

基于家庭和社区的替代 (HCBA) 豁免申请

填写并提交这份六页的申请表以申请 HCBA 豁免。

► 要以西班牙语接收此信息，请拨打以下号码联系我们：(833) 388-4551。

申请人姓名：

电话号码：

出生日期：

年龄：

已婚： ☐ 是 ☐ 否

性别： ☐ 男： ☐ 女： ☐ 跨性别（男变女）： ☐ 跨性别（女变男）

申请提交日期：

居住县：

居住类型（住房类型）：

☐ 在家里

☐ 医院

入院日期：

预计出院日期：

连续住院天数：

☐ 护理机构

入院日期：

预计出院日期：

连续住院天数：

机构名称：

机构所在城市：

☐ 其他——注明居住类型：

其他名字：

其他城市：

入院日期（如适用）：

申请人的当前邮寄地址：

街道：

公寓/套房/房间：

城市：

邮编

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
网址: <https://www.dhcs.ca.gov>

Applicant's Name:

Date of Submission:

申请人的当前实际地址（如与邮寄地址不同）：

街道：

公寓/套房/房间：

城市：

邮编

医疗保险：是否有Medi-Cal? ☐ 是 ☐ 否

如果“是”，请提供申请人的 Medi-Cal 号码/客户索引号 (CIN)：

(Medi-Cal 识别号可在 Medi-Cal 福利识别卡 (BIC) 上找到)

是否有Medicare: ☐ 是 ☐ 否如果“是”，哪一部分? ☐ A 部分 ☐ B 部分 ☐ A 和 B 部分 ☐ D 部分是否有其他保险? ☐ 是 ☐ 否

如是，请填写保险名称：

申请人目前的医疗诊断： 申请人目前的医疗诊断是什么（主要疾病或伤害）？**额外的医疗需求：**

勾选表明申请人当前医疗需求的方框。使用下面的空白处来表明未列出的其他医疗需求。您可以在申请表背面提供补充评论。

☐ 呼吸机，表明申请人每天使用呼吸机的小时数：☐ 气管切开术☐ 持续气道正压通气 (CPAP) 设备，表明申请人每天使用 CPAP 的小时数：☐ 气管抽吸，表明每天的次数：☐ 双水平气道正压通气 (BiPAP) 设备，表明申请人每天使用 BiPAP 设备的小时数：☐ 口腔吸痰，表明每日次数：☐ 呼吸系统治疗，表明申请人每天接受的治疗次数：☐ 吸鼻，表明每天的次数：

Applicant's Name:

Date of Submission:

- ☐ 室内空气喷雾
- ☐ 持续使用氧气
- ☐ 按需供氧
- ☐ 口服药物
- ☐ 口服（通过嘴）喂食，是否能够自己进食？ ☐ 是 ☐ 否
- ☐ 尿失禁
- ☐ 胃管 (GT) 药物
- ☐ 胃管 (GT) 喂养
- ☐ 膀胱导尿管
- ☐ 静脉注射 (IV) 药物
- ☐ 静脉 (IV) 营养
- ☐ 大便失禁
- ☐ 日常肠道护理
- ☐ 尿道造口术/结肠造口术
- ☐ 慢性疼痛治疗
- ☐ 压疮/开放性伤口
- ☐ 皮肤或伤口治疗，疮疡/开放性伤口的数量：
伤口位置：
- ☐ 挛缩
挛缩的部位：
- ☐ 有一定的移动手臂或腿的能力，但需要一些护理帮助。请在背面简单解释。
- ☐ 手臂和腿无法移动，需要全面的护理帮助。请在背面简单解释。
- ☐ 特殊设备需求（例如轮椅、升降系统、坡道等）请在背面简单解释。
- ☐ 其它
- ☐ 其它
- ☐ 其它

Applicant's Name:

Date of Submission:

此申请是否正在为申请人提交？ ☐ 是 ☐ 否

1. 谁有法定权力为申请人做出医疗保健决定？

☐ 申请人

☐ 其他 — 如果是“其他”，请提供以下信息：

全名：

关系：

电话号码：

如果适用，该申请人是否有法定代表人签署的文件或医疗保健持久授权书：

☐ 是 ☐ 否

如果适用，申请人或代表是否已收到通知，告知其已提交申请，以便将其纳入

HCBA 豁免？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请提供填写申请人的姓名和头衔：

全名：

头衔：

电话号码：

表明申请人目前的所有提供者：

☐ **家庭健康机构 (HHA)；** 提供以下信息：

HHA名称：

每周接受家庭保健服务的小时数：

获得的服务类型： ☐ 陪护

☐ 认证家庭健康助理 (CHHA)

☐ 护理服务，由以下人员提供： ☐ 注册护士 ☐ 执业护士

☐ **家庭支持服务 (IHSS)；** 提供以下信息：

每月授权的 IHSS小时数：

要获取IHSS资格信息，请联系县社会服务部

办公室并请求IHSS入院支持。

☐ **加州儿童服务中心 (CCS)**

☐ **区域中心；** 提供以下信息：

中心名称：

服务协调员姓名：

Applicant's Name:

Date of Submission:

☐ **成人 (CBAS) 或儿科日间保健中心;** 提供以下信息:

每周天数: 每天的小时数:

学校是否提供校内医疗服务? ☐ 是 ☐ 否学校是否在校期间配备一名非医疗的服务员: ☐ 是 ☐ 否☐ **多种目的的老年人服务计划 (MSSP)**

MSSP是针对65岁以上 Medi-Cal 受益人的HCBS 豁免福利, 提供一般服务和护理支持。

有关该计划的更多信息, 请访问:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MSSPMedi-CalWaiver.aspx>☐ **临终关怀**

临终关怀是 Medicare / Medi-Cal 为患有绝症的受益人提供的一项福利。

有关此项福利的更多信息, 请联系申请人的初级保健医生。

☐ **老人全面护理计划 (PACE)**

PACE 是一项医疗福利, 通过一个综合计划向 55 岁或以上的符合条件的老年人提供所有需要的预防、初级、急性、长期护理、社会和康复服务。如需更多信息, 请致电 1-877-633-7223, 或前往 <https://CALPACE.org>.

☐ **老年护理行动网络 (SCAN)**

SCAN 健康计划是一项 Medicare Advantage 特殊需求计划, 为 65 岁以上符合条件的 Medicare / Medi-Cal 受益人提供健康和长期护理服务。如有任何疑问或者需要任何帮助, 请致电1-877-452-5898或前往 <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

或通过传真方式提交申请: (916) 552-9149
或发送电子邮件至 caremanagement@dhcs.ca.gov

Applicant's Name:

Date of Submission:

DHCS 遵守使用的联邦和州民权法。DHCS不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、原有国籍、种族群体身份、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等因素对他人进行非法歧视。DHCS不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、原有国籍、种族群体身份、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等因素对他人进行非法歧视、排斥或区别对待。此表格上收集的个人和医疗信息是保密的，并受卫生保健服务部 (DHCS) 隐私惯例通知的约束，该通知可在此处找到：

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

卫生保健服务部需要这些信息来确定 申请人的初步需求和通过家庭和社区服务 (HCBS) 豁免获得医疗/行为服务的潜在资格。除非获得您的许可或法律允许，否则 DHCS 不会将信息用于或共享用于其他目的。您必须提供此表格所要求的所有信息。如果您没有提供所有要求的信息，我们将无法处理您加入 HCBS 豁免的请求。该信息所属的个人有权访问该信息。

根据《福利与机构 (W&I) 法典》第 14000 条的规定，DHCS 有权收集这些信息，并且作为 CMS 批准的负责管理基于家庭和社区替代方案 (HCBA) 豁免的机构。此处提供的隐私声明是《加州民法法典》第 1798.17 条所要求的。