فرم ارجاع مدیریت مراقبت پیشرفته (ENHANCED CARE MANAGEMENT, ECM)— بزرگسالان

لطفا بخش های 1-6 را کامل کنید. اگر بخشی الزامی وجود دارد که قادر به تکمیل آن نیستید، لطفاً قبل از ارسال فرم، برای دریافت پشتیبانی بیشتر با خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره رایگان 1-800-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید. CalOptima Health برای کمک به شما از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهرروزهای دوشنبه تا جمعه، آماده است. این تماس رایگان است. به وبسایت ما مراجعه نمایید *www.caloptima.org* . شما می‌توانید این فرم ارجاع ECM و سایر مطالب طرح را به صورت رایگان به زبان‌های دیگر دریافت کنید. CalOptima Health ترجمه‌های کتبی را توسط مترجمان واجد شرایط ارائه می‌دهد. با شماره 1-888-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

1. اطلاعات اعضا *علامت ستاره (*) نشان دهنده اطلاعات الزامی است.*	
تاریخ ارجاع*	
نوع ارجاع*	☐ معمولی ☐ فوری
برنامه مراقبت مدیریت شده اعضا*	
نام عضو*	
نام خانوادگی عضو*	
شماره شناسه عضویت Medi-Cal (CIN)	
شماره شناسه عضویت Managed Care Plan	
تاریخ تولد عضو *(MM/DD/YYYY)	
شماره تلفن اصلی عضو*	
زبان ترجیحی عضو	
نام ارائه دهنده مراقبت اولیه عضو	
آدرس محل سکونت عضو	☐ اگر آدرس فعلی ثابتی وجود ندارد، لطفاً اینجا را علامت بزنید. در صورت امکان، مکان‌هایی که عضو اغلب به آنجا

	مراجعه می کند را فهرست کنید.
شهر محل سکونت عضو	
کد پستی محل سکونت عضو	
ایمیل عضو	

1. اطلاعات اعضا (ادامه) *علامت ستاره (*) نشان دهنده اطلاعات الزامی است.*	
بهترین روش تماس برای عضو/مراقب (در صورت وجود)	☐ تلفن ☐ ایمیل
بهترین زمان تماس برای عضو / مراقب	
نام والدین/سرپرست/مراقب (در صورت وجود)	
شماره تلفن والدین/سرپرست/مراقب (در صورت وجود)	
شماره تلفن والدین/سرپرست/مراقب (در صورت وجود)	

2. اطلاعات منبع ارجاع	
نام سازمان ارجاع دهنده*	
شناسه ارائه دهنده ملی سازمان ارجاع دهنده (National Provider Identifier, NPI)	
نام فرد ارجاع دهنده*	
عنوان فرد ارجاع دهنده	
شماره تلفن فرد ارجاع دهنده*	
آدرس ایمیل فرد ارجاع دهنده*	

رابطه فرد ارجاع دهنده با عضو*	☐ ارائه دهنده خدمات پزشکی ☐ ارائه دهنده خدمات اجتماعی ☐ سایر موارد: **لطفاً جزئیات بیشتر را در بخش 5 - توضیحات تکمیلی- ارائه دهید**
شرکای جامعه **(ECM فقط ارائه دهندگان خدمات غیر)**	**آیا عضو یک ارائه دهنده ECM ترجیحی دارد؟** لطفا یکی از موارد زیر را انتخاب کنید: ☐ بله، این عضو یک ارائه دهنده خدمات ECM ترجیحی دارد مدیر مراقبت ترجیحی ECM _____ سازمان ارائه دهنده ترجیحی ECM _____

2. اطلاعات منبع ارجاع (ادامه)	
	☐ خیر، این عضو ارائه دهنده ECM ترجیحی ندارد
فقط ارائه دهندگان ECM	**آیا سازمان ارجاع کننده توصیه می‌کند که به عنوان ارائه دهنده خدمات ضروری جامعه (Essential Community Provider, ECP) به عضو منصوب شوید؟** لطفا یکی از موارد زیر را انتخاب کنید: ☐ بله، سازمان ما باید ارائه دهنده ECM عضو باشد ☐ نه، سازمان ما توصیه می‌کند که این عضو بر اساس نیازهایشان به یک ارائه‌دهنده ECM دیگر اختصاص داده شود **لطفاً جزئیات بیشتر را در بخش 5 - توضیحات تکمیلی- ارائه دهید.** ☐ نه، این عضو یک ارائه دهنده ترجیحی ECM جایگزین می خواهد مدیر مراقبت ترجیحی ECM _____ سازمان ارائه دهنده ترجیحی ECM _____

3. واجد شرایط بودن ECM عضو بر اساس جمعیت تمرکز

واجد شرایط بودن ECM بزرگسالان (سن 21 سال یا بالاتر) - همه مواردی که اعمال می شود را بررسی کنید

اگر عضو ارجاع شده یک بزرگسال است، لطفاً هر شاخص را مرور کنید و برای همه مواردی که در هر جمعیت مورد نظر (Population of Focus, POF) صدق می‌کند، پاسخ بله را انتخاب کنید. ***لطفاً در حد اطلاع خود همه شاخص‌هایی را که اعمال نمی‌شوند را خالی بگذارید.*** *لطفاً از بخش 5 — توضیحات تکمیلی برای ذکر مواردی که نیاز به بررسی بیشتر CalOptima Health دارند، استفاده کنید.* برای راهنمایی بیشتر در مورد تعاریف ECM POF، لطفاً به *ECM Policy Guide* مراجعه نمایید.

اگر مطمئن نیستید که آیا عضوی واجد شرایط ECM است، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health با شماره رایگان **1-800-587-8088 (TTY 711)** تماس بگیرید. CalOptima Health برای کمک به شما از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهرروزهای دوشنبه تا جمعه، آماده است. این تماس رایگان است. به وبسایت ما مراجعه نمایید *www.caloptima.org*.

☐ **بی خانمانی: بزرگسالانی که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند**

(توجه: برای ارجاع یک خانواده بی خانمان به ECM، لطفا از بخش کودکان/نوجوانان استفاده کنید)

لطفاً تأیید کنید که عضو هر دو معیار زیر را دارد:

☐ اعضای بزرگسال (چه کودک/نوجوان تحت تکفل داشته باشند و چه نداشته باشند) که بی‌خانمانی را به عنوان یک یا چند مورد از شرایط زیر تجربه می‌کنند: نداشتن محل اقامت ثابت، منظم و کافی برای اسکان در شب؛ داشتن محل اقامت اصلی که مکانی عمومی یا خصوصی است که برای خواب منظم انسان‌ها طراحی نشده یا معمولاً به عنوان محل اقامت استفاده نمی‌شود، از جمله ماشین، پارکینگ، ساختمان متروکه، ایستگاه اتوبوس یا قطار، فرودگاه یا زمین کمپینگ؛ زندگی در یک پناهگاه تحت نظارت دولتی یا خصوصی که برای ارائه تمهیدات زندگی موقت طراحی شده است (از جمله هتل‌ها و متل‌هایی که توسط برنامه‌های دولت فدرال، ایالتی یا محلی برای افراد کم‌درآمد یا توسط سازمان‌های خیریه، پناهگاه‌های تجمعی و مسکن موقت پرداخت می‌شوند)؛ خروج از یک موسسه و ورود به وضعیت بی‌خانمانی (صرف نظر از مدت اقامت در موسسه؛ به زودی در 30 روز آینده مسکن خود را از دست خواهند داد)؛ فرار از خشونت خانگی، خشونت در روابط عاشقانه، تجاوز جنسی، تعقیب و سایر شرایط خطرناک، آسیب‌زا یا تهدیدکننده زندگی مربوط به چنین خشونتی؛

و

☐ عضو حداقل یک نیاز پیچیده فیزیکی، رفتاری یا رشدی، با ناتوانی در مدیریت قابل قبول خود دارد، که هماهنگی خدمات احتمالاً منجر به بهبود نتایج سلامت **و/یا** کاهش استفاده از خدمات پرهزینه می شود (شامل افراد باردار یا پس از زایمان، تا 12 ماه پس از زایمان)

یا

☐ اعضای مجاز برای دریافت اجاره انتقالی.

☐ **در معرض خطر قابل اجتناب بستری در بیمارستان یا ارجاع به بخش اورژانس: بزرگسالان در معرض بستری شدن قابل اجتناب در بیمارستان یا بخش اورژانس (ED)**

لطفاً تأیید کنید که عضو یک یا چند مورد از معیارهای زیر را دارد:

☐ پنج مورد یا بیشتر مراجعه به بخش اورژانس (ED) در یک دوره شش ماهه که با مراقبت‌های سرپایی مناسب یا بهبود در پایبندی به مراحل درمان قابل پیشگیری بود؛

و/ یا

☐ سه یا چند مورد بستری ناخواسته در بیمارستان و/یا مرکز پرستاری تخصصی کوتاه مدت در یک دوره شش ماهه که با مراقبت سرپایی مناسب یا بهبود در پایبندی به مراحل درمان قابل اجتناب بود.

☐ **مشکلات جدی سلامت روان/ مصرف مواد: بزرگسالان با نیازهای جدی سلامت روان و/ یا اختلال مصرف مواد (Substance Use Disorder, SUD).**

3. شرایط عضویت در ECM بر اساس جمعیت تمرکز (ادامه)

لطفاً تأیید کنید که عضو <u>تمام</u> معیارهای زیر را دارد:

☐ معیارهای واجد شرایط بودن برای شرکت در یا دریافت خدمات از طریق:

☐ خدمات تخصصی سلامت روان (Specialty Mental Health Services, SMHS) ارائه شده توسط MHP;

☐ سیستم تحویل سازمان داروی Medi-Cal یا (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS) **یا،**

☐ برنامه مواد مخدر (Drug Medi-Cal (DMC;

و

☐ حداقل یک عامل اجتماعی پیچیده مؤثر بر سلامت خود را تجربه می‌کنند (مثلاً عدم دسترسی به غذا، عدم دسترسی به مسکن پایدار، عدم توانایی در کار یا مشارکت در جامعه، میزان بالای (چهار یا بیشتر) رویدادهای نامطلوب دوران کودکی (Adverse Childhood Events, ACEs) بر اساس غربالگری، کودکی که قبلاً تحت سرپرستی موقت بوده، سابقه تماس‌های اخیر با مأموران اجرای قانون مربوط به سلامت روان و/یا علائم مصرف مواد).

و

☐ یک یا چند مورد از معیارهای زیر:

☐ در معرض خطر بالای نهادینه شدن در مراکز نگهداری، مصرف بیش از حد مواد مخدر، و/یا خودکشی **یا**

☐ استفاده از خدمات بحران، اورژانس ، مراقبت های فوری، یا اقامت در مراکز بستری به عنوان منبع مراقبت استفاده کنید؛

☐ در 12 ماه گذشته به دلیل مشکلات جدی سلامت روان یا اختلال مصرف مواد، دو یا چند بار به اورژانس مراجعه کرده یا دو یا چند بار بستری شده است.

☐ درگیری با قانون: بزرگسالانی که در 12 ماه گذشته از حبس خارج شده اند

لطفاً تأیید کنید که عضو هر دو معیار زیر را دارد:

☐ عضودر حال انتقال از یک مرکز اصلاح و تربیت (مثلاً زندان، بازداشتگاه یا کانون اصلاح و تربیت نوجوانان) است، یا در 12 ماه گذشته از یک مرکز اصلاح و تربیت منتقل شده است؛

و

☐ حداقل یکی از شرایط زیر را دارد: بیماری روانی، اختلال مصرف مواد (SUD)، بیماری مزمن/بیماری بالینی غیرمزمن قابل توجه، ناتوانی ذهنی یا رشدی (intellectual or developmental disability, I/DD)، آسیب تروماتیک مغزی (traumatic brain injury, TBI)، ابتلا به HIV/AIDS بارداری یا در دوران پس از زایمان.

☐ **نهادینه شدن در مراکز مراقبت طولانی مدت (Long-Term Care, LTC): بزرگسالانی که در جامعه زندگی می کنند و در معرض خطر نهادسازی LTC هستند**

لطفاً تأیید کنید که عضو <u>تمام</u> معیارهای زیر را دارد:

☐ در جامعه زندگی می‌کند و معیارهای دریافت خدمات در سطح مراقبت در مرکز پرستاری ماهر (skilled nursing facility, SNF) را دارد یا به پرستاری ماهر در سطح پایین تر، مانند خدمات پزشکی و پرستاری با محدودیت زمانی و/یا متناوب، پشتیبانی و/یا تجهیزات برای پیشگیری، تشخیص یا درمان بیماری یا آسیب حاد نیاز دارد.

و

☐ به طور فعال حداقل یک عامل پیچیده اجتماعی یا محیطی مؤثر بر سلامت خود را تجربه می‌کند (از جمله، اما نه محدود به: نیاز به کمک در فعالیت‌های روزمره زندگی، مشکلات ارتباطی، دسترسی به غذا، دسترسی به مسکن پایدار، زندگی به تنهایی، نیاز به سرپرستی یا تصمیم‌گیری هدایت‌شده، مراقبت ضعیف یا ناکافی، که ممکن است به عنوان عدم نظارت بر ایمنی ظاهر شود)؛

و

☐ عضو می تواند با پشتیبانی های مداوم به طور مداوم در جامعه زندگی کند.

☐ **ساکنان مرکز پرستاری در حال انتقال به جامعه: بزرگسالان ساکنان مرکز پرستاری در حال انتقال به جامعه**

لطفاً تأیید کنید که عضو <u>تمام</u> معیارهای زیر را دارد:

☐ عضو یکی از ساکنان مرکز پرستاری است و علاقه‌مند به ترک آن مرکز می‌باشد؛

و

3. شرایط عضویت در ECM بر اساس جمعیت تمرکز (ادامه)

☐ عضو کاندیدای احتمالی برای خروج موفقیت آمیز از یک موسسه است؛

و

☐ قادر به اقامت مداوم در جامعه است.

☐ **حقوق برابری تولد: افراد باردار و در دوران پس از زایمان در معرض خطر پیامدهای نامطلوب مشکلات بارداری**

لطفاً تأیید کنید که عضو <u>تمام</u> معیارهای زیر را دارد:

☐ باردار است یا در دوران پس از زایمان است (تا 12 ماه پس از زایمان)؛

و

☐ این عضو در معرض نابرابری های نژادی و قومی است که بر اساس داده های بهداشت عمومی کالیفرنیا در مورد عوارض و مرگ و میر مادران تعریف شده است.

4. ثبت نام در سایر برنامه ها و خدمات (اختیاری)

لطفاً از جدول خدمات **اختیاری** زیر برای نشان دادن سایر برنامه ها و خدماتی که عضو توسط Medi-Cal دریافت می کند، استفاده کنید. برخی از خدمات Medi-Cal ممکن است نیاز به هماهنگی با ECM داشته باشند. از آنجایی که سایر خدمات Medi-Cal ممکن است پشتیبانیهای مشابه ECM را ارائه دهند، ممکن است اعضا قادر به دریافت ECM و این خدمات مشابه به طور همزمان نباشد. CalOptima Health اطلاعات زیر را بررسی کرده و در مورد واجد شرایط بودن عضو برای ECM تصمیم گیری خواهد کرد. CalOptima Health مسئول تعیین صلاحیت برای ECM است، نه فرد ارجاع دهنده.

اگر برنامه(های) مدیریت مراقبت یا هماهنگی دیگری وجود داشته باشد که عضو در آن عضو ثبت نام شده باشد، تا حدی که فرد ارجاع دهنده مطلع باشد، نیاز به هماهنگی با ECM دارد (مانند خدمات کودکان کالیفرنیا، مدیریت مورد هدفمند در خدمات تخصصی سلامت روان و غیره) لطفاً اطلاعات اضافی را در بخش 5 - نظرات اضافی به اشتراک بگذارید. **لطفاً تمام شاخص‌هایی را که در حد اطلاع شما در زمینه شما اعمال نمی‌شود، خالی بگذارید.**

برنامه ها	
☐ برنامه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ مراقبتهای تسکینی برای بیماران لاعلاج
☐ برنامه های کاملاً یکپارچه برای نیازهای ویژه (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program For AllInclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ برنامه خود تعیینی برای افراد برای افراد دارای I/DD
☐ معافیت زندگی با کمک (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT)

5. نظرات تکمیلی:	
لطفاً در صورت نیاز از این بخش برای ارائه نظرات اضافی در مورد بخش های 1 تا 4، استفاده کنید.	

6. اطلاعات ارسال و مراحل بعدی
با ارسال این فرم، فرد ارجاع دهنده بر اساس اطلاعات خود را به صحت اطلاعاتی که در این فرم درج است گواهی می دهد. لطفا فرم ارجاع ECM تکمیل شده را از طریق ایمیل به آدرس CalOptima Health ارسال کنید. CalAIMReferral@caloptima.org یا به این شماره فکس نمایید 1-714-338-3145. پس از ارسال، CalOptima Health ظرف 7 روز تقویمی برای ارجاعات معمول و ظرف 72 ساعت برای ارجاعات تسریع‌شده، تصمیم خود را در مورد مجوز ECM اعلام خواهد کرد. اگر عضو واجد شرایط باشد، ارائه‌دهنده خدمات ECM برای تأیید تمایل به ECM و ثبت‌نام در خدمات با عضو تماس خواهد گرفت.

فرم ارجاع ECM - کودک/نوجوان

لطفا بخش های 1-6 را کامل کنید. اگر بخشی الزامی وجود دارد که قادر به تکمیل آن نیستید، لطفاً قبل از ارسال فرم، برای دریافت پشتیبانی بیشتر با خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره رایگان 1-800-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید. CalOptima Health برای کمک به شما از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهرروزهای دوشنبه تا جمعه، آماده است. این تماس رایگان است. به وبسایت ما مراجعه نمایید *www.caloptima.org*. شما می‌توانید این فرم ارجاع ECM و و سایر مطالب طرح را به صورت رایگان به زبان‌های دیگر دریافت کنید. CalOptima Health ترجمه‌های کتبی را توسط مترجمان واجد شرایط ارائه می‌دهد. با شماره 1-888-587-8088 (TTY 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

1. اطلاعات اعضا *ستاره (*) اطلاعات ضروری را نشان می دهد.*	
تاریخ ارجاع*	
نوع ارجاع*	☐ معمولی ☐ فوری
برنامه مراقبت مدیریت شده اعضا*	
نام عضو*	
نام خانوادگی عضو*	
شماره شناسه عضویت Medi-Cal (CIN)	
شماره شناسه عضویت Managed Care Plan	
تاریخ تولد عضو (MM/DD/YYYY)*	
شماره تلفن اصلی عضو*	
زبان ترجیحی عضو	
نام ارائه دهنده مراقبت اولیه عضو	
آدرس محل سکونت عضو	☐ اگر آدرس فعلی ثابتی وجود ندارد، لطفاً اینجا را علامت بزنید. در صورت امکان، مکان‌هایی که عضو اغلب به آنجا مراجعه می کند را فهرست کنید.

شهر محل سکونت عضو	
کد پستی محل سکونت عضو	
ایمیل عضو	
بهترین روش تماس برای عضو / مراقب (تلفن یا ایمیل)	☐ تلفن ☐ ایمیل
بهترین زمان تماس برای عضو / مراقب	
نام والدین/سرپرست/مراقب (در صورت وجود)	
تلفن والدین /سرپرست/مراقب (در صورت وجود)	
ایمیل والدین/سرپرست/مراقب (در صورت وجود)	

2. اطلاعات منبع ارجاع	
نام سازمان ارجاع دهنده*	
شناسه ارائه دهنده ملی سازمان ارجاع دهنده ((NPI	
نام فرد ارجاع دهنده*	
عنوان فرد ارجاع دهنده	
شماره تلفن فرد ارجاع دهنده*	
آدرس ایمیل فرد ارجاع دهنده*	
رابطه فرد ارجاع دهنده با عضو*	☐ ارائه دهنده خدمات پزشکی ☐ ارائه دهنده خدمات اجتماعی ☐ سایر موارد: **لطفاً جزئیات بیشتر را در بخش 5 - توضیحات تکمیلی- ارائه دهید**

شرکای جامعه **(فقط ارائه دهندگان خدمات غیر ECM)**	**آیا عضو یک ارائه دهنده ECM ترجیحی دارد؟** لطفا یکی از موارد زیر را انتخاب کنید: ☐ بله، این عضو یک ارائه دهنده ECM ترجیحی دارد مدیر مراقبت ترجیحی ECM _____ سازمان ارائه دهنده ترجیحی ECM _____ ☐ خیر، این عضو ارائه دهنده ECM ترجیحی ندارد
فقط ارائه دهندگان ECM	**آیا سازمان ارجاع کننده توصیه می‌کند که به عنوان ارائه دهنده خدمات ضروری جامعه (Essential Community Provider, ECP) به عضو منصوب شوید؟** لطفا یکی از موارد زیر را انتخاب کنید: ☐ بله، سازمان ما باید ارائه دهنده ECM عضو باشد ☐ نه، سازمان ما توصیه می‌کند که این عضو بر اساس نیازهایشان به یک ارائه‌دهنده ECM دیگر اختصاص داده شود **لطفاً جزئیات بیشتر را در بخش 5 - توضیحات تکمیلی- ارائه دهید.** ☐ نه، این عضو یک ارائه دهنده ترجیحی ECM جایگزین می خواهد مدیر مراقبت ترجیحی ECM _____ سازمان ارائه دهنده ترجیحی ECM _____

3. واجد شرایط بودن ECM عضو بر اساس جمعیت تمرکز

واجد شرایط بودن ECM برای کودکان/ نوجوانان (زیر 21 سال) یا خانواده های بی خانمان — همه مواردی که که برای شما صدق می کند را علامت بزنید

اگر عضو ارجاع شده کودک، نوجوان یا یک خانواده (بی خانمان) است، لطفاً همه شاخصها را مرور کنید و همه مواردی که در تمامی تعاریف جمعیت تمرکز کودک/ نوجوان صدق می‌کند را علامت بزنید تا به CalOptima Health کمک کنید تا مشخص کند که آیا فرد واجد شرایط ECM است و نیازهای کودک/نوجوان/خانواده را تا حد امکان به‌طور کامل درک می‌کند یا خیر. لطفاً در حد اطلاع خود همه شاخص‌هایی را که اعمال نمی‌شوند را خالی بگذارید.

اگر کودک/نوجوانی را معرفی می‌کنید که بی‌خانمان است و اعضای خانواده یا سرپرستان او نیز بی‌خانمان هستند و از طریق مراقبت‌های مدیریت‌شده‌ی Medi-Cal تحت پوشش هستند، لطفاً ارجاع همه اعضای خانواده/سرپرستان را برای خدمات مراقبت‌های مدیریت‌شده‌ی اضطراری (ECM) در نظر بگیرید. طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده تشویق می‌شوند که در صورت ارجاع به دلیل بی‌خانمانی، با ارائه‌دهندگان ECM برای خدمت‌رسانی مشترک به یک واحد خانوادگی همکاری کنند.

اگر مطمئن نیستید که عضوی واجد شرایط ECM است یا خیر، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره رایگان **1-800-587-8088 (TTY 711)** تماس بگیرید. CalOptima Health برای کمک به شما از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهرروزهای دوشنبه تا جمعه، آماده است. این تماس رایگان است. به وبسایت ما مراجعه نمایید www.caloptima.org.

☐ **بی خانمانی: خانواده های بی خانمان یا کودکان / نوجوانان بی سرپرست که بی خانمانی را تجربه می کنند**

لطفاً تأیید کنید که عضو حداقل 1 مورد از معیارهای زیر را دارد:

☐ کودک/نوجوان یا خانواده‌ای با اعضای زیر 21 سال که بی‌خانمانی را به عنوان یک یا چند مورد از شرایط زیر تجربه می‌کنند: نداشتن محل اقامت ثابت، منظم و کافی برای اسکان در شب؛ داشتن محل اقامت اصلی که مکانی عمومی یا خصوصی است که برای خواب منظم انسان‌ها طراحی نشده یا معمولاً به عنوان محل اقامت استفاده نمی‌شود، از جمله ماشین، پارکینگ، ساختمان متروکه، ایستگاه اتوبوس یا قطار، فرودگاه یا زمین کمپینگ؛ زندگی در یک پناهگاه تحت نظارت دولتی یا خصوصی که برای ارائه تمهیدات زندگی موقت طراحی شده است (از جمله هتل‌ها و متل‌هایی که توسط برنامه‌های دولت فدرال، ایالتی یا محلی برای افراد کم‌درآمد یا توسط سازمان‌های خیریه، پناهگاه‌های تجمعی و مسکن موقت پرداخت می‌شوند)؛ خروج از یک موسسه و ورود به وضعیت بی‌خانمانی (صرف نظر از مدت اقامت در موسسه؛ به زودی در 30 روز آینده مسکن خود را از دست خواهند داد)؛ فرار از خشونت خانگی، خشونت در روابط عاشقانه، تجاوز جنسی، تعقیب و سایر شرایط خطرناک، آسیب‌زا یا تهدیدکننده زندگی مربوط به چنین خشونتی؛

یا

☐ کودک/ نوجوان یا خانواده به دلیل از دست دادن مسکن، مشکلات اقتصادی یا دلایلی مشابه، از مسکن افراد دیگر به صورت اشتراکی استفاده می نمایند (مانند خوابیدن روی کاناپه دیگران). یا در متل، هتل، پارک ماشین تریلر، یا زمین کمپینگ به دلیل نبود مکان های اقامتی مناسب زندگی می کند. یا در پناهگاه اضطراری یا انتقالی زندگی می کند. یا در بیمارستان رها شده است (در بیمارستان بدون مکان امن برای ترخیص)

یا

☐ اعضای مجاز برای دریافت اجاره انتقالی.

☐ **بستری قابل اجتناب در بیمارستان یا ارجاع به بخش اورژانس: کودکان و نوجوانان در معرض بستری شدن قابل اجتناب در بیمارستان یا بخش اورژانس (ED)**

لطفاً تأیید کنید که عضو یک یا چند مورد از معیارهای زیر را دارد:

☐ کودک/نوجوان در یک دوره 12 ماهه سه یا بیشتر به بخش اورژانس مراجعه کرده است که با مراقبت‌های سرپایی مناسب یا بهبود در پایبندی به مراحل درمان، قابل پیشگیری بود؛

و/ یا

☐ کودک/نوجوان در یک دوره ۱۲ ماهه، دو یا چند بار بدون برنامه‌ریزی قبلی در بیمارستان و/یا مراکز نگهداری کوتاه‌مدت بستری می‌شود که با مراقبت‌های سرپایی مناسب یا بهبود در پایبندی به مراحل درمان، قابل اجتناب بود.

☐ **مشکلات جدی سلامت روان یا ماختلال صرف مواد: کودکان و جوانان با مشکلات جدی سلامت روان و/ یا نیازهای SUD**

لطفاً تأیید کنید که عضو دارای معیارهای واجد شرایط بودن و/یا دریافت خدمات از طریق حداقل یک مورد از موارد زیر است:

☐ خدمات تخصصی سلامت روان (Specialty Mental Health Services, SMHS) ارائه شده توسط MHP

☐ سیستم تحویل سازمان دارو(Medi-Cal (DMC-ODS یا برنامه دارو Medi-Cal (DMC)

☐ **درگیری با قانون: کودکان / نوجوانان در حال انتقال از کانون اصلاح و تربیت جوانان**

لطفاً تأیید کنید که عضو هر دو معیار زیر را دارد:

☐ کودکان و نوجوانان زیر 21 سال یا جوانان 18 تا 26 ساله‌ای که قبلاً تحت سرپرستی موقت بوده‌اند و در حال انتقال از کانون اصلاح و تربیت جوانان یا زندان/زندان بزرگسالان هستند یا در 12 ماه گذشته از مرکز اصلاح و تربیت جوانان یا بازداشتگاه/زندان بزرگسالان منتقل شده‌اند

☐ **مدل کل کودک CCS یا CCS: کودکان / نوجوانان ثبت نام شده در خدمات کودکان کالیفرنیا (California Children's Services, CCS) یا CCS WCM با نیازهای اضافی فراتر از شرایط CCS**

لطفاً تأیید کنید که عضو تمام معیارهای زیر را دارد:

☐ در CCS یا CCS WCM ثبت نام کرده باشد؛

و

☐ عضو حداقل یک عامل اجتماعی پیچیده را تجربه می کند که بر سلامت او تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال (اما نه فقط محدود به این موارد) اشاره کرد: می توان به عدم دسترسی به غذا، عدم دسترسی به مسکن پایدار، مشکل در دسترسی به حمل و نقل، دریافت درجه بالا (چهار یا بیشتر) در غربالگری ACEs. سابقه برخوردهای اخیر با مجریان قانون؛ یا خدمات مداخله در وضعیت بحرانی مربوط به مشکلات سلامت روان، نوجوانان با سابقه سرپرستی موقت و/یا علائم مصرف مواد.

☐ **سرپرستی موقت (FOSTER CARE): کودکان / نوجوانان تحت پوشش سیستم رفاهی کودکان**

لطفاً تأیید کنید که عضو یک یا چند مورد از معیارهای زیر را دارد:

☐ زیر 21 سال سن دارد و در حال حاضر تحت سرپرستی موقت در کالیفرنیا است؛

و/ یا

☐ زیر 21 سال سن دارد و قبلاً در 12 ماه گذشته در کالیفرنیا یا ایالت دیگری تحت سرپرستی موقت قرار گرفته است؛

و/ یا

☐ عضو زیر 26 سال سن دارد و در کالیفرنیا یا ایالت دیگر از سرپرستی موقت خارج شده است (که در 18 سالگی یا بعد از آن تحت سرپرستی موقت بوده است)

و/ یا

☐ زیر 18 سال سن دارد و واجد شرایط و/یا برنامه کمک به فرزند خواندگی کالیفرنیا (California's Adoption Assistance Program) است

و/ یا

☐ زیر 18 سال سن دارد و در حال حاضر در 12 ماه گذشته از برنامه نگهداری خانواده کالیفرنیا (California's Family Maintenance program) خدمات دریافت کرده یا دریافت کرده است.

☐ **حقوق برابری تولد: افراد باردار و در دوران پس از زایمان در معرض خطر پیامدهای نامطلوب مشکلات بارداری**

لطفاً تأیید کنید که عضو تمام معیارهای زیر را دارد:

☐ باردار است یا در دوران پس از زایمان است (تا 12 ماه پس از زایمان)؛

و

☐ این عضو در معرض نابرابری های نژادی و قومی است که بر اساس داده های بهداشت عمومی کالیفرنیا در مورد عوارض و مرگ و میر مادران تعریف شده است.

4. ثبت نام در برنامه ها و خدمات دیگر

لطفاً از جدول خدمات **اختیاری** زیر برای نشان دادن سایر برنامه ها و خدماتی که عضو توسط Medi-Cal دریافت می کند، استفاده کنید. برخی از خدمات Medi-Cal ممکن است نیاز به هماهنگی با ECM داشته باشند. از آنجایی که سایر خدمات Medi-Cal ممکن است پشتیبانیهای مشابه ECM را ارائه دهند، ممکن است اعضا قادر به دریافت ECM و این خدمات مشابه به طور همزمان نباشد. CalOptima Health اطلاعات زیر را بررسی کرده و در مورد واجد شرایط بودن عضو برای ECM تصمیم گیری خواهد کرد. CalOptima Health مسئول تعیین صلاحیت برای ECM است، نه فرد ارجاع دهنده.

اگر برنامه(های) مدیریت مراقبت یا هماهنگی دیگری وجود داشته باشد که عضو در آن عضو ثبت نام شده باشد، تا حدی که فرد ارجاع دهنده مطلع باشد، نیاز به هماهنگی با ECM دارد (مانند خدمات کودکان کالیفرنیا، مدیریت مورد هدفمند در خدمات تخصصی سلامت روان و غیره) لطفاً اطلاعات اضافی را در بخش 5 - نظرات تکمیلی به اشتراک بگذارید. **لطفاً تمام شاخص‌هایی را که در حد اطلاع شما در زمینه شما اعمال نمی‌شود، خالی بگذارید.**

برنامه ها	
☐ برنامه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ مراقبتهای تسکینی برای بیماران لاعلاج
☐ برنامه های کاملاً یکپارچه برای نیازهای ویژه (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program For AllInclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ برنامه خدمات چند منظوره سالمندان (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ برنامه خود تعیینی برای افراد برای افراد دارای I/DD
☐ معافیت زندگی با کمک (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT)

5. نظرات تکمیلی:	
لطفاً در صورت نیاز از این بخش برای ارائه نظرات اضافی در مورد بخش های 1 تا 4، استفاده کنید.	

6. اطلاعات ارسال و مراحل بعدی
با ارسال این فرم، فرد ارجاع دهنده بر اساس اطلاعات خود را به صحت اطلاعاتی که در این فرم درج است گواهی می دهد. لطفا فرم ارجاع ECM تکمیل شده را از طریق ایمیل به آدرس CalOptima Health ارسال کنید. CalAIMReferral@caloptima.org یا به شماره 3145-338-714-1 فکس نمایید. پس از ارسال، CalOptima Health ظرف 7 روز تقویمی برای ارجاعات معمول و ظرف 72 ساعت برای ارجاعات تسریع‌شده، تصمیم خود را در مورد مجوز ECM اعلام خواهد کرد. اگر عضو واجد شرایط باشد، ارائه‌دهنده خدمات ECM برای تأیید تمایل به ECM و ثبت‌نام در خدمات با عضو تماس خواهد گرفت.