MẪU ĐƠN GIỚI THIỆU DỊCH VỤ ĐIỀU PHỐI Y TẾ TĂNG CƯỜNG (ECM) — DÀNH CHO NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Xin hoàn tất từ phần 1 đến phần 6. Nếu quý vị không thể hoàn tất phần bắt buộc phải điền thông tin, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số miễn phí 1-800-587-8088 (TTY 711) để được hỗ trợ thêm trước khi nộp đơn. CalOptima Health làm việc từ thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Cuộc gọi này miễn phí. Xin vào trang mạng www.caloptima.org. Quý vị có thể nhận Mẫu đơn Giới thiệu ECM này và những tài liệu khác của chương trình bằng những ngôn ngữ khác miễn phí. CalOptima Health cung cấp bản dịch từ những biên dịch viên có trình độ. Xin gọi số 1-888-587-8088 (TTY 711). Cuộc gọi này miễn phí.

1. THÔNG TIN CỦA THÀNH VIÊN	***Dấu sao (*) có nghĩa là thông tin bắt buộc phải điền.***
Ngày Giới thiệu*	
Loại Giới thiệu*	☐ Thông thường ☐ Khẩn cấp
Chương trình Quản trị Y tế của Thành viên*	
Tên của Thành viên*	
Họ của Thành viên*	
Số Chỉ mục Thành viên Medi-Cal (CIN)	
Số ID Thành viên trong Chương trình Quản trị Y tế	
Ngày sinh của Thành viên (Tháng/Ngày/Năm)*	
Số Điện thoại Liên lạc Chính của Thành viên*	
Ngôn ngữ mà Thành viên Mong muốn Sử dụng	
Tên của Bác sĩ Gia đình của Thành viên	
Địa chỉ nơi Cư trú của Thành viên	☐ Xin đánh dấu vào đây nếu không có địa chỉ hiện ở cố định. Nếu có thể, xin liệt kê các địa điểm mà Thành viên thường lui tới.

Thành phố Cư trú của Thành viên	
Mã số vùng Cư trú của Thành viên	
Email của Thành viên	

1. THÔNG TIN CỦA THÀNH VIÊN (tiếp tục) ***Dấu sao (*) có nghĩa là thông tin bắt buộc phải điền.***	
Cách Thuận tiện Nhất để Liên lạc với Thành viên/Người chăm sóc (nếu có)	☐ Điện thoại ☐ Thư điện tử (Email)
Thời gian Thuận tiện Nhất để Liên lạc với Thành viên/Người chăm sóc	
Tên của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc (nếu có)	
Số điện thoại của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc (nếu có)	
Tên của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc (nếu có)	

2. THÔNG TIN VỀ VIỆC GIỚI THIỆU	
Tên của Cơ quan Thực hiện việc Giới thiệu*	
Số Nhận diện (NPI) của Cơ quan Thực hiện việc Giới thiệu	
Tên của Cá nhân Thực hiện việc Giới thiệu*	
Chức danh của Người Thực hiện việc Giới thiệu	
Số điện thoại của Người Thực hiện việc Giới thiệu*	
Địa chỉ Email của Người Thực hiện việc Giới thiệu*	
Mối quan hệ của Người Thực hiện việc Giới thiệu với Thành viên*	☐ Nhà cung cấp dịch vụ Y khoa ☐ Nhà cung cấp Dịch vụ Xã hội ☐ Khác: **Xin cung cấp thêm thông tin chi tiết ở Phần 5 — Thông tin Bổ sung**

CHỈ DÀNH CHO CƠ QUAN CỘNG TÁC TRONG CỘNG ĐỒNG (KHÔNG PHẢI LÀ NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ ECM)	**Thành viên có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng không?** Xin chọn một trong những chọn lựa sau đây: ☐ Có, Thành viên này có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng Quản lý viên Y tế cho Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____ Cơ quan Cung cấp Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____

2. THÔNG TIN VỀ VIỆC GIỚI THIỆU (tiếp tục)	
	☐ Không, Thành viên này không có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng

CHỈ DÀNH CHO NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ ECM	**Cơ quan thực hiện việc giới thiệu có muốn được chỉ định là Nhà cung cấp dịch vụ ECM cho Thành viên hay không?** Xin chọn một trong những chọn lựa sau đây: ☐ Có, cơ quan của chúng tôi nên là Nhà cung cấp dịch vụ ECM cho Thành viên ☐ Không, căn cứ vào những nhu cầu của Thành viên, cơ quan của chúng tôi đề nghị chỉ định Thành viên cho một Nhà cung cấp dịch vụ ECM khác **Xin cung cấp thêm thông tin chi tiết ở Phần 5 — Thông tin Bổ sung** ☐ Không, Thành viên này mong muốn sử dụng một Nhà cung cấp dịch vụ ECM khác Quản lý viên Y tế cho Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____ Cơ quan Cung cấp Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____

3. SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA THÀNH VIÊN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG TRỌNG TÂM

SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH (TỪ 21 TUỔI TRỞ LÊN) ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM — XIN CHỌN TẤT CẢ NHỮNG CÂU TRẢ LỜI PHÙ HỢP

Nếu Thành viên được giới thiệu là người trưởng thành, xin xem xét từng tiêu chí và trả lời có cho tất cả những tiêu chí áp dụng cho từng Nhóm Đối tượng Trọng tâm (Population of Focus, POF). ***Xin để trống những tiêu chí nào không áp dụng, theo những gì mà quý vị biết.*** *Xin sử dụng Phần 5 — Thông tin Bổ sung để ghi chú bất kỳ phần nào mà CalOptima Health cần xem xét thêm. Để được hướng dẫn thêm về các định nghĩa của Nhóm Đối tượng Trọng tâm (Population of Focus, POF) của ECM, xin tham khảo Hướng dẫn về Quy định của ECM .*

Nếu quý vị không chắc chắn liệu Thành viên có hội đủ điều kiện để nhận dịch vụ ECM hay không, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số miễn phí **1-800-587-8088** (TTY **711**). CalOptima Health làm việc từ thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Cuộc gọi này miễn phí. Xin vào trang mạng *www.caloptima.org*.

☐ **TÌNH TRẠNG VÔ GIA CƯ: Người Trưởng Thành Đang Trong Tình Trạng Vô Gia Cư**

(Lưu ý: Để giới thiệu một gia đình đang trong tình trạng vô gia cư nhận dịch vụ ECM, xin sử dụng phần dành cho Trẻ em/Thanh thiếu niên)

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được các tiêu chí sau đây:

☐ Thành viên là Người trưởng thành (dù họ có trẻ em/trẻ vị thành niên phụ thuộc sống cùng hay không) đang trong tình trạng vô gia cư được định nghĩa là đáp ứng một hoặc nhiều điều kiện sau đây: thiếu nơi cư trú qua đêm cố định, thường xuyên, và đầy đủ; có nơi ở chính là một nơi công cộng hoặc riêng tư nhưng không được thiết kế hoặc thường được sử dụng để làm chỗ ngủ thông thường cho người, bao gồm xe hơi, công viên, tòa nhà bị bỏ hoang, trạm xe buýt hoặc tàu lửa, sân bay, hoặc khu cắm trại; sống tại một nơi tạm trú được cơ quan công cộng giám sát hoặc do tư nhân điều hành, được thiết kế để cung cấp chỗ ở tạm thời (bao gồm khách sạn và nhà nghỉ do các chương trình của chính phủ liên bang, tiểu bang, hoặc địa phương chi trả cho các cá nhân có mức thu nhập thấp hoặc do các tổ chức từ thiện chi trả, nơi tạm trú tập thể, và nhà ở chuyển tiếp); rời khỏi cơ sở chăm sóc trong tình trạng vô gia cư (bất kể thời gian lưu trú tại cơ sở chăm sóc); sắp mất nhà ở trong 30 ngày tới; trốn tránh tình trạng bạo lực trong gia đình, bạo lực khi hẹn hò, tấn công tình dục, bị rình rập, và những tình trạng khác gây nguy hiểm, chấn thương, hoặc đe dọa đến tính mạng có liên quan đến bạo lực;

VÀ

☐ Thành viên có ít nhất một nhu cầu phức tạp về thể chất, hành vi hoặc phát triển mà không có khả năng tự kiểm soát một cách thành công, việc điều phối các dịch vụ có thể dẫn đến việc cải thiện kết quả chăm sóc sức khỏe và/hoặc giảm việc sử dụng các dịch

vụ có chi phí cao (bao gồm giai đoạn mang thai hoặc sau khi sinh, trong vòng 12 tháng sau khi sinh)

HOẶC

☐ Thành viên đã được chấp thuận để nhận Tiền thuê nhà Trong Giai đoạn Chuyển tiếp.

☐ **CÓ THỂ TRÁNH VIỆC PHẢI VÀO BỆNH VIỆN HOẶC PHÒNG CẤP CỨU: Người Trưởng Thành có Nguy Cơ phải Sử Dụng Bệnh Viện hoặc Phòng Cấp Cứu Và Có Thể Tránh Được Việc Sử Dụng**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được một hoặc nhiều tiêu chí sau đây:

☐ Phải vào phòng cấp cứu (emergency department, ED) năm lần hoặc nhiều hơn trong sáu tháng qua, và việc này có thể tránh được nếu được chăm sóc ngoại chẩn phù hợp hoặc tuân thủ tốt hơn việc điều trị;

VÀ/HOẶC

☐ Phải nằm viện và/hoặc lưu trú tại trung tâm điều dưỡng chuyên môn ngắn hạn mà không dự tính trước ba lần hoặc nhiều hơn trong sáu tháng qua, và việc này có thể tránh được nếu được chăm sóc ngoại chẩn phù hợp hoặc tuân thủ tốt hơn việc điều trị;

☐ **BỆNH TÂM THẦN NGHIÊM TRỌNG/SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN: Người Trưởng Thành mắc Bệnh Tâm Thần Nghiêm Trọng và/hoặc Có Nhu Cầu về Rối Loạn do Sử Dụng Chất Gây Nghiện (Substance Use Disorder, SUD)**

3. SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA THÀNH VIÊN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG TRỌNG TÂM (tiếp tục)

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được <u>tất cả</u> các tiêu chí sau đây:

☐ Đáp ứng các tiêu chí về việc hội đủ điều kiện để tham gia vào, hoặc để nhận các dịch vụ qua:

- ☐ Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa (Specialty Mental Health Services, SMHS) do Chương trình Sức khỏe Tâm thần (Mental Health Plans, MHP) cung cấp;
- ☐ Hệ thống Điều trị Rối loạn Sử dụng Chất gây nghiện cho Thành viên Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS) **hoặc**,
- ☐ Chương trình Chất gây nghiện của Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC);

VÀ

☐ Đang trải qua ít nhất một yếu tố xã hội phức tạp có ảnh hưởng đến sức khỏe của họ (thí dụ như thiếu thực phẩm, thiếu nhà ở ổn định, không có khả năng làm việc hoặc tương tác trong cộng đồng, Trải nghiệm Tuổi thơ Bất hạnh (Adverse Childhood Events, ACE) ở mức độ cao (bốn hoặc nhiều hơn) dựa vào việc tầm soát, từng là trẻ vị thành niên được nhận nuôi trước đây, trong thời gian gần đây đã từng làm việc với cơ quan thực thi pháp luật về sức khỏe tâm thần và/hoặc có các triệu chứng sử dụng chất gây nghiện)

VÀ

☐ Một hoặc nhiều tiêu chí sau đây:

- ☐ Có nguy cơ cao phải vào cơ sở chăm sóc, bị quá liều, và/hoặc tự tử;
- ☐ Sử dụng các dịch vụ khủng hoảng, phòng Cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp hoặc điều trị nội chẩn như là nguồn cung cấp dịch vụ chăm sóc chính;
- ☐ Vào phòng cấp cứu hoặc nằm viện từ hai lần trở lên trong vòng 12 tháng qua do tình trạng sức khỏe tâm thần nghiêm trọng hoặc rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD).

☐ LIÊN QUAN ĐẾN TƯ PHÁP: Người Trưởng Thành Đang Chuyển Tiếp từ Tình Trạng Bị Giam Giữ trong vòng 12 tháng qua

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được <u>cả hai</u> điều kiện sau đây:

☐ Đang chuyển tiếp từ một trung tâm cải huấn (thí dụ như nhà tù, trại giam hoặc trung tâm cải huấn dành cho thanh thiếu niên), hoặc chuyển tiếp từ một trung tâm cải huấn trong vòng 12 tháng qua;

VÀ

☐ Có ít nhất một trong các tình trạng sau đây: bệnh tâm thần, rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (SUD), bệnh mãn tính/tình trạng lâm sàng nghiêm trọng không mãn tính, khuyết tật về trí tuệ hoặc phát triển (intellectual or developmental disabilities, I/DD), chấn thương sọ não (traumatic brain injury, TBI), HIV/AIDS, mang thai hoặc sau khi sinh.

☐ **PHẢI VÀO TRUNG TÂM CHĂM SÓC DÀI HẠN (LONG-TERM CARE, LTC): Người trưởng thành đang sống trong cộng đồng và có nguy cơ phải vào LTC**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được <u>tất cả</u> các tiêu chí sau đây:

☐ Đang sống trong cộng đồng và đáp ứng được các tiêu chí để nhận Mức độ Chăm sóc của trung tâm điều dưỡng chuyên môn (skilled nursing facility, SNF) hoặc cần dịch vụ điều dưỡng chuyên môn ở mức độ thấp hơn, như các dịch vụ, sự hỗ trợ y khoa và điều dưỡng trong thời gian giới hạn và/hoặc không liên tục, và/hoặc thiết bị để phòng ngừa, chẩn đoán, hoặc điều trị bệnh hoặc chấn thương cấp tính

VÀ

☐ Đang trải qua ít nhất một yếu tố xã hội hoặc môi trường phức tạp ảnh hưởng đến sức khỏe của họ (bao gồm, nhưng không giới hạn, như cần trợ giúp với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, khó khăn khi giao tiếp, thiếu thực phẩm, thiếu nhà ở ổn định, sống một mình, cần người giám hộ hoặc hướng dẫn để đưa ra quyết định, việc chăm sóc kém hoặc không đầy đủ làm cho có cảm giác thiếu sự giám sát về an toàn);

VÀ

☐ Có thể tiếp tục cư trú trong cộng đồng với sự hỗ trợ toàn diện.

☐ **CÁC THÀNH VIÊN SỐNG TẠI VIỆN ĐIỀU DƯỠNG ĐƯỢC CHUYỂN TIẾP RA CỘNG ĐỒNG: Người Trưởng Thành Sống Tại Viện Điều Dưỡng Được Chuyển Tiếp Ra Cộng Đồng**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được <u>tất cả</u> các tiêu chí sau đây:

☐ Đang sống tại viện điều dưỡng và quan tâm đến việc rời khỏi trung tâm chăm sóc;

VÀ

3. SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA THÀNH VIÊN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG TRỌNG TÂM (tiếp tục)

☐ Là ứng cử viên có nhiều khả năng rời khỏi trung tâm chăm sóc một cách thành công;

VÀ

☐ Có thể tiếp tục cư trú trong cộng đồng.

☐ **BÌNH ĐẲNG VỀ SINH SẢN: Những Cá Nhân Đang Mang Thai và Sau Khi Sinh Có Nguy Cơ Gặp Những Vấn Đề Bất Lợi Trước Và Sau Khi Sinh**

Xin xác nhận rằng thành viên đáp ứng được <u>tất cả</u> các tiêu chí sau đây:

☐ Đang mang thai hoặc trong giai đoạn sau khi sinh (trong suốt thời gian 12 tháng);

VÀ

☐ Chịu sự chênh lệch về chủng tộc và sắc tộc như dữ liệu y tế công cộng của tiểu bang California về tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở bà mẹ đã xác định.

4. GHI DANH VÀO NHỮNG CHƯƠNG TRÌNH HOẶC DỊCH VỤ KHÁC (KHÔNG BẮT BUỘC)

Xin sử dụng bảng **tùy chọn** bên dưới để cho chúng tôi biết Thành viên đang nhận những chương trình và dịch vụ nào khác trong chương trình Medi-Cal. Một số dịch vụ Medi-Cal có thể cần được điều phối với ECM. Vì những dịch vụ khác của Medi-Cal có thể cung cấp sự hỗ trợ tương tự như ECM, các Thành viên có thể không được nhận ECM và những dịch vụ tương tự này cùng một lúc. CalOptima Health sẽ xem xét thông tin bên dưới và xác định liệu Thành viên có hội đủ điều kiện để nhận ECM. CalOptima Health, chứ không phải là người thực hiện việc giới thiệu, sẽ chịu trách nhiệm xác định sự hội đủ điều kiện để nhận ECM.

Nếu người thực hiện việc giới thiệu có thông tin về việc Thành viên đã được ghi danh vào bất kỳ (những) chương trình quản trị hoặc điều phối y tế nào cần được điều phối với ECM (như Chương trình Dịch vụ Trẻ em của California, Điều phối Y tế cho người Thụ hưởng Mục tiêu trong Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Chuyên sâu v.v...) xin chia sẻ thông tin bổ sung trong Phần 5 — Thông tin Bổ sung. **Xin để trống những mục không áp dụng, theo những gì mà quý vị biết.**

CHƯƠNG TRÌNH	
☐ Chương trình các Nhu cầu Đặc biệt dành cho những người Hội đủ Điều kiện với cả Medicare và Medi-Cal (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ Chăm sóc Người bệnh ở Giai đoạn Cuối
☐ Chương trình các Nhu cầu Đặc biệt được Tích hợp Đầy đủ (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ Chương trình Dịch vụ Đa dạng dành cho Người cao niên (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ Chương trình Tự xác định dành cho các Cá nhân bị Khuyết tật về Trí tuệ hoặc Khuyết tật về Phát triển (intellectual or developmental disabilities, I/DD)
☐ Miễn trừ Trợ giúp Sinh hoạt (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ Chuyển tiếp Cộng đồng California (California Community Transitions, CCT)
☐ Chương trình Miễn trừ Thay thế tại Nhà và trong Cộng đồng (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	☐ Miễn trừ HIV/AIDS

5. THÔNG TIN BỔ SUNG:	
Xin sử dụng phần này để cung cấp thông tin bổ sung cho Phần 1–4, nếu cần.	

6. NỘP THÔNG TIN & NHỮNG BƯỚC TIẾP THEO

Bằng việc nộp mẫu đơn này, người thực hiện việc giới thiệu chứng thực rằng, theo sự hiểu biết của mình, thì những thông tin trong mẫu đơn này là chính xác.

Xin nộp Mẫu đơn Giới thiệu để nhận dịch vụ ECM đã hoàn tất đến CalOptima Health bằng email tại CalAIMReferral@caloptima.org hoặc gửi fax đến 1-714-338-3145. Sau khi nhận được hồ sơ, CalOptima Health sẽ đưa ra quyết định chấp thuận ECM trong vòng 7 ngày dương lịch cho các giấy giới thiệu thông thường và trong vòng 72 tiếng cho các giấy giới thiệu khẩn cấp. Nếu thành viên hội đủ điều kiện, một Nhà cung cấp dịch vụ ECM sẽ liên lạc với thành viên để xác nhận rằng thành viên quan tâm đến chương trình ECM và muốn ghi danh để nhận dịch vụ.

MẪU ĐƠN GIỚI THIỆU DỊCH VỤ ĐIỀU PHỐI Y TẾ TĂNG CƯỜNG (ECM) — DÀNH CHO TRẺ EM/THANH THIẾU NIÊN

Xin hoàn tất từ phần 1 đến phần 6. Nếu quý vị không thể hoàn tất phần bắt buộc phải điền thông tin, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số miễn phí 1-800-587-8088 (TTY 711) để được hỗ trợ thêm trước khi nộp đơn. CalOptima Health làm việc từ thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Cuộc gọi này miễn phí. Xin vào trang mạng www.caloptima.org. Quý vị có thể nhận Mẫu đơn Giới thiệu ECM này và những tài liệu khác của chương trình bằng những ngôn ngữ khác miễn phí. CalOptima Health cung cấp bản dịch từ những biên dịch viên có trình độ. Xin gọi số 1-888-587-8088 (TTY 711). Cuộc gọi này miễn phí.

1. THÔNG TIN CỦA THÀNH VIÊN ***Dấu sao (*) có nghĩa là thông tin bắt buộc phải điền.***	
Ngày Giới thiệu*	
Loại Giới thiệu*	☐ Thông thường ☐ Khẩn cấp
Chương trình Quản trị Y tế của Thành viên*	
Tên của Thành viên*	
Họ của Thành viên*	
Số Chỉ mục Thành viên Medi-Cal (CIN)	
Số ID Thành viên trong Chương trình Quản trị Y tế	
Ngày sinh của Thành viên (Tháng/Ngày/Năm)*	
Số Điện thoại Liên lạc Chính của Thành viên*	
Ngôn ngữ mà Thành viên Mong muốn Sử dụng	
Tên của Bác sĩ Gia đình của Thành viên	
Địa chỉ nơi Cư trú của Thành viên	☐ Xin đánh dấu vào đây nếu không có địa chỉ hiện ở cố định. Nếu có thể, xin liệt kê các địa điểm mà Thành viên thường lui tới.
Thành phố Cư trú của Thành viên	

Mã số vùng Cư trú của Thành viên	
Email của Thành viên	
Phương thức Tốt nhất để Liên lạc với Thành viên/Người chăm sóc (Điện thoại hoặc Email)	☐ Điện thoại ☐ Thư điện tử (Email)
Thời gian Thuận tiện Nhất để Liên lạc với Thành viên/Người chăm sóc	
Tên của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc (nếu có)	
Tên của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc (nếu có)	
Tên của Cha mẹ/Người giám hộ/Người chăm sóc (nếu có)	

2. THÔNG TIN VỀ VIỆC GIỚI THIỆU	
Tên của Cơ quan Thực hiện việc Giới thiệu*	
Số Nhận diện (NPI) của Cơ quan Thực hiện việc Giới thiệu	
Tên của Cá nhân Thực hiện việc Giới thiệu*	
Chức danh của Người Thực hiện việc Giới thiệu	
Số điện thoại của Người Thực hiện việc Giới thiệu*	
Địa chỉ Email của Người Thực hiện việc Giới thiệu*	
Mối quan hệ của Người Thực hiện việc Giới thiệu với Thành viên*	☐ Nhà cung cấp dịch vụ Y khoa ☐ Nhà cung cấp Dịch vụ Xã hội ☐ Khác: **Xin cung cấp thêm thông tin chi tiết ở Phần 5 — Thông tin Bổ sung**

CHỈ DÀNH CHO CƠ QUAN CỘNG TÁC TRONG CỘNG ĐỒNG (KHÔNG PHẢI LÀ NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ ECM)	**Thành viên có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng không?** Xin chọn một trong những chọn lựa sau đây: ☐ Có, Thành viên này có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng Quản lý viên Y tế cho Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____ Cơ quan Cung cấp Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____ ☐ Không, Thành viên này không có Nhà cung cấp dịch vụ ECM mà họ mong muốn sử dụng
CHỈ DÀNH CHO NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ ECM	**Cơ quan thực hiện việc giới thiệu có muốn được chỉ định là Nhà cung cấp dịch vụ ECM cho Thành viên hay không?** Xin chọn một trong những chọn lựa sau đây: ☐ Có, cơ quan của chúng tôi nên là Nhà cung cấp dịch vụ ECM cho Thành viên ☐ Không, căn cứ vào những nhu cầu của Thành viên, cơ quan của chúng tôi đề nghị chỉ định Thành viên cho một Nhà cung cấp dịch vụ ECM khác **Xin cung cấp thêm thông tin chi tiết ở Phần 5 — Thông tin Bổ sung** ☐ Không, Thành viên này mong muốn sử dụng một Nhà cung cấp dịch vụ ECM khác Quản lý viên Y tế cho Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____ Cơ quan Cung cấp Dịch vụ ECM mà Thành viên mong muốn Sử dụng _____

3. SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA THÀNH VIÊN ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG TRỌNG TÂM

SỰ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA TRẺ EM/THANH THIẾU NIÊN (DƯỚI 21 TUỔI) ĐỂ NHẬN DỊCH VỤ ECM HOẶC NHỮNG GIA ĐÌNH ĐANG TRẢI QUA TÌNH TRẠNG VÔ GIA CƯ — XIN CHỌN TẤT CẢ NHỮNG CÂU TRẢ LỜI PHÙ HỢP

Nếu Thành viên được giới thiệu là trẻ em, thanh thiếu niên hoặc gia đình (vô gia cư), xin xem xét từng tiêu chí và đánh dấu <u>tất cả</u> những tiêu chí áp dụng cho các định nghĩa về Nhóm Đối tượng Trọng tâm là trẻ em/thanh thiếu niên, để giúp CalOptima Health xác định liệu cá nhân có đủ điều kiện để nhận ECM và hiểu rõ các nhu cầu của trẻ em/thanh thiếu niên/gia đình. Xin để trống những tiêu chí nào không áp dụng, theo những gì mà quý vị biết.

Nếu quý vị đang giới thiệu trẻ em/thanh thiếu niên đang trải qua tình trạng vô gia cư, và người nhà hoặc người chăm sóc của các em cũng đang trải qua tình trạng vô gia cư và được chương trình Quản trị Y tế Medi-Cal đài thọ, xin cân nhắc việc giới thiệu để tất cả các thành viên trong gia đình/người chăm sóc cũng nhận được dịch vụ ECM. Chương trình Quản trị Y tế được khuyến khích làm việc với Nhà cung cấp dịch vụ ECM để cùng phục vụ cho cả gia đình khi gia đình được giới thiệu do tình trạng vô gia cư.

Nếu quý vị không chắc chắn liệu Thành viên có hội đủ điều kiện để nhận ECM hay không, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số miễn phí **1-800-587-8088** (TTY **711**). CalOptima Health làm việc từ thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Cuộc gọi này miễn phí. Xin vào trang mạng *www.caloptima.org*.

☐ **TÌNH TRẠNG VÔ GIA CƯ: Các Gia Đình Vô Gia Cư hoặc Trẻ Em/Thanh Thiếu Niên Không Có Người Nuôi Dưỡng Đang Trải Qua Tình Trạng Vô Gia Cư**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng <u>ít nhất một</u> trong những tiêu chí sau đây:

☐ Trẻ em/thanh thiếu niên hoặc gia đình có Thành viên dưới 21 tuổi, đang trong tình trạng vô gia cư được định nghĩa là đáp ứng một hoặc nhiều điều kiện sau đây: thiếu nơi cư trú qua đêm cố định, thường xuyên, và đầy đủ; có nơi ở chính là một nơi công cộng hoặc riêng tư nhưng không được thiết kế hoặc thường được sử dụng để làm chỗ ngủ thông thường cho người, bao gồm xe hơi, công viên, tòa nhà bị bỏ hoang, trạm xe buýt hoặc tàu lửa, sân bay, hoặc khu cắm trại; sống tại một nơi tạm trú được cơ quan công cộng giám sát hoặc do tư nhân điều hành, được thiết kế để cung cấp chỗ ở tạm thời (bao gồm khách sạn và nhà nghỉ do các chương trình của chính phủ liên bang, tiểu bang, hoặc địa phương chi trả cho các cá nhân có mức thu nhập thấp hoặc do các tổ chức từ thiện chi trả, nơi tạm trú tập thể, và nhà ở chuyển tiếp); rời khỏi cơ sở chăm sóc trong tình trạng vô gia cư (bất kể thời gian lưu trú tại cơ sở chăm sóc); sắp mất nhà ở trong 30 ngày tới; trốn tránh tình trạng bạo lực trong gia đình, bạo lực khi hẹn hò, tấn công tình dục, bị rình rập, và những tình trạng khác gây nguy hiểm, chấn thương, hoặc đe dọa đến tính mạng có liên quan đến bạo lực;

HOẶC

☐ Trẻ em/thanh thiếu niên hoặc gia đình đang ở chung nhà với người khác (thí dụ như ngủ nhờ từ nhà này đến nhà khác) do mất nhà ở, kinh tế khó khăn, hoặc lý do tương tự; hoặc đang sống tại nhà nghỉ, khách sạn, chỗ đậu xe kéo, hoặc khu cắm trại do không có nơi ở phù hợp để thay thế; đang sống trong nơi trú ẩn khẩn cấp hoặc chuyển tiếp; hoặc

bị bỏ rơi tại bệnh viện (ở tại bệnh viện và không có nơi an toàn để ở sau khi xuất viện)

HOẶC

☐ Thành viên đã được chấp thuận để nhận Tiền thuê nhà Trong Giai đoạn Chuyển tiếp.

☐ CÓ THỂ TRÁNH VIỆC PHẢI VÀO BỆNH VIỆN HOẶC PHÒNG CẤP CỨU: Trẻ Em và Thanh Thiếu Niên có Nguy Cơ phải Sử Dụng Bệnh Viện hoặc Phòng Cấp Cứu Và Có Thể Tránh Việc Sử Dụng

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được <u>một hoặc nhiều</u> tiêu chí sau đây:

☐ Trẻ em/thanh thiếu niên đã vào Phòng Cấp cứu ba lần hoặc nhiều hơn trong 12 tháng qua, và việc này có thể tránh được nếu được chăm sóc ngoại chẩn phù hợp hoặc tuân thủ tốt hơn việc điều trị;

VÀ/HOẶC

☐ Trẻ em/thanh thiếu niên đã nằm viện và/hoặc lưu trú tại trung tâm điều dưỡng chuyên môn ngắn hạn mà không dự tính trước hai lần hoặc nhiều hơn trong 12 tháng qua, và việc này có thể tránh được nếu được chăm sóc ngoại chẩn phù hợp hoặc tuân thủ tốt hơn việc điều trị.

☐ BỆNH TÂM THẦN NGHIÊM TRỌNG HOẶC RỐI LOẠN SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN: Trẻ Em và Thanh Thiếu Niên mắc Bệnh Tâm Thần Nghiêm Trọng và/hoặc Có Nhu Cầu về Rối Loạn do Sử Dụng Chất Gây Nghiện (Substance Use Disorder, SUD)

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng các tiêu chí về việc hội đủ điều kiện để tham gia vào và/hoặc nhận các dịch vụ thông qua ít nhất một chương trình sau đây:

☐ Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa (Specialty Mental Health Services, SMHS) do Chương trình Sức khỏe Tâm thần (Mental Health Plans, MHP) cung cấp

☐ Hệ thống Phân phát Thuốc có Tổ chức của Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS) hoặc Chương trình Chất gây nghiện của Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC)

☐ LIÊN QUAN ĐẾN TƯ PHÁP: Trẻ Em/Thanh Thiếu Niên Đang Chuyển Tiếp từ Cơ Sở Cải Huấn Dành Cho Thanh Thiếu Niên

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được các tiêu chí sau đây:

☐ Trẻ em và thanh thiếu niên dưới 21 tuổi hoặc trẻ vị thành niên được nhận nuôi trước đây trong độ tuổi từ 18 đến 26, đang chuyển tiếp từ cơ sở cải huấn dành cho thanh thiếu niên hoặc trại giam/nhà tù cho người trưởng thành hoặc đã chuyển tiếp từ cơ sở cải huấn dành cho thanh thiếu niên hoặc trại giam/nhà tù cho người trưởng thành trong vòng 12 tháng qua

☐ **CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ TRẺ EM CỦA CALIFORNIA (CALIFORNIA CHILDREN'S SERVICE, CCS) HOẶC CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC TRẺ EM TOÀN DIỆN (WHOLE CHILD MODEL, WCM) CỦA CCS: Trẻ Em/Thanh Thiếu Niên Được Ghi Danh vào Chương Trình Dịch Vụ Trẻ Em của California (CCS) hoặc CCS WCM có các Nhu Cầu Bổ Sung Ngoài Điều Kiện của CCS**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được tất cả các tiêu chí sau đây:

☐ Được ghi danh vào CCS **hoặc** CCS WCM;

VÀ

☐ Đang trải qua ít nhất một yếu tố xã hội phức tạp có ảnh hưởng đến sức khỏe của họ. Các thí dụ bao gồm (nhưng không giới hạn) như thiếu thực phẩm; thiếu nhà ở ổn định; gặp khó khăn trong việc tiếp cận phương tiện đi lại; tầm soát trải nghiệm tuổi thơ bất hạnh (adverse childhood experiences, ACE) cho thấy mức độ cao (bốn hoặc nhiều hơn); trong thời gian gần đây đã từng làm việc với cơ quan thực thi pháp luật; hoặc dịch vụ can thiệp khủng hoảng liên quan đến sức khỏe tâm thần, từng là trẻ vị thành niên được nhận nuôi trước đây, và/hoặc có các triệu chứng sử dụng chất gây nghiện.

☐ **CHĂM SÓC NHƯ CON NUÔI: Trẻ Em/Thanh Thiếu Niên nhận Phúc Lợi Trẻ Em**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được <u>một hoặc nhiều</u> tiêu chí sau đây:

☐ Dưới 21 tuổi và hiện đang được chăm sóc như con nuôi tại California;

VÀ/HOẶC

☐ Dưới 21 tuổi và trước đó đã được chăm sóc như con nuôi tại California hoặc một tiểu bang khác trong vòng 12 tháng qua;

VÀ/HOẶC

☐ Dưới 26 tuổi và đã hết tuổi được chăm sóc như con nuôi (đang được chăm sóc như con nuôi vào ngày sinh nhật lần thứ 18 hoặc sau đó) ở California hoặc ở tiểu bang khác;

VÀ/HOẶC

☐ Dưới 18 tuổi và hội đủ điều kiện tham gia và/hoặc ở trong Chương trình Hỗ trợ Nhận Con nuôi của California;

VÀ/HOẶC

☐ Dưới 18 tuổi và hiện đang được nhận hoặc đã nhận các dịch vụ từ chương trình Duy trì Gia đình của California trong vòng 12 tháng trước.

☐ **BÌNH ĐẲNG VỀ SINH SẢN: Những Cá Nhân Đang Mang Thai và Sau Khi Sinh Có Nguy Cơ Gặp Những Vấn Đề Bất Lợi Trước Và Sau Khi Sinh**

Xin xác nhận rằng Thành viên đáp ứng được tất cả các tiêu chí sau đây:

☐ Đang mang thai hoặc trong giai đoạn sau khi sinh (trong suốt thời gian 12 tháng);

VÀ

☐ Chịu sự chênh lệch về chủng tộc và sắc tộc như dữ liệu y tế công cộng của tiểu bang California về tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở bà mẹ đã xác định.

4. GHI DANH VÀO NHỮNG CHƯƠNG TRÌNH HOẶC DỊCH VỤ KHÁC

Xin sử dụng bảng **tùy chọn** bên dưới để cho chúng tôi biết Thành viên đang nhận những chương trình và dịch vụ nào khác trong chương trình Medi-Cal. Một số dịch vụ Medi-Cal có thể cần được điều phối với ECM. Vì những dịch vụ khác của Medi-Cal có thể cung cấp sự hỗ trợ tương tự như ECM, các Thành viên có thể không được nhận ECM và những dịch vụ tương tự này cùng một lúc. CalOptima Health sẽ xem xét thông tin bên dưới và xác định liệu Thành viên có hội đủ điều kiện để nhận ECM. CalOptima Health, chứ không phải là người thực hiện việc giới thiệu, sẽ chịu trách nhiệm xác định sự hội đủ điều kiện để nhận ECM.

Nếu người thực hiện việc giới thiệu có thông tin về việc Thành viên đã được ghi danh vào bất kỳ (những) chương trình quản trị hoặc điều phối y tế nào cần được điều phối với ECM (như Chương trình Dịch vụ Trẻ em của California, Điều phối Y tế cho người Thụ hưởng Mục tiêu trong Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Chuyên sâu v.v...) xin chia sẻ thông tin bổ sung trong Phần 5 — Thông tin Bổ sung. **Xin để trống những mục không áp dụng, theo những gì mà quý vị biết.**

CHƯƠNG TRÌNH	
☐ Chương trình các Nhu cầu Đặc biệt dành cho những người Hội đủ Điều kiện với cả Medicare và Medi-Cal (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ Chăm sóc Người bệnh ở Giai đoạn Cuối
☐ Chương trình các Nhu cầu Đặc biệt được Tích hợp Đầy đủ (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ Chương trình Dịch vụ Đa dạng dành cho Người cao niên (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ Chương trình Tự xác định dành cho các Cá nhân bị Khuyết tật về Trí tuệ hoặc Khuyết tật về Phát triển (intellectual or developmental disabilities, I/DD)
☐ Miễn trừ Trợ giúp Sinh hoạt (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ Chuyển tiếp Cộng đồng California (California Community Transitions, CCT)
☐ Chương trình Miễn trừ Thay thế tại Nhà và trong Cộng đồng (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	☐ Miễn trừ HIV/AIDS

5. THÔNG TIN BỔ SUNG:	
Xin sử dụng phần này để cung cấp thông tin bổ sung cho Phần 1–4, nếu cần.	

6. NỘP THÔNG TIN VÀ NHỮNG BƯỚC TIẾP THEO

Bằng việc nộp mẫu đơn này, người thực hiện việc giới thiệu chứng thực rằng, theo sự hiểu biết của mình, thì những thông tin trong mẫu đơn này là chính xác.

Xin nộp Mẫu đơn Giới thiệu để nhận dịch vụ ECM đã hoàn tất đến CalOptima Health bằng email tại CalAIMReferral@caloptima.org hoặc gửi fax đến 1-714-338-3145. Sau khi nhận được hồ sơ, CalOptima Health sẽ đưa ra quyết định chấp thuận ECM trong vòng 7 ngày dương lịch cho các giấy giới thiệu thông thường và trong vòng 72 tiếng cho các giấy giới thiệu khẩn cấp. Nếu Thành viên hội đủ điều kiện, một Nhà cung cấp dịch vụ ECM sẽ liên lạc với Thành viên để xác nhận rằng Thành viên quan tâm đến chương trình ECM và muốn ghi danh để nhận dịch vụ.