ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ В ПРОГРАММУ ECM — ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Пожалуйста, заполните разделы 1–6. Если вы не можете заполнить какой-либо обязательный раздел, обратитесь за дополнительной поддержкой на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health по телефону 1-800-587-8088 (линия TTY: 711) до отправки формы. CalOptima Health работает с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5:30 p.m. Звонок бесплатный. Посетите веб-сайт по адресу: *www.caloptima.org*. Вы можете бесплатно получить эту форму направления в программу ECM и прочие материалы плана на других языках. CalOptima Health предоставляет письменные переводы, выполненные профессиональными переводчиками. Позвоните по номеру 1-888-587-8088 (линия TTY: 711). Звонок бесплатный.

1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ ***Поля, отмеченные звёздочкой (*), являются обязательными для заполнения.***	
Дата направления*	
Тип направления*	☐ Стандартное ☐ Ускоренное
Название плана управляемого медицинского обслуживания участника*	
Имя участника*	
Фамилия участника*	
Индексный номер клиента Medi-Cal (CIN)	
Идентификационный номер участника в плане управляемого медицинского обслуживания	
Дата рождения участника (ММ/ДД/ГГГГ)*	
Основной номер телефона участника*	
Предпочтительный язык общения участника	
Имя и фамилия лечащего врача (PCP) участника	

1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ (продолжение) *Поля, отмеченные звёздочкой (*), являются обязательными для заполнения.*	
Адрес проживания участника	☐ Пожалуйста, отметьте здесь, если у участника нет постоянного адреса проживания. При наличии, укажите места, где участник останавливается чаще всего.
Город проживания участника	
Почтовый индекс участника	
Адрес электронной почты участника	
Наиболее удобный способ связи с участником / ухаживающим лицом (если применимо)	☐ Телефон ☐ Электронная почта
Наиболее удобное время для связи с участником / ухаживающим лицом	
Имя и фамилия родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	
Номер телефона родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	
Адрес электронной почты родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	

2. ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВИТЕЛЕ	
Название направляющей организации*	
Национальный идентификатор поставщика услуг (NPI) направляющей организации	
Имя и фамилия лица, направившего участника*	
Должность направившего лица	

2. ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВИТЕЛЕ (продолжение)	
Номер телефона направившего лица*	
Электронная почта направившего лица*	
Кем направившее лицо приходится участнику*	☐ Поставщик медицинских услуг ☐ Поставщик социальных услуг ☐ Другое: **Дополнительную информацию, пожалуйста, укажите в разделе 5 — Дополнительные комментарии**
ТОЛЬКО ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НЕ ЯВЛЯЮЩИХСЯ ПОСТАВЩИКАМИ УСЛУГ ECM)	**Есть ли у участника предпочтительный поставщик услуг ECM?** Пожалуйста, выберите один из вариантов: ☐ Да, у участника есть предпочтительный поставщик услуг ECM Имя координатора по уходу у предпочтительного поставщика услуг ECM _____ Название организации предпочтительного поставщика услуг ECM _____ ☐ Нет, у участника нет предпочтительного поставщика услуг ECM

2. ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВИТЕЛЕ (продолжение)	
ТОЛЬКО ДЛЯ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ ECM	**Рекомендует ли направляющая организация назначить именно себя в качестве поставщика услуг ECM для данного участника?** Пожалуйста, выберите один из следующих вариантов: ☐ Да, наша организация должна выступать поставщиком услуг ECM для этого участника ☐ Нет, мы рекомендуем назначить другого поставщика услуг ECM, исходя из индивидуальных потребностей участника **Дополнительную информацию, пожалуйста, укажите в разделе 5 — Дополнительные комментарии.** ☐ Нет, участник предпочитает выбрать другого поставщика услуг ECM самостоятельно Имя координатора по уходу у предпочтительного поставщика услуг ECM _____ Название организации предпочтительного поставщика услуг ECM _____

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ (В ВОЗРАСТЕ 21 ГОДА И СТАРШЕ) — ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ПУНКТЫ

Если участник, которого направляют, является взрослым, пожалуйста, рассмотрите каждый показатель и отметьте «да» для всех пунктов, применимых к каждой из целевых групп (Population of Focus, POF). ***Пожалуйста, оставьте пустыми все пункты, которые, насколько вам известно, не применимы.*** *Для указания областей, требующих дальнейшей проверки со стороны CalOptima Health, используйте Раздел 5 — Дополнительные комментарии. Для получения дополнительной информации о критериях по POF в рамках программы ECM, пожалуйста, обратитесь к Руководству по политике ECM.*

Если вы не уверены, соответствует ли участник критериям ECM, обратитесь на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health по телефону **1-800-587-8088** (линия TTY: **711**). CalOptima Health работает с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5:30 p.m. Звонок бесплатный. Посетите веб-сайт по адресу: *www.caloptima.org*.

☐ **БЕЗДОМНОСТЬ: Взрослые, находящиеся в ситуации бездомности**

(Примечание: для направления бездомных семей в программу ECM, пожалуйста, используйте раздел «Дети/Молодёжь»)

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует следующим критериям:

☐ Взрослые участники (независимо от того, проживают ли с ними дети/молодёжь на их попечении), находящиеся в ситуации бездомности, которая определяется соответствием одному или нескольким из следующих условий: отсутствие постоянного, регулярного и пригодного для ночлега жилья; основным местом проживания является общественное или частное пространство, не предназначенное или обычно не используемое для регулярного ночного сна людей, включая автомобиль, парк, заброшенное здание, автобусную или железнодорожную станцию, аэропорт или кемпинг; проживание в контролируемом общественном или частном приюте, предназначенном для временного размещения (включая отели и мотели, оплачиваемые в рамках федеральных, региональных или местных программ для лиц с низким доходом либо благотворительными организациями, а также приюты общего типа и жилье переходного периода); выход из специализированного учреждения в ситуацию бездомности (независимо от продолжительности пребывания в учреждении); неизбежная потеря жилья в течение ближайших 30 дней; бегство от домашнего насилия, насилия в отношениях, сексуального насилия, преследования (сталкинга) и иных опасных, травматичных или угрожающих жизни обстоятельств, связанных с подобными формами насилия.

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

А ТАКЖЕ

☐ Участник имеет как минимум одну сложную потребность, связанную с физическим состоянием, поведением или особенностями развития, и не способен самостоятельно следить за свои состоянием, и для него координация услуг, вероятно, приведёт к улучшению показателей здоровья и/или снижению объёма использования дорогостоящих услуг (включая период беременности или послеродовой период — в течение 12 месяцев после родов).

ИЛИ

☐ Участники, которым одобрено участие в программе Transitional Rent (программа финансовой помощи для оплаты арендного жилья в переходный период).

☐ **ПРЕДОТВРАТИМЫЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ИЛИ ОБРАЩЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ: Взрослые с риском предотвратимых госпитализаций или обращений в отделение ED**

Подтвердите, что участник соответствует хотя бы одному из следующих критериев:

☐ Пять или более обращений в отделение экстренной помощи (ED) за шестимесячный период, которых можно было бы избежать при надлежащем амбулаторном уходе или более точном соблюдении режима лечения;

И/ИЛИ

☐ Три или более внеплановых случая госпитализации и/или краткосрочного пребывания в учреждении квалифицированного сестринского ухода за шестимесячный период, которых можно было бы избежать при надлежащем амбулаторном уходе или более точном соблюдении режима лечения.

☐ **ТЯЖЁЛЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ/УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: Взрослые с потребностями в связи с тяжёлым психическим состоянием и/или расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ (SUD)**

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует <u>всем</u> нижеперечисленным критериям:

☐ Соответствует критериям допуска к участию или получению услуг по одному из следующих направлений:

- ☐ Specialty Mental Health Services (SMHS — Специализированные услуги в области психического здоровья), предоставляемые государственным страховым планом охраны психического здоровья (MHP);
- ☐ Drug Medi-Cal Organization Delivery System (DMC-ODS — система организованного предоставления услуг в рамках программы по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, Drug Medi-Cal); **или**
- ☐ Drug Medi-Cal (DMC — программа Medi-Cal по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ);

А ТАКЖЕ

☐ Сталкивается по крайней мере с одним сложным социальным фактором, влияющим на его здоровье (например: отсутствие доступа к продуктам питания; отсутствие доступа в стабильному жилью; невозможность трудоустройства или участия в жизни общества; высокий показатель (четыре и более) неблагоприятных событий в детстве (ACE) по результатам скрининга; опыт пребывания в системе детской приёмной опеки; недавние контакты с правоохранительными органами, связанные с симптомами психических расстройств или употребления психоактивных веществ);

А ТАКЖЕ

☐ Соответствует одному или нескольким из следующих критериев:

- ☐ Подвержен высокому риску помещения в специализированное учреждение, передозировки и/или попытки самоубийства;
- ☐ Использует кризисные услуги, услуги отделений неотложной или экстренной помощи, либо услуги стационарного лечения в качестве основного источника медицинской помощи;
- ☐ Два или более обращений в ED либо две или более госпитализации, связанные с тяжёлым психическим состоянием или расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ, в течение последних 12 месяцев.

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

☐ **УЧАСТИЕ В СИСТЕМЕ ПРАВОСУДИЯ: Взрослые, покинувшие место лишения свободы в течение последних 12 месяцев**

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует <u>обоим</u> следующим критериям:

- ☐ Покидает исправительное учреждение (например, тюрьму, следственный изолятор или исправительное учреждение для несовершеннолетних) или покинул исправительное учреждение в течение последних 12 месяцев;

А ТАКЖЕ

- ☐ Имеет как минимум одно из следующих состояний: психическое заболевание; расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD); хроническое заболевание или серьёзное нехроническое клиническое состояние; умственные нарушения или нарушение развития (I/DD); черепно-мозговая травма (TBI); ВИЧ/СПИД; беременность или послеродовой период.

☐ **ПОМЕЩЕНИЕ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО УХОДА (LTC): Взрослые, проживающие в сообществе и подверженные риску помещения в специализированное учреждение длительного ухода (LTC)**

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует <u>всем</u> нижеперечисленным критериям:

- ☐ Проживает в сообществе и соответствует критериям уровня медицинского обслуживания, предоставляемого в учреждениях квалифицированного сестринского ухода (SNF), либо нуждается в менее интенсивном квалифицированном сестринском уходе, например, во временной и/или периодической медицинской и сестринской помощи, поддержке и/или оборудовании для профилактики, диагностики или лечения острого заболевания или травмы;

А ТАКЖЕ

- ☐ Сталкивается по крайней мере с одним сложным социальным фактором или фактором окружающей обстановки, влияющим на его здоровье (включая, среди прочего: потребность в помощи при выполнении повседневных действий; трудности в общении; проблемы с доступом к продуктам питания; проблемы с доступом к стабильному жилью; проживание в одиночестве; необходимость опеки или поддержки в принятии решений; ненадлежащий или недостаточный уход, который может проявляться как отсутствие контроля за безопасностью);

А ТАКЖЕ

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

☐ Способен постоянно проживать в сообществе при наличии необходимой комплексной поддержки.

☐ **ПАЦИЕНТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА, ПЕРЕХОДЯЩИЕ К ЖИЗНИ В СООБЩЕСТВЕ: Пациенты, возвращающиеся из учреждений сестринского ухода к жизни в сообществе**

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует <u>всем</u> нижеперечисленным критериям:

☐ Проживает в учреждении сестринского ухода и заинтересован в выезде из него;

А ТАКЖЕ

☐ Является вероятным кандидатом на успешный выезд из специализированного учреждения;

А ТАКЖЕ

☐ Способен проживать в сообществе на постоянной основе.

☐ **РАВЕНСТВО В РОДОВСПОМОЖЕНИИ: Беременные и лица, находящиеся в послеродовом периоде, с повышенным риском неблагоприятных перинатальных исходов**

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует <u>всем</u> нижеперечисленным критериям:

☐ Находится в состоянии беременности или в послеродовом периоде (в течение 12 месяцев после родов);

А ТАКЖЕ

☐ Подвержен влиянию расовых и этнических различий в показателях материнской заболеваемости и смертности, согласно данным органов общественного здравоохранения штата Калифорния.

4. УЧАСТИЕ В ДРУГИХ ПРОГРАММАХ И УСЛУГАХ (ПО ЖЕЛАНИЮ)

Пожалуйста, используйте **по желанию** таблицу ниже, чтобы указать другие программы и услуги, которые участник получает в рамках Medi-Cal. Некоторые услуги Medi-Cal могут требовать координации с программой ECM. Поскольку некоторые другие услуги Medi-Cal могут предоставлять поддержку, аналогичную программе ECM, участникам может быть отказано в одновременном получении услуг ECM и этих схожих услуг. CalOptima Health рассмотрит предоставленную ниже информацию и примет решение о праве участника на участие в программе ECM. Ответственность за определение права на участие в программе ECM лежит на CalOptima Health, а не на лице, направляющем участника.

Если участник, насколько это известно направляющему лицу, уже участвует в других программах по управлению уходом или координации услуг, которые требуют согласования с программой ECM (например, в программе California Children's Services (Калифорнийская программа медицинского обслуживания детей), Targeted Case Management (Программа целевого ведения пациента) в рамках программы Specialty Mental Health Services (SMHS — Специализированные услуги в области психического здоровья) и так далее), пожалуйста, укажите эту информацию в Разделе 5 — Дополнительные комментарии. **Пожалуйста, оставьте пустыми все пункты, которые, насколько вам известно, не применимы.**

ПРОГРАММЫ	
☐ Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP — План для лиц с особыми потребностями, имеющих двойное право на участие)	☐ Хоспис
☐ Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plans (FIDE-SNPs — Полностью интегрированные планы для лиц с особыми потребностями, имеющих двойное право на участие)	☐ Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE — Программа комплексного обслуживания пожилых людей)

☐ Multipurpose Senior Services Program (MSSP — Многоцелевая программа услуг для пожилых людей)	☐ Self-Determination Program (SDP — Программа отказа от институционального ухода с правом самостоятельного выбора услуг) для лиц с умственными нарушениями и нарушениями развития (I/DD)	
☐ Assisted Living Waiver (ALW — Программа отказа от институционального учреждения в пользу проживания с поддержкой)	☐ California Community Transitions (CCT — Калифорнийская программа перехода к жизни в обществе)	
☐ Home and Community-Based Alternatives (HCBA) Waiver (Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг на дому и в сообществе)	☐ HIV/AIDS Waiver (Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг для людей, живущих с ВИЧ)	

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ	
Пожалуйста, используйте этот раздел для внесения любых дополнительных замечаний или пояснений, касающихся разделов 1–4, если это необходимо.	

6. ИНФОРМАЦИЯ О ПОДАЧЕ ФОРМЫ И ДАЛЬНЕЙШИХ ДЕЙСТВИЯХ

Отправляя данную форму, направляющее лицо подтверждает, что, насколько ему известно, вся предоставленная информация является достоверной.

Пожалуйста, направьте заполненную форму направления в программу ECM в CalOptima Health по электронной почте на адрес CalAIMReferral@caloptima.org или факсом на номер 1-714-338-3145. После отправки формы CalOptima Health примет решение об одобрении услуг ECM в течение 7 календарных дней для стандартных направлений и в течение 72 часов — для ускоренных. Если участник соответствует критериям, поставщик услуг ECM свяжется с участником, чтобы подтвердить его заинтересованность в программе ECM и готовность к получению услуг.

ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ В ПРОГРАММУ ECM — ДЛЯ ДЕТЕЙ/ПОДРОСТКОВ

Пожалуйста, заполните разделы 1–6. Если вы не можете заполнить какой-либо обязательный раздел, обратитесь за дополнительной поддержкой на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health по телефону 1-800-587-8088 (линия TTY: 711) до отправки формы. CalOptima Health работает с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5:30 p.m. Звонок бесплатный. Посетите веб-сайт по адресу: *www.caloptima.org*. Вы можете бесплатно получить эту форму направления в программу ECM и прочие материалы плана на других языках. CalOptima Health предоставляет письменные переводы, выполненные профессиональными переводчиками. Позвоните по номеру 1-888-587-8088 (линия TTY: 711). Звонок бесплатный.

1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ ***Поля, отмеченные звёздочкой (*), являются обязательными для заполнения.***	
Дата направления*	
Тип направления*	☐ Стандартное ☐ Ускоренное
Название плана управляемого медицинского обслуживания участника*	
Имя участника*	
Фамилия участника*	
Индексный номер клиента Medi-Cal (CIN)	
Идентификационный номер участника в плане управляемого медицинского обслуживания	
Дата рождения участника (ММ/ДД/ГГГГ)*	
Основной номер телефона участника*	
Предпочтительный язык общения участника	

Имя и фамилия лечащего врача (PCP) участника	

1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ (продолжение) ***Поля, отмеченные звёздочкой (*), являются обязательными для заполнения.***	
Адрес проживания участника	☐ Пожалуйста, отметьте здесь, если у участника нет постоянного адреса проживания. При наличии, укажите места, где участник останавливается чаще всего.
Город проживания участника	
Почтовый индекс участника	
Адрес электронной почты участника	
Наиболее удобный способ связи с участником / ухаживающим лицом (телефон или электронная почта)	☐ Телефон ☐ Электронная почта
Наиболее удобное время для связи с участником / ухаживающим лицом	
Имя и фамилия родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	
Номер телефона родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	
Адрес электронной почты родителя / опекуна / ухаживающего лица (если применимо)	

2. ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВИТЕЛЕ	
Название направляющей организации*	
Национальный идентификатор поставщика услуг (NPI) направляющей организации	

Имя и фамилия лица, направившего участника*	
Должность направившего лица	
2. ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВИТЕЛЕ (продолжение)	
Номер телефона направившего лица*	
Электронная почта направившего лица*	
Кем направившее лицо приходится участнику*	☐ Поставщик медицинских услуг ☐ Поставщик социальных услуг ☐ Другое: **Дополнительную информацию, пожалуйста, укажите в разделе 5 — Дополнительные комментарии**

ТОЛЬКО ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НЕ ЯВЛЯЮЩИХСЯ ПОСТАВЩИКАМИ УСЛУГ ECM)	**Есть ли у участника предпочтительный поставщик услуг ECM?** Пожалуйста, выберите один из вариантов: ☐ Да, у участника есть предпочтительный поставщик услуг ECM Имя координатора по уходу у предпочтительного поставщика услуг ECM _____ Название организации предпочтительного поставщика услуг ECM _____ ☐ Нет, у участника нет предпочтительного поставщика услуг ECM

2. ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВИТЕЛЕ (продолжение)

ТОЛЬКО ДЛЯ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ ECM	**Рекомендует ли направляющая организация назначить именно себя в качестве поставщика услуг ECM для данного участника?** Пожалуйста, выберите один из следующих вариантов: ☐ Да, наша организация должна выступать поставщиком услуг ECM для этого участника ☐ Нет, мы рекомендуем назначить другого поставщика услуг ECM, исходя из индивидуальных потребностей участника **Дополнительную информацию, пожалуйста, укажите в разделе 5 — Дополнительные комментарии.** ☐ Нет, участник предпочитает выбрать другого поставщика услуг ECM самостоятельно Имя координатора по уходу у предпочтительного поставщика услуг ECM _____ Название организации предпочтительного поставщика услуг ECM _____

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ДЛЯ ДЕТЕЙ/ПОДРОСТКОВ (МЛАДШЕ 21 ГОДА) ИЛИ БЕЗДОМНЫХ СЕМЕЙ — ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ПУНКТЫ

Если направляемый участник — ребёнок, подросток или семья (в ситуации бездомности), пожалуйста, рассмотрите каждый показатель и отметьте все те, которые применимы к критериям целевых групп «Дети/молодёжь». Это поможет CalOptima Health определить, соответствует ли данное лицо требованиям программы ECM, и максимально полно понять потребности ребёнка/подростка/семьи. Пожалуйста, оставьте пустыми все пункты, которые, насколько вам известно, не применимы.

Если вы направляете ребёнка/подростка, находящегося в ситуации бездомности, и при этом его семья или ухаживающие за ним лица также находятся в ситуации бездомности и имеют страховое покрытие через план управляемого медицинского обслуживания (MCP) Medi-Cal, пожалуйста, рассмотрите возможность направления в программу ECM всех членов семьи / ухаживающих лиц. Планам управляемого медицинского обслуживания рекомендуется сотрудничать с поставщиками услуг ECM для обеспечения комплексного подхода к обслуживанию семей, направленных в связи с бездомностью.

Если вы не уверены, соответствует ли участник критериям ECM, обратитесь на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health по телефону **1-800-587-8088** (линия TTY: **711**). CalOptima Health работает с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5:30 p.m. Звонок бесплатный. Посетите веб-сайт по адресу: *www.caloptima.org*.

☐ **БЕЗДОМНОСТЬ: Бездомные семьи или несопровождаемые дети/подростки, находящиеся в ситуации бездомности**

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

Подтвердите, что участник соответствует <u>по крайней мере 1</u> из следующих критериев:

☐ Ребёнок/подросток или семья с членами семьи моложе 21 года, находящиеся в ситуации бездомности, которая определяется соответствием одному или нескольким из следующих условий: отсутствие постоянного, регулярного и пригодного для ночлега жилья; основным местом проживания является общественное или частное пространство, не предназначенное или обычно не используемое для регулярного ночного сна людей, включая автомобиль, парк, заброшенное здание, автобусную или железнодорожную станцию, аэропорт или кемпинг; проживание в контролируемом общественном или частном приюте, предназначенном для временного размещения (включая отели и мотели, оплачиваемые в рамках федеральных, региональных или местных программ для лиц с низким доходом либо благотворительными организациями, а также приюты общего типа и жилье переходного периода); выход из специализированного учреждения в ситуацию бездомности (независимо от продолжительности пребывания в учреждении); неизбежная потеря жилья в течение ближайших 30 дней; бегство от домашнего насилия, насилия в отношениях, сексуального насилия, преследования (сталкинга) и иных опасных, травматичных или угрожающих жизни обстоятельств, связанных с подобными формами насилия.

ИЛИ

☐ Ребёнок/подросток или семья: временно проживает с другими людьми (например, ночует у знакомых) из-за потери жилья, финансовых трудностей или аналогичных обстоятельств; либо живёт в мотеле, отеле, трейлерном парке или кемпинге из-за отсутствия другого подходящего жилья; либо находится во временном или переходном приюте; либо оставлен в больнице без безопасного места для выписки.

ИЛИ

☐ Участники, которым одобрено участие в программе Transitional Rent (программа финансовой помощи для оплаты арендного жилья в переходный период).

☐ **ПРЕДОТВРАТИМЫЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ИЛИ ОБРАЩЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ: Дети и подростки с риском предотвратимых госпитализаций или обращений в отделение ED**

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует <u>одному или нескольким</u> из следующих критериев:

- ☐ У ребёнка/подростка было три или более обращений в отделение экстренной помощи за 12-месячный период , и эти случаи можно было бы избежать при надлежащем амбулаторном уходе или более точном соблюдении режима лечения;
  И/ИЛИ
- ☐ У ребёнка/подростка было два или более внеплановых случая госпитализации и/или краткосрочного пребывания в учреждении квалифицированного сестринского ухода за 12-месячный период, которых можно было бы избежать при надлежащем амбулаторном уходе или более точном соблюдении режима лечения.

☐ ТЯЖЁЛЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ИЛИ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: Дети и подростки с потребностями в связи с тяжёлым психическим состоянием и/или расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ (SUD)

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует критериям и/или получает услуги по крайней мере по одному из следующих направлений:

- ☐ Specialty Mental Health Services (SMHS — Специализированные услуги в области психического здоровья), предоставляемые государственным страховым планом охраны психического здоровья (MHP);
- ☐ Drug Medi-Cal Organization Delivery System (DMC-ODS — система организованного предоставления услуг в рамках программы по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, Drug Medi-Cal) или программа Drug Medi-Cal (DMC).

☐ УЧАСТИЕ В СИСТЕМЕ ПРАВОСУДИЯ: Дети/подростки, покидающие исправительное учреждение для несовершеннолетних

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует следующему критерию:

- ☐ Дети и подростки в возрасте до 21 года либо молодые люди в возрасте от 18 до 26 лет, ранее находившиеся в системе приёмной опеки, которые покидают исправительное учреждение для несовершеннолетних или тюрьму для взрослых либо покинули исправительное учреждение для несовершеннолетних или тюрьму для взрослых в течение последних 12 месяцев.

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

☐ **CCS ИЛИ CCS WHOLE CHILD MODEL: Дети/подростки, зачисленные в программу California Children's Services (CCS — Калифорнийская программа медицинского обслуживания детей) или CCS WCM (WCM — программа «Модель целостного подхода к ребёнку»), у которых есть дополнительные потребности, выходящие за рамки критериев CCS**

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует всем нижеперечисленным критериям:

☐ Зачислен в программу CCS или CCS WCM;

А ТАКЖЕ

☐ Сталкивается по крайней мере с одним сложным социальным фактором, влияющим на его здоровье. Примеры таких факторов включают (среди прочего): отсутствие доступа к полноценному питанию; отсутствие постоянного жилья; трудности с транспортом; высокий показатель (четыре и более) неблагоприятных событий в детстве (ACE) по результатам скрининга; недавние контакты с правоохранительными органами; или услуги кризисного вмешательства, связанные с психическим здоровьем, опытом пребывания в системе детской приёмной опеки и/или симптомами употребления психоактивных веществ.

☐ **УЧАСТИЕ В СИСТЕМЕ ОПЕКИ: Дети/подростки, вовлечённые в систему защиты детства**

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует <u>одному или нескольким</u> из следующих критериев:

☐ Младше 21 года и в настоящее время находится в системе приёмной опеки в Калифорнии;

И/ИЛИ

☐ Младше 21 года и ранее находился в системе приёмной опеки в Калифорнии или другом штате в течение последних 12 месяцев;

И/ИЛИ

☐ Младше 26 лет и выбыл из системы приёмной опеки по возрасту (находился под опекой на момент 18-летия или позднее) в Калифорнии или другом штате;

И/ИЛИ

☐ Младше 18 лет и получает или получал услуги по программе Adoption Assistance Program (AAP — Программа помощи при усыновлении) штата Калифорния;

И/ИЛИ

3. КРИТЕРИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ECM ПО ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ

☐ Младше 18 лет и в настоящее время получает или получал услуги по программе Family Maintenance (FM — Программа поддержки семьи) штата Калифорния в течение последних 12 месяцев.

☐ **РАВЕНСТВО В РОДОВСПОМОЖЕНИИ: Беременные и лица, находящиеся в послеродовом периоде, с повышенным риском неблагоприятных перинатальных исходов**

Пожалуйста, подтвердите, что участник соответствует всем нижеперечисленным критериям:

☐ Находится в состоянии беременности или в послеродовом периоде (в течение 12 месяцев после родов);

А ТАКЖЕ

☐ Подвержен влиянию расовых и этнических различий в показателях материнской заболеваемости и смертности, согласно данным органов общественного здравоохранения штата Калифорния.

4. УЧАСТИЕ В ДРУГИХ ПРОГРАММАХ И УСЛУГАХ (ПО ЖЕЛАНИЮ)

Пожалуйста, используйте **по желанию** таблицу ниже, чтобы указать другие программы и услуги, которые участник получает в рамках Medi-Cal. Некоторые услуги Medi-Cal могут требовать координации с программой ECM. Поскольку некоторые другие услуги Medi-Cal могут предоставлять поддержку, аналогичную программе ECM, участникам может быть отказано в одновременном получении услуг ECM и этих схожих услуг. CalOptima Health рассмотрит предоставленную ниже информацию и примет решение о праве участника на участие в программе ECM. Ответственность за определение права на участие в программе ECM лежит на CalOptima Health, а не на лице, направляющем участника.

Если участник, насколько это известно направляющему лицу, уже участвует в других программах по управлению уходом или координации услуг, которые требуют согласования с программой ECM (например, в программе California Children's Services (Калифорнийская программа медицинского обслуживания детей), Targeted Case Management (Программа целевого ведения пациента) в рамках программы Specialty Mental Health Services (SMHS — Специализированные услуги в области психического здоровья) и так далее), пожалуйста, укажите эту информацию в Разделе 5 — Дополнительные комментарии. **Пожалуйста, оставьте пустыми все пункты, которые, насколько вам известно, не применимы.**

ПРОГРАММЫ	
☐ Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP — План для лиц с особыми потребностями, имеющих двойное право на участие)	☐ Хоспис
☐ Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plans (FIDE-SNPs — Полностью интегрированные планы для лиц с особыми потребностями, имеющих двойное право на участие)	☐ Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE — Программа комплексного обслуживания пожилых людей)
☐ Multipurpose Senior Services Program (MSSP — Многоцелевая программа услуг для пожилых людей)	☐ Self-Determination Program (SDP — Программа отказа от институционального ухода с правом самостоятельного выбора услуг) для лиц с умственными нарушениями и нарушениями развития (I/DD)

☐ Assisted Living Waiver (ALW — Программа отказа от институционального учреждения в пользу проживания с поддержкой)	☐ California Community Transitions (CCT — Калифорнийская программа перехода к жизни в обществе)
☐ Home and Community-Based Alternatives (HCBA) Waiver (Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг на дому и в сообществе)	☐ HIV/AIDS Waiver (Программа отказа от институционального ухода в пользу предоставления альтернативных услуг для людей, живущих с ВИЧ)

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ	
Пожалуйста, используйте этот раздел для внесения любых дополнительных замечаний или пояснений, касающихся разделов 1–4, если это необходимо.	

6. ИНФОРМАЦИЯ О ПОДАЧЕ ФОРМЫ И ДАЛЬНЕЙШИХ ДЕЙСТВИЯХ

Отправляя данную форму, направляющее лицо подтверждает, что, насколько ему известно, вся предоставленная информация является достоверной.

Пожалуйста, направьте заполненную форму направления в программу ECM в CalOptima Health по электронной почте на адрес CalAIMReferral@caloptima.org или факсом на номер 1-714-338-3145. После отправки формы CalOptima Health примет решение об одобрении услуг ECM в течение 7 календарных дней для стандартных направлений и в течение 72 часов — для ускоренных. Если участник соответствует критериям, поставщик услуг ECM свяжется с участником, чтобы подтвердить его заинтересованность в программе ECM и готовность к получению услуг.