ECM 轉介表 — 成人

請完成第 1-6 部分。如果您無法完成必要填寫的部分，請在提交之前撥打 CalOptima Health 客戶服務免付費電話 1-800-587-8088 (TTY 711) 以獲得更多支援。CalOptima Health 的服務時間為週一至週五，上午8點至下午5點30分。此為免費通話。請上網瀏覽: www.caloptima.org。您可免費獲得本 ECM 轉介表以及其他語言版本的計劃資料。CalOptima Health 提供由合資格的翻譯人員進行的書面翻譯。請致電1-888-587-8088 (TTY 771) 。為免費通話。

1. 會員資訊 *星號 (*) 表示必需填寫的資料。*	
轉介日期*	
轉介類型*	☐ 常規 ☐ 加急
會員的管理式醫療計劃*	
會員名字*	
會員姓氏*	
會員 Medi-Cal 客戶索引號碼 (Client Index Number, CIN)	
管理式醫療計劃會員 ID 號碼	
會員出生日期 (月月/日日/年年年年)*	
會員主要電話號碼*	
會員首選語言	
會員家庭醫生姓名	
會員居住地址	☐ 若目前無固定居所，請勾選此處。若有，請列出會員經常到訪的地點。
會員居住城市	
會員居住地點郵遞區號	
會員電子郵件	

1. 會員資料 (續)	*星號 (*) 表示必需填寫的資料。*
與會員/照顧者最佳聯絡方式 (如適用)	☐ 電話 ☐ 電子郵件
會員/照顧者的最佳聯絡時間	
父母/監護人/照顧者姓名 (如適用)	
父母/監護人/照顧者電話號碼 (如適用)	
父母/監護人/照顧者電子郵件 (如適用)	

2. 轉介來源的資訊	
轉介機構名稱*	
轉介機構國家醫療服務提供者識別碼 (National Provider Identifier, NPI)	
轉介人姓名*	
轉介人職稱	
轉介人電話號碼*	
轉介人電子郵件地址*	
轉介人與會員的關係*	☐ 醫療服務提供者 ☐ 社會服務提供者 ☐ 其他: **請在第5部分 —「附加意見」中提供更多詳細資訊**
社區夥伴 **(僅限非 ECM 服務提供者)**	**會員是否有首選的 ECM 服務提供者?** 請選擇以下其中一項: ☐ 是的, 該會員有首選的 ECM 服務提供者 首選的 ECM 照護管理專員 _____ 首選的 ECM 服務提供者機構 _____

2. 轉介來源資訊 (續)	
	☐ 否, 該會員沒有首選的 ECM 服務提供者
僅限 **ECM** 服務提供者	**是否建議指派該轉介機構擔任該會員的 ECM 服務提供者?** 請選擇以下其中一項: ☐ 是的, 由我們機構擔任該會員的 ECM 服務提供者 ☐ 否, 我們機構建議根據會員的需求, 將其指派給其他的 ECM 服務提供者 **請在第5部分 —「附加意見」中提供更多詳細資訊。** ☐ 否, 該會員希望選擇其他的首選 ECM 服務提供者 首選的 ECM 護理管理人員 _____ 首選的 ECM 服務提供者機構 _____

3. 依據核心目標群體評估會員的 ECM 資格 (續)

成人 (21歲或以上) ECM 資格 — 勾選所有適用項目

*如果被轉介的會員是成人, 請審查每項指標, 並在各個核心目標群體 (Population of Focus, POF) 中對所有適用項目勾選「是」。**在您瞭解的範圍內, 凡是不適用的指標, 請一律留空。**若有任何您認為需要由 CalOptima Health 進一步審查的部分, 請在第5節 —「附加意見」中註明。如需瞭解更多關於 ECM POF 定義的指引, 請參閱《ECM 政策指南》。*

如果您不確定會員是否有資格獲得 ECM, 請撥打 CalOptima Health 客戶服務免付費電話**1-800-587-8088** (TTY **711**)。CalOptima Health 的服務時間為週一至週五, 上午8點至下午5點30分。此為免費通話。請上網瀏覽: *www.caloptima.org*。

☐ **無家可歸: 正處於無家可歸狀態的成人**

(注意: 若要將無家可歸的家庭轉介至 ECM, 請使用「兒童/青少年」部分)

請確認會員符合以下條件:

☐ 成年會員 (無論其是否有供養的兒童/青少年與其同住) 正處於無家可歸狀態, 其定義為符合以下一項或多項條件: 缺乏固定、常規且充足的夜間居所; 主要居所為公共或私人場所, 且該場所並非設計用於、或通常不用於供人類常規睡眠住宿, 包括汽車、公園、廢棄建築物、巴士站或火車站、機場或露營地; 居住在受監管的公營或私營庇護所中, 該庇護所旨在提供臨時居住安排 (包括由聯邦、州或地方政府針對低收入人群的計劃所支付、或由慈善組織支付的酒店和汽車旅館, 以及集中收容所和過渡性住房); 離開機構且面臨無家可歸 (不論在該機構停留時間長短); 將在未來30天內迫切面臨失去住房; 正逃避家暴、約會暴力、性侵犯、跟蹤，以及其他與此類暴力相關的危險、創傷或威脅生命的狀況;

並且

☐ 會員至少有一項複雜的生理、行為或發育需求且無法成功自我管理, 對其進行服務協調將可能改善健康狀況和/或降低高成本服務的使用率 (包括懷孕或產後, 自分娩之日起12個月)。

或者

☐ 已獲批准使用過渡期租金補助的會員。

☐ **可避免住院或急診室使用率: 具有可避免住院或急診使用風險之成人**

請確認會員符合以下一項或多項條件:

☐ 在六個月內有五次或以上的急診室 (emergency department, ED) 就診紀錄, 且該就診本可透過適當的門診照護或提高治療依從性來加以避免;

并且/或者

☐ 在六個月內有三次或以上非計劃性的住院和/或短期專業護理機構留宿紀錄, 且此狀況本可透過適當的門診照護或提高治療依從性來加以避免。

☐ **嚴重精神健康問題/藥物濫用: 有嚴重精神健康和/或物質使用障礙 (Substance Use Disorder, SUD) 需求之成人**

3. 依據核心目標群體評估會員的 ECM 資格 (續)

請確認會員符合以下<u>所有</u>條件:

☐ 符合參與或透過以下管道獲得服務的資格條件:

- ☐ 由精神健康計劃 (MHP) 所提供的專業心理健康服務 (Specialty Mental Health Services, SMHS);
- ☐ 藥物 Medi-Cal 組織交付系統 (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS) **或,**
- ☐ 藥物 Medi-Cal (DMC) 計劃;

<u>並且</u>

☐ 正受至少一項影響其健康的複雜社會因素所影響 (例如: 缺乏獲取食物的管道、缺乏穩定的住房、無法工作或參與社區活動、根據篩檢其童年逆境經驗 (Adverse Childhood Events, ACEs) 分數偏高 (達四項或以上)、曾為寄養青年、近期有與精神健康和/或物質使用症狀相關的執法部門介入紀錄);

<u>並且</u>

☐ 符合以下一項或多項條件:

- ☐ 具有極高的入住機構、藥物過量和/或自殺風險;
- ☐ 將危機干預服務、急診室、緊急需求照護或住院作為主要的醫療照護來源;
- ☐ 在過去12個月內, 因嚴重精神健康問題或 SUD 導致兩次或以上的急診室就診, 或兩次或以上的住院記紀錄。

☐涉及司法: 過去12個月內從監禁場所移轉出來的成人

請確認會員符合以下<u>兩個</u>條件:

☐ 會員正在從懲教所 (例如: 監獄、看守所或青少年懲教場所) 移轉出來, 或在過去12個月內從懲教所移轉出來;

<u>並且</u>

☐ 具有以下至少一種狀況: 精神疾病、SUD、慢性疾病/顯著的非慢性臨床狀況、智力或發育障礙 (developmental disability, I/DD)、創傷性腦損傷 (traumatic brain injury, TBI)、愛滋病毒/愛滋病、懷孕或產後。

☐ **入住長期照護設施 (Long-Term Care, LTC): 居住在社區且面臨入住長期照護機構風險的成年人**

請確認會員符合以下<u>所有</u>條件:

☐ 目前居住於社區中, 且符合專業療養院 (skilled nursing facility, SNF) 照護級別標準, 或者需要中輕度的專業醫療需求, 例如為預防、診斷或治療急性疾病或傷害而需要有限期和/或間歇性的醫療和護理服務、支持和/或設備;

<u>並且</u>

☐ 目前正受至少一項影響其健康的複雜社會或環境因素所影響 (包括但不限於: 日常活動需要協助、溝通困難、缺乏獲取食物的管道、缺乏穩定的住房、獨居、需要法定監護或引導式決策、照護不良或不足, 這可能表現為缺乏安全監控);

<u>並且</u>

☐ 在全方位支持下, 能夠持續居住於社區中。

☐ **護理機構住戶過渡到社區: 成人護理機構住戶過渡到社區**

請確認會員符合以下<u>所有</u>條件:

☐ 目前為護理機構的住戶, 且有意願搬離該機構;

<u>並且</u>

3. 依據核心目標群體評估會員的 ECM 資格 (續)

☐ 具備成功移居出該機構的合適的人選;

<u>並且</u>

☐ 能夠在社區持續居住。

☐ **生育公平: 面臨不良圍產期結果風險的孕婦和產後的人士**

請確認會員符合以下<u>所有</u>條件:

☐ 懷孕或產懷孕或產後 (至12個月);

<u>並且</u>

☐ 屬於加州公共衛生數據中, 孕產婦發病率和死亡率存在種族與族裔差距之高風險群體。

4. 參加其他項目和服務 (選填)

請使用下面的**選填**表格來註明會員接受的其他Medi-Cal 下的計劃和服務。某些 Medi-Cal 服務可能需要與 ECM 進行協調。由於其他 Medi-Cal 服務可能提供與 ECM 類似的支援, 因此會員可能無法同時獲得 ECM 以及該類相似的服務。CalOptima Health 將審查以下資訊, 並確定會員是否有資格獲得 ECM。CalOptima Health 負責決定 ECM 的資格, 而不是由轉介人員決定。

如果會員參加了其他照護管理或協調計劃, 且在轉介人員所知的範圍內需要與 ECM 進行服務協調 (例如: 加州兒童服務計劃、專業精神健康服務中的標靶個案管理等), 請於第 5 節 —「附加意見」中分享更多相關資訊。**就您所知, 將所有不適用的項目留空。**

計劃	
☐ 雙重資格特殊需求計劃 (Dual Special Needs Plans, D-SNP)	☐ 臨終關懷
☐ 全面整合的特殊需求計劃 (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ 老年人全方位護理計劃 (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE) :
☐ 多功能耆老服務計劃 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ 知能/發展障礙 (I/DD) 人士自主決定計劃
☐ 輔助生活豁免計劃 (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ 加州社區過渡計劃 (California Community Transitions, CCT)
☐ 家庭與社區替代方案 (Home and Community-Based Alternatives, HCBA) 豁免計劃	☐ 愛滋病毒／愛滋病豁免計劃

5. 附加意見:	
請根據需要使用此部分對第 **1-4** 部分提供附加意見。	

6.提交資訊及後續步驟
透過提交此表格, 轉介人員證明, 就其所知, 本表格中的資訊是正確的。 請將填寫完畢的 **ECM** 轉介表格, 請透過電子郵件發送至 **CalAIMReferral@caloptima.org** 或傳真至 **1-714-338-3145**, 以提交至 **CalOptima Health**。提交後, **CalOptima Health** 將於**7**個日曆天內 (針對常規轉介) 或**72**小時內 (針對加急轉介), 做出 **ECM** 核准決定。若會員符合資格, **ECM** 服務提供者將與該會員聯絡, 以確認其加入 **ECM** 的意願並辦理服務登記。

ECM 轉介表格 — 兒童/青少年

請完成第1-6部分。如果您無法完成必要填寫的部分，請在提交之前撥打 CalOptima Health 客戶服務免付費電話 1-800-587-8088 (TTY 711) 以獲得更多支援。CalOptima Health 的服務時間為週一至週五，上午8點至下午5點30分。此為免費通話。請上網瀏覽: *www.caloptima.org*。您可免費獲得本 ECM 轉介表以及其他語言版本的計劃資料。CalOptima Health 提供由合資格的翻譯人員進行的書面翻譯。請致電1-888-587-8088 (TTY 711)。此為免費通話。

1. 會員資料 *星號（*）表示必需填寫的資料。*	
轉介日期*	
轉介類型*	☐ 常規 ☐ 加急
會員管理式護理計劃*	
會員名字*	
會員姓氏*	
會員 Medi-Cal 客戶索引號碼 (Client Index Number, CIN)	
管理式護理計劃會員 ID 號碼	
會員出生日期 (MM/DD/YYYY)*	
會員首選電話號碼*	
會員首選語言	
會員家庭醫生姓名	
會員居住地址	☐ 若目前無固定居所，請勾選此處。若有，請列出會員經常到訪的地點。
會員居住城市	
會員居住地點的郵遞編碼	

會員電郵信箱	
會員/照顧者最佳聯絡方式 (電話或電子郵件)	☐ 電話 ☐ 電子郵件
會員/照護人員的最佳聯絡時間	
父母/監護人/照顧者姓名 (如適用)	
父母/監護人/照顧者電話 (如適用)	
父母/監護人/照顧者電子郵件 (如適用)	

2. 轉介來源的資訊	
轉介機構名稱*	
轉介機構國家醫療服務提供者識別碼 (National Provider Identifier, NPI)	
轉介人姓名*	
轉介人頭銜	
轉介人電話號碼*	
轉介人電子郵件地址*	
轉介人與會員的關係*	☐ 醫療服務提供者 ☐ 社會服務提供者 ☐ 其他: **請在第5部分 —「附加意見」中提供更多詳細資訊。**
社區夥伴 **(僅限非 ECM 服務提供者)**	**會員是否有首選的 ECM 服務提供者?** 請選擇以下其中一項: ☐ 是的, 該會員有首選的 ECM 服務提供者 首選的 ECM 護理管理人員 _____ 首選的 ECM 服務提供者機構 _____ ☐ 否, 該會員沒有首選的 ECM 服務提供者

僅限 **ECM** 服務提供者	**是否建議指派該轉介機構擔任該會員的 ECM 服務提供者?** 請選擇以下其中一項: ☐ 是的, 由我們機構擔任該會員的 ECM 服務提供者 ☐ 否, 我們機構建議根據會員的需求, 將其指派給其他的 ECM 服務提供者 **請在第5部分 —「附加意見」中提供更多詳細資訊。** ☐ 否, 該會員希望選擇其他的首選 ECM 服務提供者 首選的 ECM 護理管理人員 _____ 首選的 ECM 服務提供者機構 _____

3. 依據核心目標群體評估會員的 ECM 資格

兒童/青少年 (21歲以下) ECM 資格或無家可歸的家庭 — 勾選所有適用選項

若被轉介的會員為兒童、青少年或家庭 (無家可歸), 請審查每項指標, 並在各個兒童/青少年核心目標群體定義中勾選所有適用項目。這將協助 CalOptima Health 確定該個案是否符合獲得 ECM 的資格, 並能盡可能充分地瞭解該兒童/青少年/家庭的需求。在您瞭解的範圍內, 凡是不適用的指標, 請一律留空。

如果您轉介的兒童/青少年現在是無家可歸的, 而他們的家庭成員或照顧者也無家可歸, 並且透過 Medi-Cal 管理式醫療計劃獲得醫療承保, 請考慮轉介所有家庭成員/照顧者取得 ECM 服務。當因面臨無家可歸而被轉介時, 鼓勵管理式醫療計劃與 ECM 服務提供者通力合作, 以將整戶家庭作為一個整體共同提供服務。

如果您不確定會員是否有資格獲得 ECM, 請撥打 CalOptima Health 客戶服務免付費電話 **1-800-587-8088** (TTY **711**)。CalOptima Health 的服務時間為週一至週五, 上午8點至下午5點30分。此為免費通話。請上網瀏覽: *www.caloptima.org*。

☐ **無家可歸: 無家可歸家庭或正受無家可歸所影響之無人陪伴兒童/青少年**

請確認會員至少符合以下條件之一:

☐ 兒童/青少年或有21歲以下成員之家庭, 且正受無家可歸所影響 (無家可歸之定義為符合以下一項或多項狀況): 缺乏固定、定期且充足的夜間住所; 主要住所為公共或私人場所, 且該場所並非設計供人類居住, 或通常不作為常規睡眠住宿使用, 包括汽車、公園、廢棄建築、巴士或火車站、機場或露營地; 住在受監督的公共或私人經營的庇護所, 旨在提供臨時居住安排 (包括由聯邦、州或地方政府低收入個人計劃或慈善組織支付的酒店和汽車旅館、集體庇護所和過渡性住房; 離開機構後無家可歸 (無論在機構居住時間長短);將在未來30天內即將失去住所; 逃離家庭暴力、約會暴力、性侵犯、跟踪以及與此類暴力相關的其他危險、創傷性或危及生命的狀況;

或者

☐ 由於失去住房、經濟困難或類似原因, 兒童/青少年或家庭與他人共居 (輪流借宿); 或因缺乏其他適當的住宿地點而住在汽車旅館、飯店、露營車公園或露營地; 居住在緊急或過渡庇護所; 或被遺棄在醫院 (在醫院內但沒有安全的地點可以出院安置)。

或者

☐ 已獲批准使用過渡期租金補助的會員。

☐ **可避免住院或急診室使用率: 具有可避免住院或急診使用風險的兒童和青少年**

請確認會員符合以下一項或多項條件:

☐ 在六個月內有五次或以上的急診室 (emergency department, ED) 就診記錄, 且該就診本可透過適當的門診照護或提高治療依從性來加以避免;

并且/或者

☐ 兒童/青少年在12個月內有三次或以上非計劃性的住院和/或短期專業護理機構留宿紀錄, 且此狀況本可透過適當的門診照護或提高治療依從性來加以避免。

☐ **嚴重精神健康問題或物質使用障礙: 具有嚴重精神健康問題和/或 SUD 需求的兒童及青少年**

請確認會員符合以下資格標準及/或透過以下至少一項計劃取得服務:

☐ 由 MHP 所提供的專業心理健康服務 (Specialty Mental Health Services, SMHS)

☐ 藥物 Medi-Cal 機構交付系統 (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS) 或藥物 Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC) 計劃

☐ **涉及司法: 從青少年懲教所過渡出來的兒童/青少年**

請確認會員符合以下條件:

☐ 未滿21歲的兒童及青少年, 或年齡介於18至26歲之間、目前正從青少年懲教機構或成人監獄/監獄移轉出來, 或在過去12個月內已從青少年懲教機構或成人監獄/監獄移轉出來的前寄養青年。

☐ **CCS 或 CCS 兒童全面保健模式: 加入加州兒童服務計劃 (California Children's Services, CCS) 或 CCS 兒童全面保健模式 (WCM) 且具有 CCS 疾病之外其他額外需求的兒童/青少年**

請確認會員符合以下所有條件：

☐ 已加入了 CCS 或 CCS WCM;

並且

☐ 目前正受到至少一項影響其健康的複雜社會因素。範例包括 (但不限於): 缺乏獲取食物的途徑; 缺乏穩定的住房; 難以獲得交通工具; ACEs 篩檢呈現高指標 (四項或更多); 近期有與執法部門接觸的紀錄; 或與心理健康、前寄養青年及/或物質使用症狀相關的危機介入服務。

☐ **寄養: 參與兒童福利的兒童/青少年**

請確認會員符合以下一項或多項條件:

☐ 未滿21歲且目前在加州接受寄養照顧;

并且/或者

☐ 未滿21歲且在過去12個月內曾在加州或其他州接受寄養照顧;

并且/或者

☐ 未滿26歲且因超齡而離開寄養照顧 (在其18歲生日當天或之後仍處於寄養照顧狀態), 無論是在加州或其他州;

并且/或者

☐ 未滿18歲且符合加州領養補助計劃 (California's Adoption Assistance, AAP) 資格及/或已加入該計劃；

并且/或者

☐ 未滿18歲且目前正接受或在過去12個月內曾接受加州家庭維繫 (California's Family Maintenance) 計劃的服務。

☐ **生育公平: 面臨不良圍產期結果風險的孕婦和產後的人士**

請確認會員符合以下所有條件：

☐ 懷孕或產懷孕或產後 (至12個月);

並且

☐ 屬於加州公共衛生數據中, 孕產婦發病率和死亡率存在種族與族裔差距之高風險群體。

4. 參加其他項目和服務

請使用下面的**選填**表格來註明會員接受的其他Medi-Cal 下的計劃和服務。某些 Medi-Cal 服務可能需要與 ECM 進行協調。由於其他 Medi-Cal 服務可能提供與 ECM 類似的支援, 因此會員可能無法同時獲得 ECM 以及該類相似的服務。CalOptima Health 將審查以下資訊, 並對會員的 ECM 資格做出判定。CalOptima Health 負責決定 ECM 的資格, 而不是由轉介人員決定。

如果會員參加了其他照護管理或協調計劃, 且在轉介人員所知的範圍內需要與 ECM 進行服務協調 (例如: 加州兒童服務計劃、專業精神健康服務中的標靶個案管理等), 請於第 5 節 —「附加意見」中分享更多相關資訊。**據您所知請將所有不適用的項目留空。**

計劃	
☐ 雙重資格特殊需求計劃 (Dual Special Needs Plans, D-SNP)	☐ 臨終關懷
☐ 全面整合的特殊需求計劃 (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ 老年人全方位護理計劃 (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE) :
☐ 多功能耆老服務計劃 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ I/DD 人士自主決定計劃
☐ 輔助生活豁免(Assisted Living Waiver, ALW)計劃	☐ 加州社區過渡計劃 (California Community Transitions, CCT)
☐ 家庭與社區替代方案(Home and Community-Based Alternatives, HCBA) 豁免計劃	☐ 愛滋病毒／愛滋病豁免計劃

5. 補充意見:	
請根據需要使用此部分對第1-4部分提供補充意見。	

6. 提交資訊及後續步驟

透過提交此表格, 轉介人員證明, 就其所知, 本表格中的資訊是正確的。

請將填寫完畢的 **ECM** 轉介表格, 請透過電子郵件發送至 **CalAIMReferral@caloptima.org** 或傳真**1-714-338-3145**, 以提交至 **CalOptima Health**。提交後, **CalOptima Health** 將於**7**個日曆天內 (針對常規轉介) 或**72**小時內 (針對加急轉介), 做出 **ECM** 核准決定。若會員符合資格, **ECM** 服務提供者將與該會員聯絡, 以確認其加入 **ECM** 的意願並辦理服務登記。