



## Enhanced Care Management (ECM) 의뢰 양식

회원 및 그들의 가족들은 ECM 서비스들에 직접 의뢰할 수 있습니다.

회원 이름: \_\_\_\_\_ CIN 번호: \_\_\_\_\_

메모: 회원은 CalOptima Health 에 자격이 되어야 합니다.

1 단계: 아래에 해당하는 모든 정보를 입력하고 2 단계 및 3 단계로 이동하십시오.

### 의뢰 정보

의뢰 날짜: _____	의뢰한 이: _____
기관 또는 회원과의 관계: _____	
의뢰한 의료 제공자 National Provider Identifier (NPI) (해당되는 경우): _____	
전화번호: _____	팩스: _____ 이메일: _____

### 회원 정보

회원 이름: _____	CIN 번호: _____
회원 생년월일: _____	주치의: _____
회원 전화번호: _____	회원 이메일: _____
회원의 선호하는 언어: _____	
회원은 ECM 서비스에 의뢰되는 것에 동의합니다: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

2 단계: 해당되는 모든 증상에 표시하십시오. 제출하기 전에 필수 확인란을 모두 작성하고 지원 서류를 첨부하십시오.

3 단계: 작성된 의뢰 양식과 지원 서류를 CalOptima Health 로 보내십시오.

### CalOptima Health ECM 건강 네트워크 연락처

건강 네트워크	고객 서비스 전화번호 (회원을 위한)	의뢰 제출	우편 주소
CalOptima Health Direct 및 건강 네트워크	1-888-587-8088	<a href="mailto:CalAIMReferral@caloptima.org">CalAIMReferral@caloptima.org</a> 또는 팩스: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856

## 성인

성인 18 세 및 이상	회원 자격 조건
<input type="checkbox"/> <b>1) 노숙 생활을 겪고 있는 성인:</b> <i>노숙 생활을 겪고 있는 성인 (부양 자녀/청소년과 함께 살고 있거나 또는 함께 살지 않거나)</i>	<p><b>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</b></p> <p>노숙 경험은 다음 조건 중 하나 또는 이상을 충족하는 것으로 정의됩니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 고정적이고 정기적이며 적절한 야간 거주지가 부족한 경우</li> <li><input type="checkbox"/> 자동차, 공원, 버려진 건물, 버스 또는 기차역, 공항 또는 캠핑장을 포함하여 인간을 위한 정규 수면 숙소로 설계되거나 일반적으로 사용되지 않는 공공 또는 개인 장소인 주 거주지를 보유하는 경우</li> <li><input type="checkbox"/> 임시 거주지를 제공하도록 설계된 감독되는 공공 또는 민간 운영 보호소(저소득층을 위한 연방, 주 또는 지방 정부 프로그램이나 자선 단체, 공동 보호소 및 임시 주택이 지불하는 호텔 및 모텔 포함)에서 생활하는 경우</li> <li><input type="checkbox"/> 기관에서 노숙 상태로 전환하는 경우 (기관 체류 기간에 관계없이)</li> <li><input type="checkbox"/> 앞으로 30 일 이내에 거주지를 잃게 될 예정 및/또는</li> <li><input type="checkbox"/> 가정 폭력, 데이트 폭력, 성폭행, 스토킹 및 그러한 폭력과 관련된 기타 위험하고 충격적이거나 생명을 위협하는 상황을 피하는 경우</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>그리고</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 적어도 하나의 복잡한 신체적, 행동적 또는 발달적 필요가 있고 정상적인 자기 관리가 불가능하고 서비스 조정을 통해 건강 결과가 개선되거나 고비용 서비스 이용률을 감소할 가능성이 있는 사람(임산부 또는 산후 노숙자가 이 기준을 충족함)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>2) 피할 수 있는 병원 또는 응급실 이용 위험에 처한 성인</b>	<p><b>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 지난 6 개월동안 5 번 이상 응급실(ER) 방문 또는</li> <li><input type="checkbox"/> 6 개월 동안 3 회 이상의 계획되지 않은 입원 및/또는 단기 전문 간호 시설(SNF) 입원</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>3) 심각한 정신 건강 또는 약물 사용 장애(SUD)가 있는 사람</b>	<p><b>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</b></p> <p>다음에 참여하거나 또는 서비스를 받기 위해 자격 기준을 충족해야 합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 정신 건강 계획(MHPs)을 통해 제공되는 특수 정신 건강 서비스 (SMHS) 또는</li> <li><input type="checkbox"/> Drug Medi-Cal Organization Delivery System (DMC-ODS) 또는 Drug Medi-Cal (DMC) 프로그램</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>그리고</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 건강에 영향을 미치는 적어도 하나의 복잡한 사회적 요인을 1 개 이상 경험한 경우 (예로 식량 부족, 안정적인 주택, 직장 또는 지역 사회에 참여할 수 없음, 높은 수준(4 개 이상)의 불리 아동기</li> </ul>

	성인 18 세 및 이상	회원 자격 조건
		<p>경험(ACE), 이전 위탁 청소년, 정신 건강 및/또는 약물 사용 증상과 관련된 법 집행 기관과 접촉한 경험</p> <p style="text-align: center;"><b>그리고</b></p> <p><b>다음 기준 중 하나 이상을 충족합니다:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 시설 입원, 약물 과용 및/또는 자살 위험이 높음 또는</li> <li><input type="checkbox"/> 위기 서비스, 응급실(ED), 긴급 치료 또는 입원을 주요 의료 서비스로 사용 또는</li> <li><input type="checkbox"/> 지난 12 개월 동안 심각한 정신 건강 또는 SUD 로 인해 2 회 이상의 응급실 방문 또는 2 회 이상의 입원 경험 또는</li> <li><input type="checkbox"/> 임신했거나 또는 산후 (출산 후 12 개월)</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<p><b>4) 투옥에서 전환하는 성인</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 교도 시설(예로 교도소, 구치소, 청소년 교정 시설)에서 전환 중이거나 지난 12 개월 이내에 교정 시설에서 전환한 경우</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>그리고</b></p> <p><b>다음 조건 중 하나 이상을 충족해야 합니다:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 정신 질환</li> <li><input type="checkbox"/> 약물 사용 장애 (SUD)</li> <li><input type="checkbox"/> 만성 질환/중요한 비만성 임상 질환</li> <li><input type="checkbox"/> 지적 또는 발달 장애 (I/DD)</li> <li><input type="checkbox"/> 외상성 뇌 손상 (TBI)</li> <li><input type="checkbox"/> HIV/AIDS (에이즈)</li> <li><input type="checkbox"/> 임신 또는 산후</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<p><b>5) 지역사회에 거주하며 장기요양(LTC) 시설에 수용될 위험이 있는 성인</b></p>	<p><b>회원에게 해당하는 1 가지 항목을 선택하십시오:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 전문 간호 시설(SNF) 수준의 치료 기준을 충족하는 지역사회에 거주하는 성인 또는</li> <li><input type="checkbox"/> 급성 질환 또는 부상의 예방, 진단 또는 치료를 위한 시간 제한 및/또는 간헐적 의료 및 간호 서비스, 지원 및/또는 장비와 같은 낮은 심각성의 전문 간호가 필요한 성인</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>그리고</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 건강에 영향을 미치는 적어도 한가지의 복잡한 사회적 또는 환경적 요인(일상 생활 활동에 대한 지원 필요(ADL), 의사소통 어려움, 식품 구입, 안정적인 주택, 혼자 생활, 후견인 필요 또는 의사 결정의 도움, 안전 감시 부족으로 나타날 수 있는 열악하거나 부적절한 간병)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>그리고</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 포괄적인 지원을 통해 지역사회에 지속적으로 거주 가능 (예를 들어, 일부 개인은 안전이나 기타 문제로 인해 재택 치료에 적합하지 않은 높은 심각성 요구 또는 조건을 갖고 있기 때문에 자격이 없을 수 있음)</li> </ul>

<input type="checkbox"/>	<b>6) 지역 사회로 전환하는 성인 요양 시설 거주자</b> <i>(중급 요양시설 및 아급성 요양시설은 제외.)</i>	회원이 현재 중간 요양 시설 또는 아급성 요양 시설에 거주하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <b>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</b> <input type="checkbox"/> 시설에서 이사나가는 데 관심이 있습니다 <p style="text-align: center;"><b>그리고</b></p> <input type="checkbox"/> 후보자가 성공적으로 이를 수행할 가능성이 높음 <p style="text-align: center;"><b>그리고</b></p> <input type="checkbox"/> 지역사회에서 지속적으로 거주 가능
<input type="checkbox"/>	<b>7) 출생 평등 초점 인구(성인)</b>	<b>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</b> <input type="checkbox"/> 회원이 임신 중이거나 산후(12 개월까지)인 경우 <p style="text-align: center;"><b>그리고</b></p> <input type="checkbox"/> 캘리포니아 공중 보건 정보 정의의 산모의 질병률 및 사망률에 대한 인종 및 민족 차이가 적용됩니다(흑인, 아메리칸 인디언, 알래스카 원주민 또는 태평양 섬 주민)

## 아동 및 청소년

아동 및 청소년	회원 자격 조건
<input type="checkbox"/> <b>1) 노숙 생활을 겪고 있는 아동 및 청소년</b> <i>(노숙인 가족 또는 보호자 없는 노숙 아동 및 청소년)</i>	<p>다음과 같은 어린이, 청소년 및 21 세 미만의 구성원이 있는 가족에 해당하는 항목을 1 개 선택하십시오:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 고정적이고 정기적이며 적절한 야간 거주지가 부족한 경우</li> <li><input type="checkbox"/> 자동차, 공원, 버려진 건물, 버스 또는 기차역, 공항 또는 캠핑장을 포함하여 인간을 위한 정규 수면 숙소로 설계되지 않았거나 일반적으로 사용되지 않는 공공 또는 개인 장소인 주 거주지를 보유하는 경우</li> <li><input type="checkbox"/> 임시 거주지를 제공하도록 설계된 감독되는 공공 또는 민간 운영 보호소(저소득층을 위한 연방, 주 또는 지방 정부 프로그램이나 자선 단체, 공동 보호소 및 임시 주택이 지불하는 호텔 및 모텔 포함)에서 생활하는 경우</li> <li><input type="checkbox"/> 기관에서 노숙 상태로 전환하는 경우 (기관 체류 기간에 관계없이)</li> <li><input type="checkbox"/> 앞으로 30 일 이내에 거주지를 잃게 될 예정</li> <li><input type="checkbox"/> 가정 폭력, 데이트 폭력, 성폭행, 스토킹 및 그러한 폭력과 관련된 기타 위험하고 충격적이거나 생명을 위협하는 상황을 피하는 경우</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>또는</b></p> <p><b>회원에게 해당하는 1 가지 항목을 선택하십시오:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 주택 손실, 경제적 어려움 또는 이와 유사한 사유로 인해 다른 사람과 주택을 공유하는 경우(예로 지인들의 집으로 옮겨 지내기)</li> <li><input type="checkbox"/> 적절한 대체 숙박 시설이 부족하여 모텔, 호텔, 트레일러 파크 또는 캠핑장에 거주하는 경우</li> <li><input type="checkbox"/> 긴급 또는 임시 대피소에 거주 또는 병원에 버려짐(병원에서 퇴원할 안전한 장소가 없는 경우)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>2) 피할 수 있는 병원 또는 응급실 이용 위험에 처한 아동 및 청소년</b>	<p><b>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 지난 12 개월동안 3 번 이상 응급실(ER) 방문</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>또는</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 12 개월 동안 2 회 이상의 계획되지 않은 입원 및/또는 단기 전문 간호 시설(SNF) 입원</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>3) 심각한 정신 질병(SMI) 또는 약물 사용 장애 (Substance Use Disorder, SUD)가 있는 아동 및 청소년</b>	<p><b>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</b></p> <p>다음에 참여하거나 또는 서비스를 받기 위해 자격 기준을 충족해야 합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 정신 건강 플랜 (MHPs) 에서 제공되는 전문 정신 건강 서비스 (SMHS) 또는</li> <li><input type="checkbox"/> Drug Medi-Cal Organization Delivery System (DMC-ODS, 약물 Medi-Cal 조직 전달 시스템) 또는 Drug Medi-Cal (DMC) 프로그램</li> </ul>

<input type="checkbox"/>	4) 청소년 교정 시설에서 전환하는 아동 및 청소년	<input type="checkbox"/> 지난 12 개월 이내에 청소년 교정 시설에서 전환 중이거나 청소년 수감 시설에서 전환된 아동 및 청소년
<input type="checkbox"/>	5) California Children's Services (CCS, 캘리포니아 아동 서비스) 또는 CCS Whole Child Model (WCM, 전체 아동 모델)에 가입되었고 CCS 조건 이상의 추가 요구 사항이 있는 아동 및 청소년	<p><b>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</b></p> <input type="checkbox"/> CCS 또는 CCS WCM 에 가입되어있는 경우
<b>그리고</b>		
<input type="checkbox"/>	6) 아동 복지에 참여하는 아동 및 청소년	<p><b>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</b></p> <input type="checkbox"/> 21 세 미만이며 현재 캘리포니아에서 위탁 보호를 받고 있는 경우 <input type="checkbox"/> 21 세 미만이고 이전에 지난 12 개월 이내에 캘리포니아 또는 다른 주에서 위탁 보호를 받은 적이 있는 경우 <input type="checkbox"/> 캘리포니아 또는 다른 주에서 최대 26 세까지 위탁 보호를 받을 수 없음(18 세 생일 이후에 위탁 보호를 받은 경우) <input type="checkbox"/> 18 세 미만이고 캘리포니아 입양 지원 프로그램(Adoption Assistance Program)에 대한 자격이 있거나/또는 참여 중인 경우 <input type="checkbox"/> 18 세 미만이고 현재 캘리포니아의 가족 유지(Family Maintenance) 프로그램으로부터 서비스를 받고 있거나 지난 12 개월 이내에 받은 적이 있는 경우
<input type="checkbox"/>	7) 출생 평등 초점 인구(청소년)	<p><b>회원에게 해당하는 모든 항목을 선택하십시오:</b></p> <input type="checkbox"/> 회원이 임신 중이거나 산후(12 개월까지)인 경우
<b>그리고</b>		
		<input type="checkbox"/> 캘리포니아 공중 보건 정보 정의의 산모의 질병률 및 사망률에 대한 인종 및 민족 차이가 적용됩니다(흑인, 아메리칸 인디언, 알래스카 원주민 또는 태평양 섬 주민)

**FOR ECM PROVIDERS ONLY:** Is the member on the Population of Focus engagement list provided by CalOptima Health?  Yes  No

If yes, please indicate all applicable Populations of Focus for which the member is eligible: \_\_\_\_\_