ECM 의뢰 양식 — 성인

섹션 1~6을 작성해 주십시오. 필수 섹션을 완료할 수 없는 경우 CalOptima Health 고객 서비스 무료 전화 1-800-587-8088 (TTY 711)번으로 문의하여 제출하기 전에 추가 지원을 받으십시오. CalOptima Health는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 도와드립니다. 통화는 무료입니다. 온라인 *www.caloptima.org* 을 방문하십시오. 이 ECM (향상된 치료 관리, Enhanced Care Management) 의뢰서 및 기타 플랜 자료를 다른 언어로 무료로 받으실 수 있습니다. CalOptima Health은 자격을 갖춘 번역가의 서면 번역을 제공합니다. 번호 1-888-587-8088 (TTY 711)로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

1. 회원 정보	***별표(*)는 필수 정보를 나타냅니다.***
의뢰 날짜*	
의뢰 유형*	☐ 일반 ☐ 신속
회원의 관리된 의료 플랜*	
회원 이름*	
회원 성*	
회원 Medi-Cal 번호(Client Index Number, CIN)	
관리된 의료 플랜 회원 ID 번호	
회원 생년월일(월/일/년)*	
회원 기본 전화번호*	
회원이 선호하는 언어	
회원 주치의 이름	
회원 거주지 주소	☐ 현재 고정된 주소가 없는 경우 이곳에 표시해 주십시오. 가능한 경우, 회원이 자주 방문하는 장소를 기재해 주십시오.
회원 거주 도시	

회원 거주지 우편(ZIP) 코드	
회원 이메일	

1. 회원 정보 (계속)	***별표(*)는 필수 정보를 나타냅니다.***
회원/간병인의 가장 좋은 연락 방법 (해당되는 경우)	☐ 전화 ☐ 이메일
회원/간병인의 가장 좋은 연락 시간	
부모/보호자/간병인 이름 (해당되는 경우)	
부모/보호자/간병인 전화번호 (해당되는 경우)	
부모/보호자/간병인 이메일 (해당되는 경우)	

2. 의뢰 자원 정보	
의뢰 기관 이름*	
의뢰 기관 국가 제공자 식별 번호 (National Provider Identifier, NPI)	
의뢰인의 이름*	
의뢰인의 직함	
의뢰인의 전화번호*	
의뢰인의 이메일 주소*	
의뢰인과 회원의 관계*	☐ 의료 제공자 ☐ 사회 복지 서비스 제공자 ☐ 기타: **섹션 5 에 추가 세부 정보를 제공해 주십시오 — 추가 의견**

지역사회 파트너 **(비-ECM 제공자만 해당)**	**회원이 선호하는 ECM 제공자가 있습니까?** 다음 중 하나를 선택하십시오: ☐ 예, 회원이 선호하는 ECM 제공자가 있습니다 선호하는 ECM 치료 담당자 _____ 선호하는 ECM 제공자 기관 _____

2. 의뢰 자원 정보 (계속)	
	☐ 아니요, 회원이 선호하는 ECM 제공자는 없습니다
ECM 제공자만 해당	**의뢰 기관에서는 회원의 ECP 제공자로 지정되는 것을 권장합니까?** 다음 중 하나를 선택하십시오: ☐ 예, 저희 기관이 회원의 ECM 제공자가 되어야 합니다 ☐ 아니요. 저희 기관은 본 회원의 필요에 따라 다른 ECM 제공자에게 배정할 것을 권장합니다 **섹션 5 에 추가 세부 정보를 제공해 주십시오 — 추가 의견.** ☐ 아니요, 본 회원은 선호하는 대체 ECM 제공자를 원합니다 선호하는 ECM 치료 관리자 _____ 선호하는 EMC 제공자 기관 _____

3. 집중 인구별 회원 ECM 자격

성인(21세 또는 이상) ECM 자격 - 해당되는 모든 사항을 선택하십시오

의뢰되는 회원이 성인인 경우, 각 지표를 검토하고 각 집중 인구 (Population of Focus, POF)에 적용되는 모든 항목에 '예'를 표시하십시오. ***알고 있는 범위 내에서 해당되지 않는 모든 지표는 비워두십시오.*** *섹션 5 — 추가 의견(Additional Comments)'란을 사용하여 CalOptima Health의 추가 검토가 필요할 수 있는 사항을 기재해 주십시오. ECM 집중 인구 (POF) 정의에 대한 추가 지침은 ECM 정책 지침 을 참조하십시오.*

회원이 ECM 자격이 있는지 확실하지 않은 경우, CalOptima Health 고객 서비스 무료번호 **1-800-587-8088** (TTY **711**)번으로 문의하십시오. CalOptima Health는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 도와드립니다. 통화는 무료입니다. 온라인 *www.caloptima.org*을 방문하십시오.

☐ **노숙자: 노숙 생활을 겪고 있는 성인**

(참고: 노숙자 가족을 ECM에 소개하려면 아동/청소년 섹션을 이용하십시오)

회원이 다음 두가지 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

☐ 성인 회원(부양 자녀/청소년이 함께 거주하고 있는지 여부와 관계없이)으로서 다음 중 하나 이상의 조건에 해당하는 경우 노숙 상태로 간주됩니다: 고정적이고 정기적이며 적절한 야간 거처가 없는 경우; 주요 거주지가 자동차, 공원, 버려진 건물, 버스 또는 기차역, 공항, 캠핑장 등 인간의 일반적인 수면 공간으로 설계되거나 사용되지 않는 공공 또는 민간 장소인 경우; 저소득 개인을 위한 연방, 주 또는 지방정부 프로그램 또는 자선단체에서 비용을 부담하는 호텔 및 모텔, 집단 보호소, 과도기적 주거 등을 포함하여 임시 거주를 제공하도록 설계된 공공 또는 민간 운영 보호 시설에서 생활하는 경우; 기관에서 퇴소하여 노숙 상태가 되는 경우(기관 내 체류 기간과 무관); 향후 30일 내에 주거를 상실할 예정인 경우; 가정 폭력, 데이트 폭력, 성폭력, 스토킹 및 그와 관련된 위험하고 외상적이거나 생명을 위협하는 상황을 피해 도피 중인 경우;

그리고

☐ 회원은 최소 한가지 이상의 복잡한 신체적, 행동적 또는 발달적 필요가 있고 정상적인 자기 관리가 불가능하고 서비스 조정을 통해 건강 결과가 개선되거나 고비용 서비스 이용률을 감소할 가능성이 있읍니다(임신 또는 출산 후 12개월까지 포함).

또는

☐ 전환 임대(Transitional Rent)를 승인받은 회원

☐ **피할 수 있는 병원 또는 응급실 이용의 위험에 처함: 피할 수 있는 병원 또는 응급실 이용 위험에 처한 성인**

회원이 다음 두가지 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

☐ 적절한 외래 진료 또는 치료 순응도 향상을 통해 예방할 수 있었던 응급실(emergency department, ED) 방문이 6개월 동안 다섯 번 이상인 경우;

및/또는

☐ 적절한 외래 진료 또는 치료 순응도 향상을 통해 예방할 수 있었던 계획되지 않은 병원 입원 및/또는 단기 전문 간호시설 이용이 6개월 동안 세 번 이상인 경우.

☐ **심각한 정신 건강/약물 사용: 심각한 정신 건강 및/또는 약물 사용 장애(Substance Use Disorder, SUD)에 대한 필요가 있는 성인**

3. 인구 집단별 회원 ECM 자격 (계속)

회원이 다음 기준을 <u>모두</u> 충족하는지 확인하십시오:

☐ 다음에 참여하거나 또는 서비스를 이용하기 위한 자격 기준을 충족하는 경우:

☐ MHP(정신 건강 제공자, Mental Health Practitioner)가 제공하는 전문 정신 건강 서비스(Specialty Mental Health Services, SMHS);

☐ 약물 Medi-Cal 조직 전달 시스템(Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS) **또는**

☐ 약물 Medi-Cal(Drug Medi-Cal, DMC) 프로그램;

그리고

☐ 건강에 영향을 미치는 적어도 하나의 복잡한 사회적 요인을 1개 이상 경험한 경우 (예로 식량 부족, 안정적인 주택, 직장 또는 지역 사회에 참여할 수 없음, 높은 수준(4개 이상)의 불리 아동기 경험(Adverse Childhood Events, ACE), 이전 위탁 청소년, 정신 건강 및/또는 약물 사용 증상과 관련된 법 집행 기관과 접촉한 경험);

그리고

☐ 다음 기준 중 하나 이상을 충족합니다:

☐ 시설 입원, 약물 과용 및/또는 자살 위험이 높음;

☐ 위기 서비스, 응급실, 긴급 치료 또는 입원을 주요 의료 서비스로 사용;

☐ 지난 12개월 동안 심각한 정신 건강 또는 SUD로 인해 두 회 이상의 응급실 방문 또는 두 회 이상의 입원 경험 또는

☐관련된 사법: 지난 12개월 이내에 투옥에서 전환한 성인

회원이 다음 기준을 <u>모두</u> 충족하는지 확인하십시오:

☐ 회원은 교도 시설(예로 교도소, 구치소, 청소년 교정 시설)에서 전환 중이거나 지난 12개월 이내에 교정 시설에서 전환한 경우;

그리고

☐ 다음 조건 중 적어도 하나에 해당함: 정신 질환, 물질 사용 장애(SUD), 만성 질환 또는 중대한 비만성 임상 질환, 지적 또는 발달 장애(intellectual or developmental disability, I/DD), 외상성 뇌손상(traumatic brain injury, TBI), 에이즈(HIV/AIDS), 임신 또는 출산 후 상태.

☐ **장기 요양(Long-Term Care, LTC) 시설: LTC 시설에 수용될 위험이 있는 지역사회에 거주하는 성인**

회원이 다음 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

☐ 지역사회에 거주하면서 전문 요양 시설(skilled nursing facility, SNF)의 돌봄 수준(Level of Care) 기준을 충족하거나, 또는 급성 질환이나 부상의 예방, 진단, 치료를 위해 기간 제한적이거나 간헐적인 의료 및 간호 서비스, 지원 및/또는 장비와 같은 비교적 낮은 강도의 전문 간호가 필요한 경우;

그리고

☐ 건강에 영향을 미치는 복합적인 사회적 또는 환경적 요인을 최소 한 가지 이상 현재 겪고 있는 경우(예: 일상생활활동에 대한 도움 필요, 의사소통의 어려움, 식품 접근성 부족, 안정적 주거 접근성 부족, 독거 상태, 후견인 또는 의사결정 지원 필요, 안전 관찰의 부족으로 나타날 수 있는 부적절하거나 불충분한 돌봄 등 포함하되 이에 국한되지 않음);

그리고

☐ 포괄적 지원을 통해 지역 사회에서 지속적으로 거주 가능.

☐ **지역 사회로 전환하는 요양 시설 거주자: 지역 사회로 전환하는 성인 요양 시설 거주자**

회원이 다음 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

☐ 해당 기관에서 퇴사하는 데 관심이 있는 요양 시설 거주자임;

그리고

3. 인구 집단별 회원 ECM 자격(계속)

☐ 해당 기관에서 성공적으로 퇴사할 가능성이 있는 후보자임;

그리고

☐ 지역사회에서 지속적으로 거주 가능.

☐ **출산 형평성(Birth Equity): 불리한 주산기 결과의 위험에 처한 임신 및 산후 개인**

회원이 다음 기준을 <u>모두</u> 충족하는지 확인하십시오:

☐ 임신 중이거나 산후(12개월까지)인 경우;

그리고

☐ 캘리포니아 공중 보건 정보 정의의 산모의 질병률 및 사망률에 대한 인종 및 민족 차이가 적용됨.

4. 기타 프로그램 및 서비스 가입 (선택 사항)

Medi-Cal를 통해 회원이 받고 있는 기타 프로그램 및 서비스를 표시하려면 아래 **선택 사항** 표를 사용하십시오. 일부 Medi-Cal 서비스에는 ECM과의 조정이 필요할 수 있습니다. 다른 Medi-Cal 서비스는 ECM과 유사한 지원을 제공할 수 있으므로 회원은 ECM 및 이와 유사한 서비스를 동시에 받는 것이 제외될 수 있습니다. CalOptima Health는 아래 제공된 정보를 검토한 후, 회원의 ECM 적격 여부를 결정할 것입니다. ECM 적격 여부를 결정하는 책임은 의뢰하는 개인이 아닌 CalOptima Health에 있습니다.

회원이 다른 돌봄 관리 또는 조정 프로그램(예: 전문 정신건강서비스 내 표적 사례관리, California Children's Services 등)에 가입되어 있어 ECM과의 조정이 필요할 수 있다고 의뢰자가 알고 있는 경우, 관련 정보를 섹션 5 — 추가 의견에 기재해 주시기 바랍니다. **알고 있는 범위 내에서 해당되지 않는 모든 요소는 비워두십시오.**

프로그램	
☐ 이중 자격 특별 필요 플랜(dual eligible special needs plan, D-SNP)	☐ 호스피스
☐ 완전히 통합된 특수 요구 계획 (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ 노인 종합 관리 프로그램 (Program of AllInclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ 다목적 노인 서비스 프로그램 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ I/DD가 있는 개인을 위한 자기결정 프로그램 (Self-Determination Program)
☐ 생활 보조 면제(Assisted Living Waiver, ALW)	☐ 캘리포니아 지역사회 전환(California Community Transitions, CCT)
☐ 가정 및 지역사회 기반 대안(Home and Community-Based Alternatives, HCBA) 면제	☐ HIV/AIDS (에이즈) 면제

5. 추가 의견:	
필요에 따라 이 섹션을 사용하여 섹션 1~4에 대한 추가 의견을 제공하십시오.	

6. 제출 정보 및 다음 단계
이 양식을 제출함으로써 의뢰인은 양식에 있는 정보가 정확하다는 것을 알고 있는 바 최선이라는 것을 증명합니다. 작성된 ECM 의뢰 양식을 CalAIM Referral@caloptima.org 로 이메일을 보내거나 번호 1-714-338-3145 로 팩스를 보내 CalOptima Health에 제출하십시오. 신청서가 제출되면 CalOptima Health는 일반 의뢰의 경우 7일 이내에, 신속 의뢰의 경우 72시간 이내에 ECM 승인 여부를 결정합니다. 회원에게 자격이 있는 경우 ECM 제공자는 회원에게 연락하여 ECM에 대한 관심을 확인하고 서비스에 가입합니다.

ECM 의뢰 양식 — 아동/청소년

섹션 1~6을 작성해 주십시오. 필수 섹션을 완료할 수 없는 경우 CalOptima Health 고객 서비스 무료 전화 1-800-587-8088 (TTY 711)번으로 문의하여 제출하기 전에 추가 지원을 받으십시오. CalOptima Health는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 도와드립니다. 통화는 무료입니다. 온라인 *www.caloptima.org* 을 방문하십시오. 이 ECM(향상된 진료 관리, Enhanced Care Management) 의뢰서 및 기타 플랜 자료를 다른 언어로 무료로 받으실 수 있습니다. CalOptima Health은 자격을 갖춘 번역가의 서면 번역을 제공합니다. 번호 1-888-587-8088 (TTY 711)로 전화. 통화는 무료입니다.

1. 회원 정보	***별표(*)는 필수 정보를 나타냅니다.***
의뢰 날짜*	
의뢰 유형*	☐ 일반 ☐ 신속
회원의 관리된 의료 플랜*	
회원 이름*	
회원 성*	
회원 Medi-Cal 고객 인덱스 번호(Client Index Number, CIN)	
관리된 의료 플랜 회원 ID 번호	
회원 생년월일(월/일/년)*	
회원 기본 전화번호*	
회원이 선호하는 언어	
회원 주치의 이름	
회원 거주지 주소	☐ 현재 고정된 주소가 없는 경우 이곳에 표시해 주십시오. 가능한 경우, 회원이 자주 방문하는 장소를 기재해 주십시오.
회원 거주 도시	
회원 거주지 우편번호	

회원 이메일	
회원/보호자 (전화 또는 이메일)의 최적 연락 방법	☐ 전화 ☐ 이메일
회원/간병인의 최적의 연락 시간	
부모/보호자/간병인 이름 (해당되는 경우)	
부모/보호자/보호자 전화번호 (해당되는 경우)	
부모/보호자/간병인 이메일 (해당되는 경우)	

2. 의뢰 자원 정보	
의뢰 기관 이름*	
의뢰 기관 국가 제공자 식별자(National Provider Identifier, NPI)	
의뢰인의 이름*	
의뢰인의 직함	
의뢰인의 전화번호*	
의뢰인의 이메일 주소*	
의뢰인의 이메일 주소*	☐ 의료 제공자 ☐ 사회 복지 서비스 제공자 ☐ 기타: **섹션 5 에 추가 세부 정보를 제공해 주십시오 — 추가 의견**
지역사회 파트너 (비-ECM(향상된 진료 관리, Enhanced Care Management) 제공자만 해당)	**회원이 선호하는 ECM 제공자가 있습니까?** 다음 중 하나를 선택하십시오: ☐ 예, 이 회원에게는 선호하는 ECM 제공자가 있습니다 선호하는 ECM 치료 관리자 _____ 선호하는 ECM 제공자 기관 _____ ☐ 아니요, 본 회원에게는 선호하는 ECM 제공자가 없습니다

ECM 제공자만 해당	**의뢰 기관에서는 회원의 ECP 제공자로 지정되는 것을 권장합니까?** 다음 중 하나를 선택하십시오: ☐ 예, 저희 기관이 회원의 ECM 제공자가 되어야 합니다 ☐ 아니요. 저희 기관은 본 회원의 필요에 따라 다른 ECM 제공자에게 배정할 것을 권장합니다 **섹션 5 에 추가 세부 정보를 제공해 주십시오 — 추가 의견.** ☐ 아니요, 본 회원은 선호하는 대체 ECM 제공자를 원합니다 선호하는 ECM 치료 관리자 _____ 선호하는 ECM 제공자 기관 _____

3. 인구 집단별 회원 ECM 자격

아동/청소년(21세 미만) ECM 자격 또는 노숙자 가족 – 해당되는 모든 사항을 선택하십시오

의뢰되는 대상이 아동, 청소년 또는 가족(노숙 상태)에 해당하는 경우, CalOptima Health가 해당 개인이 ECM 자격 요건을 충족하는지 여부를 판단하고 아동/청소년/가족의 필요를 가능한 한 충분히 이해할 수 있도록, 각 지표를 검토한 후 아동/청소년 중점 인구(Populations of Focus) 정의에 따라 해당되는 모든 항목에 표시해 주시기 바랍니다. 알고 있는 범위 내에서 해당되지 않는 모든 지표는 비워두십시오.

노숙 생활을 겪고 있는 아동/청소년을 의뢰하고 그들의 가족이나 보호자도 노숙 생활을 겪고 있으며 Medi-Cal 관리형 치료를 통해 보장을 받고 있는 경우, 모든 가족 구성원/보호자에게 ECM 서비스에 의뢰하는 것을 고려해 보십시오. 노숙 상태로 의뢰된 경우, 관리형 의료 플랜(Managed Care Plans)은 ECM 제공자와 협력하여 가족 단위를 함께 지원하도록 권장됩니다.

회원이 ECM 자격이 있는지 확실하지 않은 경우 CalOptima Health 고객 서비스 무료번호 **1-800-587-8088** (TTY **711**)번으로 문의하십시오. CalOptima Health는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 도와드립니다. 통화는 무료입니다. 온라인 *www.caloptima.org*을 방문하십시오.

☐ **노숙 상태: 노숙 상태를 겪고 있는 가족 또는 보호자 없는 아동/청소년**

회원이 다음 최소 한가지 기준을 충족하는지 확인하십시오:

☐ 21세 미만 회원이 포함된 아동/청소년 또는 가족이 다음 중 하나 이상의 조건에 해당하는 경우 노숙 상태로 간주됩니다: 고정적이고 정기적이며 적절한 야간 거처가 없는 경우; 주요 거주지가 자동차, 공원, 버려진 건물, 버스 또는 기차역, 공항, 캠핑장 등 인간의 일반적인 수면 공간으로 설계되거나 사용되지 않는 공공 또는 민간 장소인 경우; 저소득 개인을 위한 연방, 주 또는 지방정부 프로그램 또는 자선단체에서 비용을 부담하는 호텔 및 모텔, 집단 보호소, 과도기적 주거 등을 포함하여 임시 거주를 제공하도록 설계된 공공 또는 민간 운영 보호 시설에서 생활하는 경우; 기관에서 퇴소하여 노숙 상태가 되는 경우(기관 내 체류 기간과 무관); 향후 30일 내에 주거를 상실할 예정인 경우; 가정 폭력, 데이트 폭력, 성폭력, 스토킹 및 그와 관련된 위험하고 외상적이거나 생명을 위협하는 상황을 피해 도피 중인 경우;

또는

☐ 아동/청소년 또는 가족이 주택 손실, 경제적 어려움 또는 유사한 사유로 인해 다른 사람과 주택을 공유하고 있는 경우(예: 카우치 서핑); 또는 적절한 대체 숙박 시설이 부족하여 모텔, 호텔, 트레일러 파크 또는 캠핑장에 거주; 긴급 또는 임시 보호소에 거주; 또는 병원에 버려짐(퇴원할 안전한 장소가 없어 병원에 머무르고 있는 경우);

또는

☐ 전환 임대(Transitional Rent)를 승인받은 회원

☐ 피할 수 있는 병원 또는 응급실 이용의 위험에 처함: 예방 가능한 병원 또는 응급실 이용 위험이 있는 아동 및 청소년

회원이 다음 기준 중 하나 이상을 충족하는지 확인하십시오:

☐ 아동/청소년이 12개월 동안 적절한 외래 진료 또는 치료 순응도 향상을 통해 예방할 수 있었던 응급실(emergency department, ED) 방문이 세 번 이상인 경우;

및/또는

☐ 아동/청소년이 12개월 동안 적절한 외래 진료 또는 치료 순응도 향상을 통해 예방할 수 있었던 계획되지 않은 병원 입원 및/또는 단기 전문 간호시설 이용이 두 번 이상 있었던 경우.

☐ 심각한 정신 건강 또는 약물 사용 장애 (SUBSTANCE USE DISORDER, SUD): 중증 정신건강 문제 및/또는 약물 사용 장애 (SUD) 필요가 있는 아동 및 청소년

아래의 항목 중 하나 이상에 대해 회원이 자격 기준을 충족하는지 여부, 그리고/또는 해당 서비스를 이용하고 있는지를 확인하십시오:

☐ MHP(정신 건강 제공자, Mental Health Practitioner)가 제공하는 전문 정신 건강 서비스(Specialty Mental Health Services, SMHS)

☐ Drug Medi-Cal Organization Delivery System (조직 전달 시스템, DMC-ODS) 또는 Drug Medi-Cal (DMC) 프로그램

☐ 관련된 사법: 청소년 교정 시설에서 전환하는 아동/청소년

회원이 다음 두가지 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

☐ 21세 미만의 아동/청소년 또는 18세에서 26세 사이의 전 위탁보호 청소년으로서, 청소년 교정시설이나 성인 교도소/구치소에서 지역사회로 전환 중이거나, 최근 12개월 이내에 청소년 교정시설 또는 성인 교도소/구치소에서 퇴소/전환한 경우.

☐ CCS 또는 CCS 전체 아동 모델: California Children's Services (캘리포니아 아동 서비스, CCS) 또는 CCS WCM(전체 아동 모델, Whole Child Model)에 가입 되었고 CCS 조건 이상의 추가 요구 사항이 있는 아동 및 청소년

회원이 다음 기준을 <u>모두</u> 충족하는지 확인하십시오:

☐ CCS **또는** CCS WCM 에 가입되어있는 경우;

그리고

☐ 건강에 영향을 미치는 복잡한 사회적 요인을 1개 이상 경험하고 있습니다. 예를 들면 (이에 국한되지는 않음) 식품에 대한 접근성 부족; 안정적인 주택에 대한 접근성 부족; 교통 이용의 어려움; 높은 수준(4개 이상)의 유소년기 역경 경험(Adverse Childhood Experiences, ACEs) 검사; 최근 법집행기관과의 접촉 이력; 또는 정신 건강, 전 위탁보호 청소년 및/또는 약물 사용 증상과 관련된 위기 개입 서비스 이용 등.

☐ 위탁 양육: 아동 복지에 참여하는 아동/청소년

회원이 다음 기준 중 하나 이상을 충족하는지 확인하십시오:

☐ 21세 미만이며 현재 캘리포니아에서 위탁 보호를 받고 있는 경우;

및/또는

☐ 21세 미만이고 이전에 지난 12개월 이내에 캘리포니아 또는 다른 주에서 위탁 보호를 받은 적이 있는 경우;

및/또는

☐ 26세 미만이고 캘리포니아 또는 다른 주에서 (18세 생일 또는 이후에 위탁 보호에 있었음) 위탁 보호에 있다가 제도에서 벗어난 경우;

및/또는

☐ 18세 미만이고 캘리포니아 입양 지원 프로그램(Adoption Assistance Program)에 대한 자격이 있거나/또는 참여 중인 경우;

및/또는

☐ 18세 미만이고 현재 캘리포니아의 가족 유지(Family Maintenance) 프로그램으로부터 서비스를 받고 있거나 지난 12개월 이내에 받은 적이 있는 경우.

☐ 출생 공평(BIRTH EQUITY): 불리한 주산기 결과 (Adverse Perinatal Outcomes)의 위험에 처한 임신 및 산후 개인

회원이 다음 기준을 모두 충족하는지 확인하십시오:

☐ 임신 중이거나 산후(12개월까지)인 경우;

그리고

☐ 캘리포니아 공중 보건 정보 정의의 산모의 질병률 및 사망률에 대한 인종 및 민족 차이가 적용됨.

4. 기타 프로그램 및 서비스 가입

Medi-Cal를 통해 회원이 받고 있는 기타 프로그램 및 서비스를 표시하려면 아래 **선택 사항** 표를 사용하십시오. 일부 Medi-Cal 서비스에는 ECM과의 조정이 필요할 수 있습니다. 다른 Medi-Cal 서비스는 ECM과 유사한 지원을 제공할 수 있으므로 회원은 ECM 및 이와 유사한 서비스를 동시에 받는 것이 제외될 수 있습니다. CalOptima Health는 아래 제공된 정보를 검토한 후, 회원의 ECM 적격 여부를 결정할 것입니다. ECM 적격 여부를 결정하는 책임은 의뢰하는 개인이 아닌 CalOptima Health에 있습니다.

회원이 ECM과의 조정이 필요할 수 있는 다른 돌봄 관리 또는 조정 프로그램(예: California Children's Services, 전문 정신건강서비스 내 표적 사례관리 등)에 가입되어 있는 경우, 그리고 의뢰자가 이러한 정보를 알고 있는 범위 내에서, 해당 내용을 섹션 5 — 추가 의견에 기재해 주시기 바랍니다. **알고 있는 범위 내에서 해당되지 않는 모든 요소는 비워두십시오.**

프로그램	
☐ 이중 자격 특별 필요 플랜(dual eligible special needs plan, D-SNP)	☐ 호스피스
☐ 완전히 통합된 특수 요구 계획 (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ 노인 종합 관리 프로그램 (Program of AllInclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ 다목적 노인 서비스 프로그램 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ I/DD가 있는 개인을 위한 자기결정 프로그램 (Self-Determination Program)
☐ 생활 보조 면제(Assisted Living Waiver, ALW)	☐ 캘리포니아 지역사회 전환(California Community Transitions, CCT)
☐ 가정 및 지역사회 기반 대안 (Home and Community-Based Alternatives, HCBA) 면제	☐ HIV/AIDS (에이즈) 면제

5. 추가 의견:	
필요에 따라 이 섹션을 사용하여 섹션 1~4에 대한 추가 의견을 제공하십시오.	

6. 제출 정보 및 후속 절차

이 양식을 제출함으로써 의뢰하는 개인은 양식에 있는 정보가 정확하다는 것을 알고 있는 바 최선이라는 것을 증명합니다.

작성된 ECM 추천 양식을 CalAIM Referral@caloptima.org 로 이메일을 보내거나 번호 1-714-338-3145 로 팩스를 보내 CalOptima Health에 제출하십시오. 신청서가 제출되면 CalOptima Health는 일반 의뢰의 경우 7일 이내에, 신속 의뢰의 경우 72시간 이내에 ECM 승인 여부를 결정합니다.
회원에게 자격이 있는 경우 ECM 제공자는 회원에게 연락하여 ECM에 대한 관심을 확인하고 서비스에 가입합니다.