



## فرم ارجاع CalAIM برای پشتیبانی های اجتماعی

نام عضو: \_\_\_\_\_ شماره شناسایی CIN: \_\_\_\_\_

توجه داشته باشید: عضو باید از نظر Health CalOptima واجد شرایط باشد.  
مرحله 1: لطفاً اطلاعات مورد نیاز را در فرم وارد کنید و به مراحل 2 و 3 بروید. پاسخ به قسمتهای دارای ستاره\* الزامی است.

### اطلاعات ارجاع:

تاریخ ارجاع*:	ارجاع شده توسط*:
سازمان یا نسبت با عضو*:	
شناسه ارائه دهنده ملی (NPI) ارجاع دهنده (در صورت وجود):	
تلفن*:	فکس*:
	ایمیل*:

### اطلاعات عضو:

نام عضو*:	شماره شناسایی	CIN*:
تاریخ تولد عضو*:	پزشک مراقبتهای درمانی اصلی (PCP):	
تلفن:	ایمیل:	
زبان ترجیحی عضو*:	آیا عضو در حال حاضر در بیمارستان است؟	

مرحله 2: کادرهای مربوط به حمایت های اجتماعی که عضو مایل به دریافت آن است را علامت گذاری کنید. صفحات بعد اطلاعات بیشتری در مورد واجد شرایط بودن برای پشتیبانی های اجتماعی را ارائه می دهند. لطفاً قبل از ارسال، تمام قسمتهای لازم را تکمیل کنید.

مرحله 3: فرم ارجاع تکمیل شده و مدارک پشتیبانی را به CalOptima Health فکس یا پست کنید.

### اطلاعات تماس پشتیبانی شبکه درمانی CalOptima Health Community Supports Health Network

آدرس پستی	ارائه ارجاع	شماره تلفن خدمات مشتریان (برای اعضا)	شبکه درمانی
CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856	فکس: 1-714-338-3145	1-888-587-8088	CalOptima Health Direct و شبکه های بهداشت

**خدمات مسکن**

<p><b>1 مورد که شامل شما می شود را انتخاب کنید:</b></p> <p><input type="checkbox"/> عضو بی خانمان است</p> <p><b>یا</b></p> <p><input type="checkbox"/> عضو در خطر بی خانمانی یا مواجه با موانع قابل توجه برای مسکن است</p> <p><b>یا</b></p> <p><input type="checkbox"/> عضو برای مسکن حمایتی دائمی یا یارانه اجاره از طریق سیستم ورود هماهنگ اورنج کانتی (Orange County Coordinated Entry System) در اولویت است.</p>	<p><b>خدمات یافتن و انتقال به مسکن</b></p> <p>به اعضا در تهیه مسکن و آماده سازی برای نقل مکان کمک می کند.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>همه مواردی که شامل شما می شود را انتخاب کنید:</b></p> <p><input type="checkbox"/> عضو بی خانمان است یا در خطر بی خانمانی است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در حال دریافت خدمات یافتن و انتقال مسکن است</p> <p>نام ارائه دهنده خدمات یافتن و انتقال مسکن را وارد کنید: _____</p> <p>(اسناد تکمیلی از این ارائه دهنده درخواست خواهد شد.)</p> <p><input type="checkbox"/> عضو برای مسکن حمایتی دائمی یا یارانه اجاره از طریق سیستم ورود هماهنگ اورنج کانتی (Orange County Coordinated Entry System) در اولویت است.</p> <p>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/></p>	<p><b>پیش پرداخت مسکن</b></p> <p>هزینه ها و خدمات نقل مکان را برای یک خانوار اصلی، به استثنای هزینه کرایه و غذا، شناسایی، هماهنگ و تأمین می کند. اعضا باید خدمات انتقال و یافتن مسکن را دریافت کنند.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>همه مواردی که شامل شما می شود را انتخاب کنید:</b></p> <p><input type="checkbox"/> عضو بی خانمان است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو خدمات اجاره یا انتقال به مسکن را دریافت کرده است</p> <p>نام ارائه دهنده خدمات یافتن و انتقال مسکن را وارد کنید: _____</p> <p>(اسناد تکمیلی از این ارائه دهنده درخواست خواهد شد.)</p> <p><input type="checkbox"/> عضو برای مسکن حمایتی دائمی یا یارانه اجاره از طریق سیستم ورود هماهنگ اورنج کانتی (Orange County Coordinated Entry System) در اولویت است.</p> <p>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/></p>	<p><b>خدمات اجاره مسکن و حفظ آن</b></p> <p>آموزش، تعلیم و پشتیبانی را برای حفظ یک محل اسکان امن و پایدار پس از اجاره مسکن ارائه می دهد.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>1 مورد که شامل شما می شود را انتخاب کنید:</b></p> <p><input type="checkbox"/> عضو بی خانمان است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در خطر بی خانمانی یا نهادینه شدن است</p> <p><input type="checkbox"/> در 24 ماه گذشته از بی خانمانی در آمده و وارد مسکن شده</p>	<p><b>توانبخشی روزانه:</b></p> <p>به اعضا کمک می کند تا مهارت های خودیاری، اجتماعی شدن و مهارت های انطباقی مورد نیاز برای ماندن در محیط طبیعی خود را داشته باشند.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

خدمات ارائه شده برای پذیرش پس از مراقبت های حاد یا پذیرش در مرکز پرستاری

<p><b>1 مورد که شامل شما می شود را انتخاب کنید:</b></p> <p><input type="checkbox"/> عضو بی خانمان است یا در خطر بی خانمانی است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در معرض خطر بستری شدن در بیمارستان است یا در مرحله پس از مرخصی در بیمارستان است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو به تنهایی و بدون حمایت رسمی زندگی می کند</p> <p><u>لطفاً فرم ارجاع مراقبت های بهبودی یا STPHH را پیوست کنید</u></p>	<p><b>مراقبت های بهبودی</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>برای افرادی که دیگر نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند، اما همچنان نیاز به بهبودی از آسیب، بیماری یا مشکلات سلامت روان دارند، مراقبت های اقامتی کوتاه مدت ارائه می دهد.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>همه مواردی که شامل شما می شود را انتخاب کنید:</b></p> <p><input type="checkbox"/> عضو بی خانمان است یا در خطر بی خانمانی است</p> <p><b>و</b></p> <p><input type="checkbox"/> به اعضای که نیازهای بهداشتی پزشکی یا رفتاری بالایی دارند با مسکن کوتاه مدت پس از ترک بیمارستان، مرکز بهبودی، مراقبت های بازپایی یا سایر مراکز کمک می کند.</p> <p><u>لطفاً فرم ارجاع مراقبت های بهبودی یا STPHH را پیوست کنید</u></p>	<p><b>مسکن کوتاه مدت پس از ترخیص از بیمارستان (STPHH) - Short-Term Post-Hospitalization Housing</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>به اعضای که نیازهای بهداشتی پزشکی یا رفتاری بالایی دارند با مسکن کوتاه مدت پس از ترک بیمارستان، مرکز بهبودی، مراقبت های بازپایی یا سایر مراکز کمک می کند.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>معیارهای واجد شرایط بودن زیر را بررسی کنید:</b></p> <p>1. در حال حاضر خدمات سطح مراقبت از مرکز پرستاری ضروری (LOC)، level of care را دریافت می کند و به جای ماندن در مرکز پرستاری یا مراکز نجات پزشکی، انتقال به خانه را انتخاب می کند و به دریافت خدمات LOC مرکز پرستاری ضروری پزشکی ادامه می دهد، و</p> <p>2. بیش از 60 روز در خانه سالمندان یا مرکز نجات پزشکی زندگی کرده است، و</p> <p>3. علاقه مند به بازگشت به جامعه است، و</p> <p>4. قادر به اقامت ایمن در جامعه با پشتیبانی و خدمات مناسب و مقرون به صرفه است</p> <p><b>عضو تمام معیارهای این بخش برای واجد شرایط شدن را دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></b></p> <p><b>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/></b></p>	<p><b>خدمات انتقال جامعه</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>انتقال از مرکز پرستاری به خانه را فراهم می کند.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>معیارهای واجد شرایط بودن زیر را بررسی کنید:</b></p> <p>1. بیش از 60 روز در یک مرکز پرستاری اقامت داشته است، و</p> <p>2. مایل به زندگی در یک تسهیلات زندگی کمکی به عنوان جایگزینی برای یک مرکز پرستاری، و</p> <p>3. قادر به اقامت ایمن در یک مرکز زندگی کمکی با پشتیبانی و خدمات مناسب و مقرون به صرفه است</p> <p><b>عضو تمام معیارهای این بخش برای واجد شرایط شدن را دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></b></p> <p><b>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/></b></p>	<p><b>A. انتقال از تسهیلات پرستاری به تسهیلات زندگی کمکی</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>اعضای را از یک مرکز پرستاری به یک مرکز مراقبت های اقامتی برای سالمندان یا مراکز اقامتی بزرگسالان منتقل می کند.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

**خدمات ارائه شده در خانه**

<p><b>معیارهای واجد شرایط بودن زیر را بررسی کنید:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> علاقه مند به ماندن در جامعه؛ و</li> <li><input type="checkbox"/> مایل و قادر به اقامت ایمن در یک مرکز زندگی کمکی با پشتیبانی و خدمات مناسب و مقرون به صرفه، و</li> <li><input type="checkbox"/> باید در حال حاضر خدمات LOC مرکز پرستاری ضروری را دریافت کرده باشد یا حداقل معیارها را برای دریافت این خدمات در یک مرکز زندگی کمکی داشته باشد.</li> </ul> <p><b>عضو تمام معیارهای این بخش برای واجد شرایط شدن را دارد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></b></p> <p>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>B. تغییر مسیر از تسهیلات پرستاری به تسهیلات زندگی کمکی</b></p> <p>اعضایی را که بدون این حمایت نیاز به اقامت در یک مرکز پرستاری دارند را در عوض به یک مراقبت اقامتی منتقل می کنند. تسهیلات برای سالمندان یا تسهیلات اقامتی بزرگسالان.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>همه مواردی که شامل شما می شود را انتخاب کنید:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> عضو در معرض خطر بستری شدن در بیمارستان یا بستری شدن در یک مرکز پرستاری است</li> <li><input type="checkbox"/> دارای ناتوانیهای عملکردی است و سیستم حمایتی مناسب ندارد</li> </ul> <p><b>و</b></p> <p><b>1 مورد که شامل شما می شود را انتخاب کنید:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> عضو برای خدمات پشتیبانی در خانه (In-Home Supportive Services، IHSS) تأیید شده است و درخواستی برای افزایش ساعت ارائه کرده است که هنوز معلق است</li> <li><input type="checkbox"/> عضو برای IHSS درخواست داده است و منتظر تکمیل ارزیابی است</li> </ul> <p>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>مراقبت‌های شخصی و خدمات خانه داری</b></p> <p>عضو برای انجام امور روزمره (ADLs, activities of daily living) مراقبت‌های شخصی و خانه داری کمک میکند</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>به تمام بخش های زیر پاسخ دهید:</b></p> <p>خدمات استراحت در خانه به عضو در خانه خود یا مکان دیگری که به عنوان خانه استفاده می شود ارائه می شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> عضو وابسته به یک مراقب واجد شرایط است که و بدون آن مراقب، عضو باید در یک مرکز پرستاری بستری شود</li> </ul> <p>عضو تاریخ ها و زمان های خاصی برای نیاز به یک مراقب در زمان مهلت استراحت دارد:</p> <p>تاریخ: _____</p> <p>زمان: _____</p> <p>عضو خدمات دیگری دریافت می کند که یک مراقب برای او ارائه می دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)</li> <li><input type="checkbox"/> خدمات مینی بر جامعه بزرگسالان (CBAS)</li> <li><input type="checkbox"/> مرکز منطقه ای</li> <li><input type="checkbox"/> مراقب خصوصی</li> <li><input type="checkbox"/> در این زمینه صدق نمی کند</li> </ul> <p>آیا عضو به خدمات مراقبت فوری نیاز دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>خدمات استراحت</b></p> <p>به مراقبین اعضایی که نیاز به نظارت موقت متناوب دارند، امکان استراحت موقت ارائه می دهد. این خدمات متمایز از مهلت پزشکی یا مراقبت های بازبازی است و فقط برای مراقب امکان استراحت را فراهم می کند.</p> <p>محدودیت 336 ساعت در سال است.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

خدمات ارائه شده در خانه

وعده های غذایی متناسب با پزشکی و/یا تغذیه درمانی پزشکی پس از ترخیص از بیمارستان، آسایشگاه یا در صورت لزوم، وعده های غذایی متناسب با پزشکی را در خانه به اعضا ارائه می دهد. (به عضو پس از ترخیص از بیمارستان یا مراکز پرستاری غذاهای ویژه پزشکی ارائه میکند.)

همه مواردی که شامل شما می شود را انتخاب کنید:

عضو در حال حاضر در بیمارستان یا مرکز پرستاری است و وعده های غذایی متناسب با پزشکی بخشی از طرح ترخیص است. (این ملزم به یک درخواست سریع است.)

**عضو باید 1 مورد از شرایط پزشکی زیر را داشته باشد:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> آلرژی غذایی جدی ثبت شده (مانند بیماری سلیاک، بادام زمینی و غیره) | <input type="checkbox"/> آرتروز   |
| <input type="checkbox"/> مرحله نهایی بیماری کبد   | <input type="checkbox"/> بیماری خود ایمنی                                 |
| <input type="checkbox"/> کلسترول بالا   | <input type="checkbox"/> سرطان  |
| <input type="checkbox"/> شرایط بارداری پرخطر  | <input type="checkbox"/> اختلالات قلبی عروقی                              |
| <input type="checkbox"/> فشار خون بالا  | <input type="checkbox"/> نارسایی احتقانی قلب (CHF)                        |
| <input type="checkbox"/> بیماری التهابی روده  | <input type="checkbox"/> اختلالات سلامت روانی/رفتاری مزمن یا ناتوان کننده |
| <input type="checkbox"/> اختلال عصبی شناختی عمده  | <input type="checkbox"/> بیماری مزمن کلیه (CKD)                           |
| <input type="checkbox"/> چاقی مفرط  | <input type="checkbox"/> اختلالات مزمن ریوی                               |
| <input type="checkbox"/> آرتريت پورین (نقرس)  | <input type="checkbox"/> بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)                   |
| <input type="checkbox"/> سگته مغزی  | <input type="checkbox"/> پیش دیابت، دیابت یا دیابت بارداری                |
| <input type="checkbox"/> غیره (لطفا توضیح دهید):  | <input type="checkbox"/> مشکل در جویدن غذا (مثلاً فک سیمی)                |

یا

**عضو باید 1 مورد از معیارهای زیر را برای استفاده داشته باشد:**

- عضو اخیراً از بیمارستان یا مرکز پرستاری ماهر مرخص شده است
- عضو در معرض خطر بالای بستری شدن در بیمارستان یا استقرار در مرکز پرستاری است
- عضو نیازهای هماهنگی مراقبت گسترده دارد
- اگر بله، توضیح دهید:

عضو رژیم غذایی خاصی دارد؟ بله  خیر

اگر بله، توضیح دهید:

عضو در حال دریافت سایر خدمات تحویل غذا از برنامه های بودجه محلی، ایالتی یا فدرال است

عضو یخچال دارد؟ بله  خیر

آیا راهی برای گرم کردن مجدد غذاها وجود دارد؟ بله  خیر

خدمات ارائه شده در خانه

<p>درخواست برای یک سیستم واکنش اضطراری شخصی ( Personal Emergency Response System, PERS) ؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>همه مواردی که شامل شما می شود را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در معرض خطر برای نهادینه شدن در یک مرکز پرستاری</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در مورد نیاز به اصلاح خانه با ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) صحبت کرده است.</p> <p><input type="checkbox"/> PCP نیاز پزشکی را برای این خدمات با مدارک تأیید کرده است و در صورت درخواست اسناد را ارائه خواهد کرد</p> <p>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> سازگاری های دسترسی محیطی</p> <p>سازگاری های فیزیکی را برای یک خانه فراهم می کند که برای اطمینان از سلامت، رفاه و ایمنی اعضا ضروری است یا اعضا را قادر می سازد در خانه خود بمانند.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>همه مواردی که شامل شما می شود را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در 12 ماه گذشته به بخش اورژانس مراجعه کرده یا در بیمارستان بستری شده است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در 12 ماه گذشته 2 ویزیت برلی بیماری یا مراجعه به مرکز مراقبت فوری داشته است</p> <p><input type="checkbox"/> عضو در آزمون کنترل آسم نمره 19 یا کمتر دارد</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> PCP نیاز پزشکی را برای این خدمات با مدارک تأیید کرده است و در صورت درخواست اسناد را ارائه خواهد کرد</p> <p>آیا قبلاً این خدمات را دریافت کرده اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> درمان آسم</p> <p>اطلاعاتی را در مورد اقداماتی که در اطراف خانه انجام می شود برای کاهش قرار گرفتن در معرض محیطی که می تواند باعث ایجاد علائم آسم شود را برای اعضا فراهم می کند و تجهیزات مورد نیاز را فراهم می کند.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>