

طلب إعفاء بدائل الرعاية المنزلية والمجتمعية (HCBA)

أكمل هذا الطلب المكون من ست صفحات وقم بتقديمه للتقدم بطلب إعفاء HCBA.

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

اسم المتقدم:

رقم الهاتف:

تاريخ الولادة:

العمر:

متزوج:

نعم

لا

الجنس:

ذكر:

أنثى:

متحول جنسيا من ذكر إلى أنثى:

متحول جنسيا من أنثى إلى ذكر

تاريخ تقديم الطلب:

مقاطعة الإقامة:

نوع السكن (نوع الإسكان):

في المنزل

مستشفى

تاريخ القبول:

التاريخ المقدر للخروج:

عدد الأيام المتتالية في المستشفى:

منشأة رعاية ترميضية

تاريخ القبول:

التاريخ المقدر للخروج:

عدد الأيام المتتالية في المستشفى:

اسم المنشأة:

مدينة المنشأة:

آخر - تحديد نوع السكن:

اسم آخر:

مدينة أخرى:

تاريخ القبول (إذا كان ذلك مطبقاً):

عنوان المرسل إليه الحالي للمتقدم:

الشارع:

الشقة/المجموعة/الغرفة:

المدينة:

الرمز البريدي:

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

الهاتف: (916) 552-9105
عنوان الإنترنت: <https://www.dhcs.ca.gov>

تاريخ تقديم الطلب:

اسم المتقدم:

العنوان الفعلي الحالي للمتقدم (إذا كان مختلفاً عن عنوان البريد):

الشقة/المجموعة/الغرفة:

الشارع:

الرمز البريدي:

المدينة:

التأمين الصحي:

لا

نعم

Medi-Cal؟

إذا كان "نعم"، فيرجى تقديم رقم Medi-Cal المتقدم / رقم فهرس العميل (CIN):

(توجد أرقام تعريف Medi-Cal على بطاقة تحديد مزايا (Medi-Cal (BIC)

لا

نعم

Medicare:

الجزء د

الجزء أ وب

الجزء ب

الجزء أ

إذا كان "نعم"، فأى جزء؟

لا

نعم

هل هناك تأمين آخر؟

إذا كان "نعم"، فما هو اسم التأمين؟

التشخيص الطبي الحالي للمتقدم: ما هو التشخيص الطبي الحالي للمتقدم (المرض الرئيسي أو الإصابة)؟

الاحتياج/الاحتياجات الطبية الإضافية:

ضع علامة على المربع (المربعات) التي تحدد الاحتياجات الطبية الحالية للمتقدم. استخدم المساحات الفارغة أدناه لتحديد الاحتياجات الطبية الإضافية غير المدرجة. يمكنك تقديم تعليقات إضافية على ظهر الطلب.

جهاز التنفس الصناعي، حدد عدد ساعات استخدام المتقدم للجهاز التنفسي الصناعي يوميا:

القصبه الهوائية

جهاز ضغط الهواء الإيجابي المستمر (CPAP)، حدد عدد ساعات استخدام المتقدم للجهاز CPAP يوميا:

الشفط القصبي، حدد عدد المرات في اليوم:

جهاز ضغط الهواء الإيجابي ثنائي المستوى (BiPAP)، حدد عدد ساعات استخدام المتقدم لجهاز BiPAP يوميا:

الشفط الفموي، حدد عدد المرات في اليوم:

العلاجات التنفسية، حدد عدد العلاجات التي يتلقاها المتقدم يوميا:

الشفط الأنفي، حدد عدد المرات في اليوم:

تاريخ تقديم الطلب:

اسم المتقدم:

رذاذ هواء الغرفة

استخدام الأكسجين المستمر

الأكسجين حسب الحاجة

الأدوية عن طريق الفم

التغذية عن طريق الفم، قادر على إطعام نفسه؟ نعم لا

سلس البول

أدوية أنبوب المعدة (GT)

تغذية أنبوب المعدة (GT)

قسطرة المثانة

الأدوية الوريدية (IV)

التغذية الوريدية (IV)

سلس البراز

رعاية الأمعاء الروتينية

استئصال المثانة / القولون

علاج الألم المزمن

تقرحات الضغط / الجروح المفتوحة

علاجات الجلد أو الجروح، عدد القروح / الجروح المفتوحة:

موقع الجروح:

التقلصات

موقع التقلصات:

لديه بعض القدرة على تحريك الذراعين أو الساقين ولكن يحتاج إلى بعض المساعدة في احتياجات الرعاية. يرجى شرح ذلك بإيجاز في الخلف.

لا يستطيع تحريك ذراعيه أو ساقيه ويحتاج إلى مساعدة كاملة في العناية به. يرجى شرح ذلك بإيجاز في الخلف.

يرجى تحديد أي معدات مساعدة خاصة قد تحتاج إليها (مثل كرسي متحرك، رافعة، منحدر، إلخ) يرجى شرح ذلك بإيجاز في الخلف.

آخر

آخر

آخر

تاريخ تقديم الطلب:

اسم المتقدم:

هل يتم تقديم هذا الطلب للمتقدم؟ نعم لا

1. من هو صاحب السلطة القانونية لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية للمتقدم؟

المتقدم

آخر - إذا كان "آخر"، يرجى تقديم المعلومات التالية:

الاسم الكامل:

العلاقة:

رقم الهاتف:

إذا كان ذلك مطبقاً، فهل لدى هذا المتقدم وثائق موقعة للممثل القانوني أو توكيل دائم للرعاية الصحية:

نعم لا

إذا كان ذلك مطبقاً، هل تم إبلاغ المتقدم أو الممثل بتقديم الطلب لتسجيله في إعفاء HCBA؟ نعم لا

إذا كان الأمر كذلك، فقم بتوفير اسم وعنوان الشخص الذي يكمل الطلب:

الاسم الكامل:

المسمى الوظيفي:

رقم الهاتف:

حدد جميع مقدمي الخدمات الحاليين للمتقدم:

وكالة الرعاية المنزلية (HHA)؛ يرجى تقديم المعلومات التالية:

اسم HHA:

عدد ساعات خدمات الرعاية المنزلية المستلمة كل أسبوع:

أنواع الخدمات المستلمة: رعاية المرافق

مساعد صحي منزلي معتمد (CHHA)

خدمات التمريض، المقدمة من: RN LVN

خدمات الدعم المنزلي (IHSS)؛ يرجى تقديم المعلومات التالية:

عدد ساعات IHSS المصرح بها شهرياً:

للحصول على معلومات أهلية IHSS، اتصل بمكتب مقاطعة الخدمات الاجتماعية

واطلب دعم استقبال IHSS.

خدمات الأطفال في كاليفورنيا (CCS)

المركز الإقليمي؛ يرجى تقديم المعلومات التالية:

اسم المركز:

اسم منسق الخدمة:

تاريخ تقديم الطلب:

اسم المتقدم:

مركز رعاية صحية نهائية للبالغين (CBAS) أو الأطفال؛ يرجى تقديم المعلومات التالية:

عدد الأيام في الأسبوع: عدد الساعات في اليوم

هل تقدم المدرسة خدمات الرعاية الطبية في المدرسة؟ نعم لا

هل توفر المدرسة مرافقا غير طبي خلال ساعات الدوام المدرسي؟ نعم لا

برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)

يُعتبر MSSP ميزة إعفاء HCBS لمستفيدي Medi-Cal الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاما والذي يوفر خدمات عامة ودعمًا تمريضيا. لمزيد من المعلومات حول هذا البرنامج، انتقل إلى:

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

الرعاية التلطيفية:

الرعاية التلطيفية هي ميزة من Medicare / Medi-Cal للمستفيدين الذين لديهم تشخيص نهائي.

للحصول على مزيد من المعلومات حول هذه الميزة، اتصل بطبيب الرعاية الأولية للمتقدم.

برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE)

PACE هي ميزة Medi-Cal توفر جميع خدمات الرعاية الوقائية والرعاية الأولية والرعاية الحادة والرعاية طويلة الأجل والخدمات الاجتماعية وإعادة التأهيل من خلال برنامج شامل واحد لكبار السن المؤهلين الذين تبلغ أعمارهم 55 عاما أو أكثر.

ولمزيد من المعلومات، اتصل على الرقم 1-877-633-7223، أو انتقل إلى <https://CALPACE.org>.

شبكة العمل من أجل كبار السن (SCAN)

خطة SCAN Health هي خطة احتياجات خاصة من ميزة Medicare التي تقدم خدمات الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأجل لمستفيدي Medi-Cal / Medicare المؤهلين الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاما. لمزيد من المعلومات، اتصل

على الرقم 1-877-452-5898، أو انتقل إلى: <https://www.scanhealthplan.com>

عناية: منسق استقبال HCBA

Department of Health Care Services

Integrated Systems of Care Division

1501 Capitol Avenue, MS 4502

P.O. Box 997437

Sacramento, CA 95899-7437

أو تقديم الطلب بالفاكس: (916) 552-9149

أو البريد الإلكتروني caremanagement@dhcs.ca.gov

اسم المتقدم:

تاريخ تقديم الطلب:

تلتزم إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والولاية المعمول بها. لا تمارس إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) أي تمييز غير قانوني على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو القومية أو تحديد الهوية بالمجموعة العرقية أو العمر أو الإعاقة الذهنية أو الإعاقة البدنية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي. لا تستبعد DHCS بشكل غير قانوني الناس أو تعاملهم بشكل مختلف على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل القومي أو الهوية العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي. المعلومات الشخصية والطبية التي يتم جمعها في هذا النموذج ومعه تعتبر سرية، وتخضع لإشعار ممارسات الخصوصية الخاص بإدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) والذي يمكن العثور عليه هنا:

[https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-](https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf)

[English.pdf](https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf). تحتاج إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) إلى المعلومات لتحديد الاحتياجات الأولية للمتقدم وأهليته المحتملة للخدمات الطبية والسلوكية من خلال إعفاءات الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS).

لن تستخدم إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) المعلومات أو تشاركها لأغراض أخرى إلا بإذنك أو حسيما يسمح به القانون. يجب عليك تقديم جميع المعلومات المطلوبة في هذا النموذج. إذا لم تقدم جميع المعلومات المطلوبة، فلا يمكننا معالجة طلبك للالتحاق بإعفاءات الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS). يحق للفرد (الأفراد) الذين تخصم هذه المعلومات الوصول إليها.

تفوض إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) بجمع هذه المعلومات بموجب قانون الرعاية الاجتماعية والمؤسسات (W&I) القسم 14000 وبصفتها الوكالة المعتمدة من مركز خدمات الرعاية الطبية والخدمات الطبية (CMS) المسؤولة عن إدارة إعفاء البدائل المنزلية والمجتمعية (HCBA). يلزم إشعار الخصوصية هذا المقدم هنا بموجب قانون كاليفورنيا المدني القسم 1798.17.