

Home and Community-Based Alternatives (HCBA) այլընտրանքային ծառայության դիմում

Լրացրեք և ներկայացրեք այս վեց էջանոց դիմումը՝ HCBA այլընտրանքային ծառայությանը դիմելու համար:

► Para recibir esta información en español, por favor llámenos al número siguiente: (833) 388-4551.

Դիմորդի ամբողջական անունը՝**Հեռախոսահամարը՝****Ծննդյան ամսաթիվը՝****Տարիքը՝****Ամուսնացած՝** ☐ Այո ☐ Ոչ

Սեռը՝ ☐ Արական՝ ☐ Իգական՝ ☐ Տրանսգենդեր՝ արականից իգական. ☐ Տրանսգենդեր՝ իգականից արական

Դիմումի ներկայացման ամսաթիվը՝**Բնակության վարչաշրջանը՝****Բնակության վայրի տեսակը՝ (բնակատեղի տեսակը)՝**☐ Տանը☐

Հիվանդանոցում

Ընդունվելու ամսաթիվը՝

Դուրս գրվելու գնահատված ամսաթիվը՝

Հիվանդանոցում գտնվելու հաջորդական օրերի քանակը՝

☐

Բուժքույրական խնամքի հաստատություն

Ընդունվելու ամսաթիվը՝

Դուրս գրվելու գնահատված ամսաթիվը՝

Հիվանդանոցում գտնվելու հաջորդական օրերի քանակը՝

Հաստատության անվանումը՝

Հաստատության քաղաքը՝

☐

Այլ. նույնականացնել բնակության տեսակը՝

Այլ անվանում՝

Այլ քաղաք՝

Ընդունվելու ամսաթիվը (եթե կիրառելի է)՝

Դիմորդի ընթացիկ փոստային հասցեն՝

Փողոց՝

բն./բզմանկ բն./սենյակ՝

Քաղաք՝

Փոստային ինդեքս՝

Department of Health Care Services
Integrated Systems of Care Division
1501 Capitol Avenue, MS 4502
P.O. Box 997437
Sacramento, CA 95899-7437
Phone: (916) 552-9105
Internet Address: <https://www.dhcs.ca.gov>

Applicant's Name:

Date of Submission:

Դիմորդի ընթացիկ ֆիզիկական հասցեն՝ (եթե տարբերվում է փոստային հասցեից)՝

Փողոց՝

բն./բզմանկ բն./սենյակ՝

Զաղաք՝

Փոստային ինդեքս՝

Առողջական ապահովագրություն՝

Medi-Cal՝

☐

Այո

☐

Ոչ

Եթե «այո», ապա տրամադրեք դիմորդի Medi-Cal համարը / Հաճախորդի ինդեքսի համարը (CIN)՝

(Medi-Cal նույնականացման համարները գտնվում են Medi-Cal նպաստների նույնականացման քարտում (BIC))

Medicare՝

☐

Այո

☐

Ոչ

Եթե «այո», ապա ո՞ր մասը:

☐

Մաս A

☐

Մաս B

☐

Մաս A և B

☐

Մաս D

Ա՞յլ ապահովագրություն՝

☐

Այո

☐

Ոչ

Եթե «այո», ապա նշեք ապահովագրությունը՝

Դիմորդի ընթացիկ բժշկական ախտորոշումը. Ո՞րն է դիմորդի ներկայիս բժշկական ախտորոշումը (հիմնական հիվանդություն կամ վնասվածք):**Լրացուցիչ բժշկական կարիք(ներ).**

Նշեք այն վանդակ(ներ)ը, որոնք ցույց են տալիս դիմորդի ընթացիկ բժշկական կարիքները: Օգտագործեք ստորև բերված դատարկ բացատները՝ պարզելու լրացուցիչ բժշկական կարիքները, որոնք նշված չեն: Դուք կարող եք լրացուցիչ մեկնաբանություններ տալ հավելվածի հակառակ կողմում:

☐

Օդափոխիչ, նշեք, թե օրական քանի ժամ է դիմորդն օգտագործում օդափոխիչը.

☐

Տրախեոստոմիա

☐

Շնչուղիների շարունակական դրական ճնշման (CPAP) սարք, նշեք, թե օրական քանի ժամ է դիմորդն օգտագործում CPAP.

☐

Շնչափողի արտածում, նշեք՝ օրական քանի անգամ.

☐

Շնչուղիների երկաստիճան դրական ճնշման (BiPAP) սարք, նշեք, թե օրական քանի ժամ է դիմորդն օգտագործում BiPAP սարքը.

☐

Բերանային արտածում, նշեք՝ օրական քանի անգամ.

☐

Շնչառության բուժման գործողություններ, նշեք, թե օրական քանի բուժում է դիմորդը ստանում է.

☐

Քթի արտածում, նշեք՝ օրական քանի անգամ.

Applicant's Name:

Date of Submission:

☐

Սենյակի օդային խոնավեցնող միջոց

☐

Թթվածնի շարունակական օգտագործում

☐

Թթվածին ըստ անհրաժեշտության

☐

Բերանի (բերանացի) դեղամիջոցներ

☐

Բերանային (բերանացի) կերակրում, կարող է ինքն իրեն կերակրել:

☐

Այո

☐

Ոչ

☐

Անմիզապահություն

☐

Ստամոքսային խողովակի (GT) միջոցով դեղամիջոցներ

☐

Ստամոքսային խողովակի (GT) միջոցով կերակրում

☐

Միզապարկի կաթետերիզացիա

☐

Ներերակային (IV) դեղամիջոցներ

☐

Ներերակային (IV) սնունդի ընդունում

☐

Կղանքի անպահություն

☐

Աղիների կանոնավոր խնամք

☐

Ուրոստոմիա / կոլոստոմիա

☐

Քրոնիկ ցավի բուժում

☐

Պառկելախոցեր / բաց վերքեր

☐

Մաշկի կամ վերքերի բուժում, խոցերի / բաց վերքերի թիվը՝

Վերքերի տեղը՝

☐

Կոնտրակտուրաներ

Կոնտրակտուրաների տեղը՝

☐

Ձեռքերը կամ ոտքերը շարժելու որոշակի կարողություն, սակայն խնամքի մասով օգնության կարիք ունի:

Հակիրճ բացատրեք հակառակ կողմում:☐Ձեռքերը կամ ոտքերը չեն շարժվում, և խնամքի մասով ամբողջական օգնության կարիք ունի: *Հակիրճ**բացատրեք հակառակ կողմում:*☐

Հատուկ սարքավորումների կարիքներ (օրինակ՝ անվասայլակ, վերելակային համակարգ, թեքահարթակ և այլն):

Հակիրճ բացատրեք հակառակ կողմում:☐

Այլ

☐

Այլ

☐

Այլ

Applicant's Name:

Date of Submission:

Այս դիմումը ներկայացվում է դիմորդի համար՝

☐ Այո☐ Ոչ

1. Ո՞վ ունի օրինական լիազորությունը՝ կայացնելու դիմորդի առողջական խնամքի վերաբերյալ որոշումներ:

☐ Դիմորդ☐ Այլ, եթե «այլ», խնդրում ենք տրամադրել հետևյալ տեղեկատվությունը՝

Ամբողջական անունը՝

Հարաբերությունը՝

Հեռախոսահամարը՝

Եթե կիրառելի է, արդյո՞ք այս դիմորդը ստորագրել է փաստաթղթեր օրինական ներկայացուցչի կամ տնական լիազորագրի համար՝ առողջապահական նպատակներով.

☐ Այո☐ Ոչ

Եթե կիրառելի է, արդյո՞ք դիմորդը կամ ներկայացուցիչը ծանուցվել է, որ դիմումը ներկայացվել է

Նրան HCBA այլընտրանքային ծառայությունում գրանցելու համար: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, ապա ներկայացրեք դիմումը լրացնող անձի ամբողջական անունը և պաշտոնը.

Ամբողջական անունը՝

Պաշտոնը՝

Հեռախոսահամարը՝

Նշեք դիմորդի ընթացիկ ծառայություններ մատուցողներին.

☐ **Տնային պայմաններում բուժման գործակալություն (HHA).** տրամադրեք հետևյալ տեղեկատվությունը՝

HHA անվանումը՝

Շաբաթական ընդունված տնային բուժման ծառայությունների ժամերի քանակը.

Ստացված ծառայությունների տեսակները՝ ☐ օգնականի խնամք☐

Տնային պայմաններում խնամքի վկայագրված օգնական (CHHA)

☐Բուժքույրական ծառայություններ, տրամադրված՝ ☐ RN ☐ LVN

☐ **In-Home Supportive Services (IHSS).** տրամադրեք հետևյալ տեղեկատվությունը՝

Ամսական թույլատրված IHSS ժամերի քանակը՝

IHSS իրավասության մասին տեղեկատվություն ստանալու համար դիմեք Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների վարչության

գրասենյակ և խնդրեք IHSS-ի ընդունման աջակցություն:

☐**California Children Services (CCS)**☐**Տարածաշրջանային կենտրոն.** տրամադրեք հետևյալ տեղեկատվությունը՝

Կենտրոնի անվանումը՝

Ծառայության համակարգողի ամբողջական անունը՝

Applicant's Name:

Date of Submission:

☐ **Մեծահասակային (CBAS) կամ Pediatric Day Health Center.** տրամադրեք հետևյալ տեղեկատվությունը՝

Շաբաթական օրերի քանակը՝

Օրական ժամերի քանակը՝

Արդյո՞ք դպրոցը տրամադրում է բժշկական ծառայություններ դպրոցում՝ ☐ Այո ☐ ՈչԱրդյո՞ք դպրոցը տրամադրում է ոչ բժշկական օգնականի ծառայություններ դպրոցական ժամերին՝ ☐ Այո ☐ Ոչ

☐ **Multipurpose Senior Services Program (MSSP)**

MSSP-ը HCBS այլընտրանքային ծառայության նպաստ է 65 տարեկանից բարձր Medi-Cal-ի շահառուների համար, որը տրամադրում է ընդհանուր ծառայություններ և բուժքույրական աջակցություն: Այս ծրագրի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք՝

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MSSPMedi-CalWaiver.aspx>

☐ **Հոսփիս՝**

Հոսփիսը Medicare / Medi-Cal ծրագրերի նպաստ է անբուժելի ախտորոշում ունեցող շահառուների համար:

Այս նպաստի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք դիմորդի առաջնային խնամքի բժշկին:

☐ **Program of All Inclusive Care for the Elderly (PACE)**

PACE-ն medi-cal նպաստ է, որը տրամադրում է բոլոր անհրաժեշտ կանխարգելիչ, առաջնային, սուր, երկարաժամկետ խնամքի, սոցիալական և վերականգնողական ծառայություններ մեկ համապարփակ ծրագրի միջոցով՝ 55 և ավելի բարձր տարիքի իրավասու տարեցներին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք 1-877-633-7223, կամ անցեք <https://CALPACE.org>:

☐ **Senior Care Action Network (SCAN)**

SCAN Health Plan-ը Medicare Advantage Special Needs Plan ծրագիր է, որն առաջարկում է առողջության և երկարաժամկետ խնամքի ծառայություններ 65 տարեկանից բարձր Medicare/Medi-Cal-ի իրավասու շահառուներին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք 1-877-452-5898, կամ անցեք <https://www.scanhealthplan.com>

Attn: HCBA Intake Coordinator
Department of Health Care Services
Integrated Systems of Care Division
1501 Capitol Avenue, MS 4502
P.O. Box 997437
Sacramento, CA 95899-7437

Or submit the application by FAX: (916) 552-9149
or email to caremanagement@dhcs.ca.gov

Applicant's Name:

Date of Submission:

DHCS-ը պահպանում է քաղաքացիական իրավունքների մասին գործող դաշնային և նահանգային օրենքները: DHCS-ն ապօրինի կերպով խտրականություն չի կիրառում սեռի, ռասայի, գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային պատկանելիության, էթնիկ խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի, սեռի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով: DHCS-ն ապօրինի կերպով չի հանում մարդկանց կամ այլ կերպ չի վերաբերում նրանց՝ սեռի, ռասայի, գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային պատկանելիության, էթնիկ խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի, սեռի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով: Այս ձևի վրա և դրա միջոցով հավաքված անձնական և բժշկական տեղեկատվությունը գաղտնի է և ենթակա է Առողջապահության ծառայությունների վարչության (DHCS) գաղտնիության պրակտիկայի ծանուցմանը, որը կարելի է գտնել այստեղ.

<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>.

Առողջապահության ծառայությունների վարչությանն անհրաժեշտ է տեղեկատվություն՝ որոշելու համար դիմորդի նախնական կարիքները և բժշկական/վարքագծային ծառայությունների մասով հնարավոր իրավասությունը Home and Community Based Services (HCBS) այլընտրանքային ծառայությունների միջոցով: DHCS-ը չի օգտագործի կամ համօգտագործի տեղեկատվությունն այլ նպատակներով՝ բացառությամբ ձեր թույլտվությամբ կամ օրենքով թույլատրված դեպքերի: Դուք պետք է տրամադրեք այս ձևում պահանջվող ամբողջ տեղեկատվությունը: Եթե չեք տրամադրում պահանջվող ամբողջ տեղեկատվությունը, մենք չենք կարող մշակել ձեր հարցումը HCBS-ի այլընտրանքային ծառայություններում գրանցվելու համար: Այն անձը(անձինք), ում վերաբերում է այս տեղեկատվությունը, իրավունք ունի մատչել այն:

DHCS-ն լիազորված է հավաքել այս տեղեկատվությունը՝ համաձայն Սոցիալական ապահովության մարմնի (Welfare & Institutions, W&I) օրենսգրքի 14000 բաժնի և որպես CMS-ի կողմից հաստատված գերատեսչություն, որը պատասխանատու է Home and Community Based Alternatives (HCBA) այլընտրանքային ծառայության վարչարարության համար: Այստեղ ներկայացված գաղտնիության մասին ծանուցումը պահանջված է California-ի քաղաքացիական օրենսգրքի 1798.17 պարբերությամբ: