نموذج الاحالة للرعاية المحسنة (ENHANCED CARE MANAGEMENT, ECM) للبالغين

يرجى إكمال الأقسام من 1 الى 6. إذا كان هناك قسم مطلوب لم تتمكن من إكماله، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health على الرقم المجاني 1-800-587-8088 (TTY 711) للحصول على دعم إضافي قبل التقديم. CalOptima Health متواجدة من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا الى 5:30 مساءً. المكالمة مجانية. قم بزيارتنا على الانترنيت على www.caloptima.org. يمكنك الحصول على نموذج احالة الـ ECM هذا ومواد الخطة الأخرى بلغات أخرى مجانًا. توفر CalOptima Health ترجمات مكتوبة من قبل مترجمين مؤهلين. اتصل بالرقم 1-888-587-8088 (TTY 711). المكالمة مجانية.

1. معلومات *الأعضاء*	*تشير علامة النجمة (*) إلى ان المعلومات مطلوبة.*
تاريخ الإحالة*	
نوع الإحالة*	☐ عادية ☐ عاجلة
خطة الرعاية المُدارة للعضو*	
الاسم الأول للعضو*	
اسم العائلة للعضو*	
رقم دليل العميل (Client Index Number, CIN) للعضو من Medi-Cal	
رقم تعريف عضو خطة الرعاية المُدارة	
تاريخ ميلاد العضو (سنة/يوم/ شهر)*	
رقم الهاتف الرئيسي للعضو*	
اللغة المفضلة للعضو	
اسم مزود الرعاية الصحية الأولية للعضو	

عنوان سكن العضو	☐ يرجى وضع علامة هنا في حال عدم وجود عنوان حالي ثابت. في حال توفرها، اذكر المواقع التي يتردد العضو على زيارتها.
مدينة سكن العضو	
الرمز البريدي لسكن العضو	
البريد الإلكتروني للعضو	

1. معلومات الأعضاء (تكملة)	*تشير علامة النجمة (*) إلى ان المعلومات مطلوبة.*
أفضل طريقة للاتصال بالعضو/ مقدم العناية (ان وجد)	☐ الهاتف ☐ البريد الإلكتروني
أفضل وقت للاتصال بالعضو/ مقدم العناية	
اسم أحد الوالدين/ الوصي/ مقدم العناية (ان وجد)	
رقم هاتف أحد الوالدين/ الوصي/ مقدم العناية (ان وجد)	
البريد الالكتروني لاحد الوالدين/ الوصي/ مقدم العناية (ان وجد)	

2. معلومات مصدر الإحالة	
اسم المنظمة المحيلة*	
المعرف الوطني لمزود (National Provider Identifier, NPI) المنظمة المُحيلة	
اسم الفرد الذي قام بالاحالة*	
العنوان الوظيفي للفرد الذي قام بالاحالة	
رقم هاتف الفرد الذي قام بالاحالة*	
البريد الالكتروني للفرد الذي قام بالاحالة*	

علاقة الفرد الذي قام بالاحالة بالعضو*	☐ مزود الرعاية الطبية ☐ مزود الخدمة الاجتماعية ☐ غير ذلك: **يرجى تقديم تفاصيل إضافية في القسم 5 - التعليقات الإضافية**
شركاء المجتمع (غير مزودي رعاية ECM فقط)	**هل لدى العضو مزود رعاية ECM مفضل؟** يرجى اختيار واحداً مما يلي: ☐ نعم، هذا العضو لديه مزود رعاية ECM مفضل مدير رعاية ECM المفضل _____ منظمة مزود رعاية ECM المفضل _____

2. معلومات مصدر الإحالة (تكملة)	
	☐ لا، هذا العضو ليس لديه مزود رعاية ECM مفضل
مزودو رعاية ECM فقط	**هل توصي الجهة المُحِيلة بتعيينها كمزود رعاية ECP للعضو؟** يرجى اختيار واحداً مما يلي: ☐ نعم، يجب أن تكون منظمتنا هي مزود رعاية ECM الخاص بالعضو ☐ لا، توصي منظمتنا بتعيين هذا العضو إلى مزود رعاية ECM مختلف بناءً على احتياجاته **يرجى تقديم تفاصيل إضافية في القسم 5 - التعليقات الإضافية.** ☐ لا، يريد هذا العضو مزود رعاية ECM مفضل بديل مدير رعاية ECM المفضل _____ منظمة مزود رعاية ECM المفضل _____

3. أهلية عضو ECM حسب السكان المستهدفين
أهلية ECM للبالغين (21 عامًا أو أكبر) - حدد كل ما ينطبق
إذا كان العضو المُحال شخصًا بالغًا، فيرجى مراجعة كل مؤشر والإشارة بنعم لجميع المؤشرات التي تنطبق على كل مجموعة من السكان المستهدفين (Population of Focus, POF). ***يرجى ترك جميع المؤشرات التي لا تنطبق فارغة، على حد علمك.*** *الرجاء استخدام* ***القسم 5 – التعليقات الإضافية*** *للإشارة إلى أي جوانب قد تستدعي مزيداً من المراجعة من قِبَل CalOptima Health.* للحصول على إرشادات إضافية حول تعريفات ECM POF، يرجى الرجوع إلى*ECM Policy Guide*. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كان العضو مؤهلاً لـ ECM، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health على الرقم المجاني **1-800-587-8088 (TTY 711)**. CalOptima Health متواجدة من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا الى 5:30 مساءً. المكالمة مجانية. قم بزيارتنا على الانترنيت على *www.caloptima.org*.
☐ **التشرد: البالغون الذين يعانون من التشرد** (ملاحظة: لإحالة عائلة بلا مأوى إلى ECM، يرجى استخدام قسم الأطفال/ الشباب)
يرجى التأكد من أن العضو يستوفي المعايير التالية: ☐ الأعضاء البالغون (سواء كان لديهم أطفال/ شباب معالون يعيشون معهم أم لا) الذين يعانون من التشرد، ويُعرَّف ذلك بأنه استيفاء شرط واحد أو أكثر من الشروط التالية: عدم توفر مسكن ليلي ثابت ومنتظم وملائم؛ أو أن يكون المسكن الرئيسي مكاناً عاماً أو خاصاً غير مصمم أو غير مستخدم عادةً كمكان منتظم لنوم البشر بما في ذلك السيارة، أو الحديقة العامة، أو المبنى المهجور، أو محطة الحافلات أو القطار، أو المطار، أو موقع التخييم؛ أو العيش في مأوى خاضع للإشراف وتديره جهة عامة أو خاصة، ومصمم لتوفير ترتيبات معيشية مؤقتة (بما في ذلك الفنادق والنُزُل التي يتم دفع تكاليفها من خلال برامج حكومية -سواء كانت فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية- مخصصة لذوي الدخل المحدود أو من قبل منظمات خيرية، أو الملاجئ الجماعية، أو السكن الانتقالي؛ أو الخروج من مؤسسة ما ليجدوا أنفسهم بلا مأوى (بغض النظر عن مدة الإقامة في

تلك المؤسسة)؛ أو فقدان السكن الوشيك خلال الأيام الـ 30 المقبلة؛ أو الهروب من العنف المنزلي، أو العنف في العلاقات العاطفية، أو الاعتداء الجنسي، أو الملاحقة، أو غيرها من الظروف الخطيرة، أو المسببة للصدمات، أو المهددة للحياة والمرتبطة بمثل هذا العنف؛

و

☐ أن يكون لدى العضو احتياج واحد على الأقل، سواء كان بدنياً أو سلوكياً أو نمائياً، يتسم بالتعقيد ويصاحبه عجز عن الإدارة الذاتية للحالة بنجاح، بحيث من المتوقع أن يؤدي تنسيق الخدمات المقدمة له إلى تحسين النتائج الصحية و/أو تقليل الاستعانة بالخدمات عالية التكلفة (ويشمل ذلك حالات الحمل أو فترة ما بعد الولادة، ولمدة 12 شهراً من تاريخ الولادة).

أو

☐ الأعضاء المصرح لهم بالحصول على بدل الإيجار الانتقالي.

☐ **استخدام المستشفى أو قسم الطوارئ الممكن تجنبه: البالغون المعرضون لاستخدام المستشفى أو الـ ED الممكن تجنبه**

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

☐ خمس زيارات أو أكثر لقسم الطوارئ (Emergency Department, ED) خلال فترة ستة أشهر والتي كان من الممكن تجنبها من خلال الرعاية المناسبة في عيادات المرضى الخارجيين أو تحسين الالتزام بالعلاج؛

و/ أو

☐ ثلاث حالات إقامة غير مخططة أو أكثر في المستشفى و/أو في مرافق التمريض المتخصص قصيرة الأجل خلال فترة ستة أشهر، والتي كان من الممكن تجنبها من خلال الرعاية المناسبة في عيادات المرضى الخارجيين أو تحسين الالتزام بالعلاج.

☐ **مشاكل الصحة النفسية الشديدة/ استخدام المواد: البالغون الذين لديهم احتياجات تتعلق بمشاكل الصحة النفسية الشديدة و/أو اضطراب تعاطي المواد (Substance Use Disorder, SUD).**

3. أهلية عضو ECM حسب السكان المستهدفين (تكملة)

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

☐ استيفاء معايير الأهلية للمشاركة في، أو الحصول على الخدمات من خلال:

☐ خدمات الصحة النفسية المتخصصة (Specialty Mental Health Services, SMHS) التي تقدمها خطط الرعاية النفسية (Mental Health Plans, MHPs)؛ **أو**

☐ نظام Medi-Cal المنظَّم لتوصيل الأدوية (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) **أو،**

☐ برنامج Medi-Cal للأدوية (Drug Medi-Cal, DMC)؛

و

☐ يواجه عاملاً اجتماعياً معقداً واحداً على الأقل يؤثر على صحته [على سبيل المثال: عدم توفر الغذاء، أو عدم توفر سكن مستقر، أو العجز عن العمل أو المشاركة في المجتمع، أو تسجيل معدل مرتفع —أربعة أو أكثر— في مقياس تجارب الطفولة السلبية (Adverse Childhood Events, ACEs) بناءً على الفحص، أو كونه ممن سبق لهم العيش في دور الرعاية البديلة، أو وجود تاريخ من الاحتكاك مؤخراً بجهات إنفاذ القانون لأسباب تتعلق بالصحة النفسية و/أو أعراض تعاطي المواد].

و

☐ واحد أو أكثر من المعايير التالية:

☐ معرض لخطر كبير للإيداع في المؤسسات، و/أو تعاطي جرعة زائدة، و/أو الانتحار؛

☐ استخدام خدمات الأزمات، أو قسم الطوارئ (ED)، أو الرعاية العاجلة أو إقامة المرضى الداخليين كمصدر أساسي للرعاية؛

☐ شهد زيارتين أو أكثر لقسم الطوارئ (ED) أو حالتي دخول أو أكثر إلى المستشفى، بسبب مشاكل صحية نفسية شديدة أو إضطراب تعاطي المواد (SUD) خلال الـ 12 شهرًا الماضية.

☐ التدخل من قبل القانون: البالغون المنتقلون من السجن خلال الـ 12 شهرًا الماضية

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي <u>كلا</u> المعيارين التاليين:

☐ يمر بمرحلة الانتقال من مرفق إصلاحي (مثل السجن، أو الحبس أو مرفق إصلاحي للأحداث)، أو انتقل من مرفق إصلاحي خلال الـ 12 شهرًا الماضية؛

و

☐ لديه واحدة على الأقل من الحالات التالية: مرض نفسي، أو إضطراب تعاطي المواد (SUD) إضطراب تعاطي المواد (SUD)، أو حالة صحية مزمنة/ حالة سريرية هامة غير مزمنة، أو إعاقة ذهنية أو نمائية (intellectual or developmental disability, I/DD)، أو إصابة دماغية رضية (traumatic brain injury, TBI)، أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو الحمل أو فترة ما بعد الولادة.

☐ **المكوث في الرعاية الطويلة الأجل (Long-Term Care, LTC): البالغون الذين يعيشون في المجتمع والمعرضون لخطر المكوث في الـ LTC**

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

☐ يعيش في المجتمع ويستوفي معايير مستوى الرعاية الخاص بمرافق التمريض المتخصص (skilled nursing facility, SNF)، أو يحتاج إلى رعاية تمريضية متخصصة بمستوى أقل حدة مثل الخدمات الطبية والتمريضية المحدودة زمنياً و/أو المتقطعة، أو الدعم، و/أو المعدات اللازمة للوقاية من الأمراض أو الإصابات الحادة أو تشخيصها أو علاجها؛

و

☐ يعاني فعلياً من عامل اجتماعي أو بيئي معقد واحد على الأقل يؤثر على صحته (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: الحاجة إلى المساعدة في أنشطة الحياة اليومية، والصعوبات في كل من التواصل، وتوفر الغذاء، والحصول على سكن مستقر، والعيش بمفرده، والحاجة إلى نظام وصاية أو اتخاذ قرارات موجهة، وسوء الرعاية أو عدم كفايتها وهو ما قد يظهر في صورة غياب المراقبة لضمان السلامة)؛

و

☐ قادر على العيش بشكل مستمر في المجتمع مع توفير منظومة متكاملة من خدمات الدعم.

☐ **المقيمون في مرفق التمريض الذين ينتقلون إلى المجتمع: البالغون المقيمون في مرافق التمريض الذين ينتقلون إلى المجتمع**

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

☐ مقيم في مرفق تمريض يرغب في الانتقال خارج المؤسسة؛

و

3. أهلية عضو ECM حسب السكان المستهدفين (تكملة)

☐ يُعد مرشحاً محتملاً لمغادرة المؤسسة بنجاح؛

و

☐ قادر على الإقامة بشكل مستمر في المجتمع.

☐ **الحقوق بالولادة: الأفراد الحوامل وبعد الولادة المعرضون لخطر النتائج السلبية في الفترة المحيطة بالولادة**

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

☐ حامل أو في فترة ما بعد الولادة (خلال فترة 12 شهرًا)؛

و

☐ يواجه العضو الفوارق العرقية والإثنية على النحو المحدد في بيانات الصحة العامة في كاليفورنيا بشأن معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات النفاسية.

4. التسجيل في البرامج والخدمات الأخرى (اختياري)

يرجى استخدام الجدول **الاختياري** أدناه للإشارة إلى البرامج والخدمات الأخرى التي يتلقاها العضو بموجب Medi-Cal. قد تتطلب بعض خدمات Medi-Cal التنسيق مع ECM. نظرًا لأن خدمات Medi-Cal الأخرى قد تقدم دعمًا مشابهًا لـ ECM، فقد يتم استبعاد الأعضاء من تلقي ECM وهذه الخدمات المشابهة في نفس الوقت. ستقوم CalOptima Health بمراجعة المعلومات الواردة أدناه واتخاذ قرار بشأن أهلية العضو لـ ECM. تتولى CalOptima Health مسؤولية تحديد الأهلية لـ ECM، وليس الشخص الذي قام بالإحالة.

إذا كان هناك أي برنامج (برامج) أخرى لإدارة الرعاية أو التنسيق مسجل فيها العضو، إلى الحد الذي يعرفه الفرد المُحيل، فإن ذلك يتطلب التنسيق مع ECM (مثل خدمات أطفال كاليفورنيا، وإدارة الحالات المستهدفة ضمن خدمات الصحة النفسية المتخصصة، وما إلى ذلك) يرجى مشاركة المعلومات الإضافية في **القسم 5 - التعليقات الإضافية**. **يرجى ترك جميع المؤشرات التي لا تنطبق فارغة، على حد علمك.**

البرامج	
☐ خطة الاحتياجات الخاصة ذات التأهيل المزدوج (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ دار العجزة
☐ خطط الاحتياجات الخاصة المتكاملة بالكامل (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ برنامج لخطط الرعاية الشاملة لكبار السن (All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ برنامج تقرير المصير للأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية والنمائية (Intellectual or Developmental Disability, I/DD)
☐ التنازل عن المساعدة على المعيشة (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ الانتقال المجتمعي في كاليفورنيا (California Community Transitions, CCT)
☐ التنازل عن البدائل المنزلية والمجتمعية (Home and Community	☐ التنازل الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية/

5. التعليقات الاضافية:

يرجى استخدام هذا القسم لتقديم تعليقات إضافية على الأقسام من 1 الى 4، حسب الحاجة.	

6. معلومات التقديم والخطوات التالية

من خلال تقديم هذا النموذج، يشهد الشخص المُحيل حسب علمه بأن المعلومات الواردة في النموذج صحيحة.

يرجى إرسال نموذج إحالة ECM المكتمل إلى CalOptima Health عبر البريد الإلكتروني على **CalAIMReferral@caloptima.org أو عبر الفاكس على الرقم 1-714-338-3145. بعد التقديم، ستتخذ CalOptima Health قراراً بشأن التصريح الخاص بالـ ECM في غضون 7 أيام تقويمية للإحالات العادية، وفي غضون 72 ساعة للإحالات العاجلة. إذا كان العضو مؤهلاً، فسوف يتواصل مزود رعاية ECM مع العضو لتأكيد اهتمامه بـ ECM والتسجيل في الخدمات.**

نموذج إحالة ECM للأطفال/ الشباب

يرجى إكمال الأقسام من الى 6. إذا كان هناك قسم مطلوب لم تتمكن من إكماله، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health على الرقم المجاني 1-800-587-8088 (TTY 711) للحصول على دعم إضافي قبل التقديم. CalOptima Health متواجدة من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا الى 5:30 مساءً. المكالمة مجانية. قم بزيارتنا على الانترنيت على www.caloptima.org. يمكنك الحصول على نموذج احالة الـ ECM هذا ومواد الخطة الأخرى بلغات أخرى مجانًا. توفر CalOptima Health ترجمات مكتوبة من قبل مترجمين مؤهلين. اتصل بالرقم 1-888-587-8088 (TTY 711). المكالمة مجانية.

1. معلومات الأعضاء	*تشير علامة النجمة (*) إلى ان المعلومات مطلوبة.*
تاريخ الإحالة*	
نوع الإحالة*	☐ عادية ☐ عاجلة
خطة الرعاية المُدارة للعضو*	
الاسم الأول للعضو*	
اسم العائلة للعضو*	
رقم دليل العميل (Client Index Number, CIN) للعضو من Medi-Cal	
رقم تعريف عضو خطة الرعاية المُدارة	
تاريخ ميلاد العضو (سنة/يوم/ شهر)*	
رقم الهاتف الرئيسي للعضو*	
اللغة المفضلة للعضو	
اسم مزود الرعاية الصحية الأولية للعضو	
عنوان سكن العضو	☐ يرجى وضع علامة هنا في حال عدم وجود عنوان حالي ثابت. في حال توفرها، اذكر المواقع التي يتردد العضو على زيارتها.
مدينة سكن العضو	
الرمز البريدي لسكن العضو	
البريد الإلكتروني للعضو	

أفضل طريقة اتصال بالعضو/ مقدم الرعاية (الهاتف أو البريد الإلكتروني)	☐ الهاتف ☐ البريد الإلكتروني
أفضل وقت للاتصال بالعضو / مقدم الرعاية	
اسم أحد الوالدين/ الوصي/ مقدم العناية (ان وجد)	
رقم هاتف ولي الأمر/الوصي/ مقدم الرعاية، إن أمكن تطبيقه)	
البريد الالكتروني لاحد الوالدين/ الوصي/ مقدم العناية (ان وجد)	

2. معلومات مصدر الإحالة	
اسم المنظمة المحيلة*	
معرف المزود الوطني للمنظمة المُحيلة (National Provider Identifier, NPI)	
اسم الفرد الذي قام بالاحالة*	
العنوان الوظيفي الفرد الذي قام بالاحالة	
رقم هاتف الفرد الذي قام بالاحالة*	
البريد الالكتروني للفرد الذي قام بالاحالة*	
علاقة الفرد الذي قام بالاحالة بالعضو*	☐ مزود الرعاية الطبية ☐ مزود الخدمة الاجتماعية ☐ غير ذلك: **يرجى تقديم تفاصيل إضافية في القسم 5 - التعليقات الإضافية**
شركاء المجتمع (غير مزودي رعاية ECM فقط)	**هل لدى العضو مزود رعاية ECM مفضل؟** يرجى اختيار واحداً مما يلي: ☐ نعم، هذا العضو لديه مزود رعاية ECM مفضل مدير رعاية ECM المفضل _____ منظمة مزود رعاية ECM المفضل _____ ☐ لا، هذا العضو ليس لديه مزود رعاية ECM مفضل

مزودو رعاية ECM فقط	**هل توصي الجهة المُحِيلة بتعيينها كمزود رعاية ECM للعضو؟** يرجى اختيار واحداً مما يلي: ☐ نعم، يجب أن تكون منظمتنا هي مزود رعاية ECM الخاص بالعضو ☐ لا، توصي منظمتنا بتعيين هذا العضو إلى مزود ECM مختلف بناءً على احتياجاته **يرجى تقديم تفاصيل إضافية في القسم 5 - التعليقات الإضافية.** ☐ لا، يريد هذا العضو مزود رعاية ECM مفضل بديل مدير رعاية ECM المفضل _____ منظمة مزود رعاية ECM المفضل _____

3. أهلية عضو ECM حسب السكان المستهدفين

الأطفال/ الشباب (أقل من 21 عامًا) أهلية ECM أو العائلات المشردة - حدد كل ما ينطبق

إذا كان العضو المُحال طفلاً، أو شاباً أو فرداً أو أسرة (تعاني من التشرد)، فيُرجى مراجعة كل مؤشر وتحديد جميع المؤشرات التي تنطبق وفقاً لتعريفات الفئات المستهدفة من الأطفال والشباب، وذلك لمساعدة CalOptima Health في تحديد مدى استحقاق الفرد لـ ECM وفهم احتياجات الطفل/ الشاب/ الأسرة بأكبر قدر ممكن من الشمولية. يرجى ترك جميع المؤشرات التي لا تنطبق فارغة، على حد علمك.

إذا كنت تقوم بإحالة طفل/ شاب يعاني من التشرد، وأفراد أسرهم أو القائمين على رعايتهم يعانون أيضًا من التشرد ويتمتعون بتغطية من خلال الرعاية المدارة من Medi-Cal، يرجى النظر في إحالة جميع أفراد الأسرة/ مقدمي العناية للحصول على خدمات ECM. يُشجَّع القائمون على خطط الرعاية المُدارة على التعاون مع مزودي رعاية ECM لتقديم الخدمات للأسرة كوحدة واحدة، وذلك عند إحالتها بسبب تعرضها للتشرد.

إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كان العضو مؤهلاً لـ ECM، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health على الرقم المجاني **1-800-587-8088 (TTY 711)**. CalOptima Health متواجدة من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا الى 5:30 مساءً. المكالمة مجانية. قم بزيارتنا على الانترنيت على www.caloptima.org.

☐ **التشرد: العائلات المشردة أو الأطفال/ الشباب غير المرافقين لذويهم الذين يعانون من التشرد**

يرجى تأكيد استيفاء العضو لمعيار واحد على الأقل من المعايير التالية:

☐ الطفل/ الشاب أو الأسرة التي تضم أفراداً تقل أعمارهم عن 21 عاماً، ممن يعانون من التشرد، ويُعرَّف ذلك بأنه استيفاء واحد أو أكثر من الشروط التالية: عدم توفر مسكن ليلي ثابت ومنتظم وملائم؛ أو أن يكون المسكن الرئيسي مكاناً عاماً أو خاصاً غير مصمم أو غير مستخدم عادةً كمكان منتظم لنوم البشر بما في ذلك السيارة، أو الحديقة العامة، أو المبنى المهجور، أو محطة الحافلات أو القطار، أو المطار، أو موقع التخييم؛ أو العيش في مأوى خاضع للإشراف وتديره جهة عامة أو خاصة، ومصمم لتوفير ترتيبات معيشية مؤقتة (بما في ذلك الفنادق والنُزُل التي يتم دفع تكاليفها من خلال برامج حكومية -سواء كانت فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية- مخصصة لذوي الدخل المحدود أو من قبل منظمات خيرية، أو الملاجئ الجماعية، أو السكن الانتقالي؛ أو الخروج من مؤسسة ما ليجدوا أنفسهم بلا مأوى (بغض النظر عن مدة الإقامة في تلك المؤسسة)؛ أو فقدان السكن الوشيك خلال الأيام الـ 30 المقبلة؛ أو الهروب من العنف المنزلي، أو العنف في العلاقات العاطفية، أو الاعتداء الجنسي، أو الملاحقة، أو غيرها من الظروف الخطيرة، أو المسببة للصدمات، أو المهددة للحياة والمرتبطة بمثل هذا العنف؛

أو

☐ يتشارك الطفل/ الشاب أو الأسرة في السكن مع أشخاص آخرين (على سبيل المثال، النوم على الأريكة) بسبب فقدان السكن، أو الصعوبات الاقتصادية، أو سبب مشابه؛ أو يعيش في نُزُل، أو فندق، أو موقف مقطورات، أو أرض تخييم بسبب عدم وجود أماكن إقامة بديلة مناسبة؛ يعيش في مأوى طارئ أو انتقالي؛ أو تم التخلي عنه في المستشفى (البقاء في المستشفى دون مكان آمن للخروج اليه)

أو

☐ الأعضاء المصرح لهم بالحصول على بدل الإيجار الانتقالي.

☐ **استخدام المستشفى أو قسم الطوارئ الممكن تجنبه: الأطفال و الشباب المعرضون لاستخدام المستشفى أو قسم الطوارئ (ED) الممكن تجنبه**

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي واحدًا أو أكثر من المعايير التالية:

☐ قيام الطفل/ الشاب بزيارة قسم الطوارئ ثلاث مرات أو أكثر خلال فترة 12 شهراً، وهي زيارات كان من الممكن تجنبها من خلال الرعاية المناسبة في عيادات المرضى الخارجيين أو تحسين الالتزام بالعلاج؛

و/ أو

☐ تعرّض الطفل/ الشاب لحالتين أو أكثر من حالات الإقامة غير المخطط لها في المستشفى و/ أو في مرافق التمريض المتخصص قصيرة الأجل خلال فترة 12 شهراً، وهي حالات كان من الممكن تجنبها من خلال الرعاية المناسبة في عيادات المرضى الخارجيين أو تحسين الالتزام بالعلاج؛

☐ **اضطراب خطير في الصحة النفسية أو إضطراب تعاطي المواد: الأطفال و الشباب الذين يعانون من مشاكل نفسية خطيرة و/ أو احتياجات إضطراب تعاطي المواد (SUD)**

يرجى تأكيد أن العضو يستوفي معايير الأهلية و/ أو يحصل على خدمات من خلال واحد على الأقل مما يلي:

☐ خدمات الصحة النفسية المتخصصة (Specialty Mental Health Services, SMHS) التي تقدمها خطط الرعاية النفسية (Mental Health Plans, MHPs)

☐ نظام Medi-Cal المنظَّم لتوصيل الأدوية (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) أو برنامج Drug Medi-Cal (DMC)

☐ **التدخل من قبل القانون: الأطفال/ الشباب الذين ينتقلون من مرفق إصلاحي للشباب**

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي المعايير التالية:

☐ الأطفال والشباب الذين تقل أعمارهم عن 21 عاماً، أو الشباب الذين سبق لهم العيش في نظام الرعاية البديلة وتتراوح أعمارهم بين 18 و26 عاماً، ممن هم في مرحلة الانتقال من مؤسسة إصلاحية للأحداث أو حبس/ سجن للبالغين، أو ممن أتموا عملية الانتقال من مؤسسة إصلاحية للأحداث أو حبس/ سجن للبالغين خلال الـ 12 شهرًا الماضية.

☐ **نموذج CCS أو CCS للطفل الشامل: الأطفال/الشباب المسجلون في خدمات الأطفال في كاليفورنيا (California Children's Services, CCS) أو CCS** نموذج الطفل الشامل **(Whole Child Model, WCM) مع احتياجات إضافية تتجاوز شرط CCS**

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

☐ مسجل في CCS أو CCS WCM؛

و

☐ يعاني من عامل اجتماعي معقد واحد على الأقل يؤثر على صحته. وتشمل الأمثلة (على سبيل المثال لا الحصر) عدم إمكانية الحصول على الغذاء؛ وعدم القدرة على الوصول إلى السكن المستقر؛ صعوبة الوصول إلى وسائل النقل؛ درجة عالية (أربعة أو أكثر) من فحص تجارب الطفولة السلبية (Adverse Childhood Experiences, ACE)؛ تاريخ من المواجهات الأخيرة مع سلطات إنفاذ القانون؛ أو خدمات التدخل في الأزمات المتعلقة بالصحة النفسية، والشباب ذو الرعاية البديلة في السابق، و/ أو أعراض تعاطي المواد.

☐ **الرعاية البديلة: الأطفال/الشباب المشاركون في رعاية الطفل**

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي <u>واحدًا أو أكثر</u> من المعايير التالية:

☐ يقل عمره عن 21 عاماً ويتلقى حالياً رعاية بديلة في كاليفورنيا؛

و / أو

☐ أن يكون عمره أقل من 21 عامًا وقد تلقى سابقًا رعاية بديلة في كاليفورنيا أو ولاية أخرى خلال الـ 12 شهرًا الماضية؛

و / أو

☐ عمره أقل من 26 عامًا وخرج من الرعاية البديلة (بعد أن كان في الرعاية البديلة في عيد ميلاده الـ 18 أو بعد ذلك) في كاليفورنيا أو ولاية أخرى؛

و / أو

☐ عمره أقل من 18 عامًا وهو مؤهل للحصول على و/ أو الانضمام إلى برنامج مساعدة التبني في كاليفورنيا؛

و / أو

☐ عمره أقل من 18 عامًا ويتلقى حاليًا أو حصل على خدمات من برنامج California's Family Maintenance (صيانة الأسرة في كاليفورنيا) خلال الـ 12 شهرًا الماضية.

☐ **الحقوق بالولادة: الأفراد الحوامل وبعد الولادة المعرضون لخطر النتائج السلبية في الفترة المحيطة بالولادة**

يرجى التأكد من أن العضو يستوفي جميع المعايير التالية:

☐ حامل أو في فترة ما بعد الولادة (خلال فترة 12 شهرًا)؛

و

☐ تواجه الفوارق العرقية والإثنية على النحو المحدد في بيانات الصحة العامة في كاليفورنيا بشأن معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات النفاسية.

4. التسجيل في البرامج والخدمات الأخرى

يرجى استخدام الجدول **الاختياري** أدناه للإشارة إلى البرامج والخدمات الأخرى التي يتلقاها العضو بموجب Medi-Cal. قد تتطلب بعض خدمات Medi-Cal التنسيق مع ECM. نظرًا لأن خدمات Medi-Cal الأخرى قد تقدم دعمًا مشابهًا لـ ECM، فقد يتم استبعاد الأعضاء من تلقي ECM وهذه الخدمات المشابهة في نفس الوقت. ستقوم CalOptima Health بمراجعة المعلومات الواردة أدناه واتخاذ قرار بشأن أهلية العضو لـ ECM. تتولى CalOptima Health مسؤولية تحديد الأهلية لـ ECM، وليس الشخص الذي قام بالإحالة.

إذا كان هناك أي برنامج (برامج) أخرى لإدارة الرعاية أو التنسيق مسجل فيها العضو، إلى الحد الذي يعرفه الفرد المُحيل، فإن ذلك يتطلب التنسيق مع ECM (مثل خدمات أطفال كاليفورنيا، وإدارة الحالات المستهدفة ضمن خدمات الصحة النفسية المتخصصة، وما إلى ذلك) يرجى مشاركة المعلومات الإضافية في **القسم 5 - التعليقات الإضافية**. **يرجى ترك جميع المؤشرات التي لا تنطبق فارغة، على حد علمك.**

البرامج	
☐ خطة الاحتياجات الخاصة ذات التأهيل المزدوج (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ دار العجزة
☐ خطط الاحتياجات الخاصة المتكاملة بالكامل (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ برنامج لخطط الرعاية الشاملة لكبار السن (All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ برنامج تقرير المصير للأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية والنمائية (Intellectual or Developmental Disability, I/DD)
☐ التنازل عن المساعدة على المعيشة (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ الانتقال المجتمعي في كاليفورنيا (California Community Transitions, CCT)
☐ التنازل عن البدائل المنزلية والمجتمعية	☐ التنازل الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية/

5. التعليقات الاضافية:	
يرجى استخدام هذا القسم لتقديم تعليقات إضافية على الأقسام من 1 الى 4، حسب الحاجة.	

6. معلومات التقديم والخطوات التالية

من خلال تقديم هذا النموذج، يشهد الشخص المُحيل حسب علمه بأن المعلومات الواردة في النموذج صحيحة.

يرجى إرسال نموذج إحالة ECM المكتمل إلى CalOptima Health عبر البريد الإلكتروني على CalAIMReferral@caloptima.org أو عبر الفاكس على الرقم 1-714-338-3145. بعد التقديم، ستتخذ CalOptima Health قراراً بشأن التصريح الخاص بالـ ECM في غضون 7 أيام تقويمية للإحالات العادية، وفي غضون 72 ساعة للإحالات العاجلة. إذا كان العضو مؤهلاً، فسوف يتواصل مزود رعاية ECM مع العضو لتأكيد اهتمامه بـ ECM والتسجيل في الخدمات.