時監管的會員照護者提供喘息機會。此服務不同於醫療喘息或療養護理，僅為照護者提供休息機會。  每年限336小時。	<b>回答以下所有部分：</b> 在會員自己家中或用作居所的其他地點提供居家喘息服務。 <input type="checkbox"/> 會員依賴合格的照護者，若沒有照護者，其需要在居住在療養院中  會員需要喘息服務照護者的具體日期和時間： 日期： _____ 時間： _____  會員享受其他提供照護者的服務： <input type="checkbox"/> 居家支援性服務 (IHSS) <input type="checkbox"/> 社區成年人服務 (Community-Based Adult Services, CBAS) <input type="checkbox"/> 區域中心 <input type="checkbox"/> 私人照護者
<input type="checkbox"/>	<b>環境可及性適應</b> 提供居家物理適應，這是確保會員的健康、福利和安全所必需的，或者使會員能夠留在家中。	需要申請個人應急響應系統 (Personal Emergency Response System, PERS) 嗎？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  <b>選擇所有適用項：</b> <input type="checkbox"/> 會員面臨被送入療養院住院的風險  <p style="text-align: center;"><b>以及</b></p> <input type="checkbox"/> 會員已與家庭醫生 (Primary Care Provider, PCP) 討論房屋改造的需求  <input type="checkbox"/> PCP 已將此服務的醫療需求記錄在案，並將根據要求提供文件

		之前是否曾接受過此服務？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/>
□	<p><b>哮喘治療</b></p> <p>為會員提供居家可採取的行動的資訊，以減輕可能引發哮喘癥狀的環境暴露，並提供所需的設備。</p>	<p><b>選擇所有適用項：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 會員在過去 12 個月內曾到急診科就診或住院</li> <li><input type="checkbox"/> 會員在過去 12 個月內有兩次生病或緊急護理就診</li> <li><input type="checkbox"/> 會員在哮喘控制測試中的得分為 19 分或更低</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>以及</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PCP 已將此服務的醫療需求記錄在案，並將根據要求提供文件</li> </ul> <p>之前是否曾接受過此服務？是<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/></p>