

以家庭和社區為基礎的替代方案 (HCBA) 豁免申請

填寫並提交這份六頁申請表以申請 HCBA 豁免。

► 若要以西班牙語接收此訊息，請致電以下號碼聯絡我們：(833) 388-4551。

申請人姓名：

電話號碼：

出生日期：

年齡：

已婚：☐ 是 ☐ 否

性別：☐ 男 ☐ 女 ☐ 跨性別（男變女） ☐ 跨性別（女變男）

提交申請日期：

居住縣：

居住類型（住房類型）：

☐ 在家裡

☐ 醫院

入院日期：

預計出院日期：

連續住院天數：

☐ 護理機構

入院日期：

預計出院日期：

連續住院天數：

機構名稱：

機構所在城市：

☐ 其他 – 表明居住類型：

其他名字：

其他城市：

入院日期（如適用）：

申請人目前的郵寄地址：

街道：

公寓/套房/房間：

城市：

郵遞區號：

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
網址：<https://www.dhcs.ca.gov>

Applicant's Name:

Date of Submission:

申請人目前的實際地址 (如果與郵寄地址不同) :

街道 :

公寓/套房/房間 :

城市 :

郵遞區號 :

醫療保險 :

是否有Medi-Cal ? ☐ 是 ☐ 否

如果「是」, 請提供申請人的 Medi-Cal 編號/客戶索引號碼 (CIN) :

(Medi-Cal 識別號碼可在 Medi-Cal 福利識別卡 (BIC) 上找到)

是否有Medicare: ☐ 是 ☐ 否如果「是」, 是哪一部分 ? ☐ A部分 ☐ B部分 ☐ A 部分和 B 部分 ☐ D部分是否有其他保險 ? ☐ 是 ☐ 否

如果「是」, 請輸入保險名稱 :

申請人目前的醫療診斷 : 申請人目前的醫療診斷是什麼 (主要疾病或受傷) ?

額外的醫療需求 :

勾選方框表明申請人目前的醫療需求。使用下面的空格來表明未列出的其他醫療需求。您可以在申請表背面提供額外的評論。

☐ 呼吸機, 請表明申請人每天使用呼吸器的小時數 :☐ 氣管切開術☐ 持續性呼吸道正壓通氣 (CPAP) 設備, 表明申請人每天使用 CPAP 的小時數 :☐ 氣管抽吸, 表明每天的次數 :☐ 雙水平氣道正壓通氣 (BiPAP) 裝置, 表明申請人每天使用 BiPAP 裝置的小時數 :☐ 口腔吸痰, 表明每天的次數 :☐ 呼吸治療, 表明申請人每天接受的治療次數 :☐ 吸鼻, 表明每天的次數 :

Applicant's Name:

Date of Submission:

- ☐ 室內空氣霧
- ☐ 持續使用氧氣
- ☐ 根據需要吸氧
- ☐ 口服（經口服用）藥物
- ☐ 口服（經口服用）餵養，是否能夠自主進食？ ☐ 是 ☐ 否
- ☐ 尿失禁
- ☐ 胃管 (GT) 藥物
- ☐ 胃管 (GT) 餵養
- ☐ 膀胱導尿術
- ☐ 靜脈 (IV) 藥物
- ☐ 靜脈 (IV) 營養
- ☐ 大便失禁
- ☐ 常規腸道護理
- ☐ 泌尿道造口/結腸造口術
- ☐ 慢性疼痛治療
- ☐ 壓瘡/開放性傷口
- ☐ 皮膚或傷口治療，瘡口/開放性傷口的數量：
傷口位置：
- ☐ 攣縮
攣縮部位：
- ☐ 有一定的移動手臂或腿的能力，但需要一些幫助來滿足護理需求。請在背面簡單解釋。
- ☐ 手臂或腿無法移動，需要全面幫助來滿足護理需求。請在背面簡單解釋。
- ☐ 特殊設備需求（例如輪椅、升降系統、坡道等）請在背面簡單解釋。
- ☐ 其他
- ☐ 其他
- ☐ 其他

Applicant's Name:

Date of Submission:

該申請是否為申請人提交？ ☐ 是 ☐ 否

1. 誰有合法權力做出申請人的醫療保健決定？

☐ 申請人：

☐ 其他 – 如果選「其他」，請提供以下資訊：

全名：

關係：

電話號碼：

如適用，該申請人是否已簽署用於醫療保健目的的法定代理人文件或持久授權書：

☐ 是 ☐ 否

如適用，申請人或代表是否收到已提交申請的通知，以便將其納入 HCBA 豁免？

☐ 是 ☐ 否

如果是，請提供填寫申請者的姓名和職務：

全名：

職務：

電話號碼：

表明申請人目前的所有服務提供者：

☐ 家庭健康局 (HHA)；提供以下資訊：

HHA名稱：

每週接受家庭健康照護服務的時數：

接受的服務類型：☐ 護理人員服務

☐ 認證家庭健康助理 (CHHA)服務

☐ 護理服務，由以下一名人員提供：☐ 註冊護士 ☐ 執業護士

☐ 家庭支持服務 (IHSS)；請提供以下資訊：

每月授權的 IHSS 小時數：

要獲取 IHSS 資格信息，請聯繫縣社會服務部

辦公室並請求 IHSS 入院支持。

☐ 加州兒童服務中心 (CCS)

☐ 區域中心；請提供以下資訊：

中心名稱：

服務協調員姓名：

Applicant's Name:

Date of Submission:

☐ 成人 (CBAS) 或兒童日間健康中心；請提供以下資訊：

每週天數： 每天的小時數

學校是否提供校內醫療服務？ ☐ 是 ☐ 否學校在上課時間是否配備一名非醫護服務人員： ☐ 是 ☐ 否☐ 多種目的長者服務計劃 (MSSP)

MSSP 是針對 65 歲以上 Medi-Cal 受益人的 HCBS 豁免福利，提供一般服務和護理支援。有關該計劃的更多信息，請訪問：

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

☐ 臨終關懷中心：

臨終關懷是針對晚期診斷受益人的 Medicare/Medi-Cal 福利。

有關此福利的更多信息，請聯繫申請人的初級保健醫生。

☐ 長者全面護理計劃 (PACE)

PACE 是一項醫療福利，透過一個綜合計劃向符合資格的 55 歲或以上的長者提供所有所需的預防、初級、急性、長期護理、社會和復健服務。如需更多信息，請致電 1-877-633-7223，或前往到 <https://CALPACE.org>。

☐ 長者護理行動網絡 (SCAN)

SCAN Health Plan 是一項 Medicare Advantage 特殊需求計劃，為 65 歲以上符合資格的 Medicare/Medi-Cal 受益人提供健康和長期護理服務。如需更多信息，請致電 1-877-452-5898，或前往 <https://CALPACE.org>。 <https://www.scanhealthplan.com>

收件人： 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
或以傳真提交申請： (916) 552-9149
或發送電子郵件至 caremanagement@dhcs.ca.gov

Applicant's Name:

Date of Submission:

DHCS 遵守聯邦和州民權法。DHCS 不會基於性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、民族認同、年齡、精神殘障、身體殘障、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向進行非法歧視。

DHCS 不會因性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、民族認同、年齡、精神殘障、身體殘障、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而非法排斥他人或區別對待。透過本表格收集的

個人和醫療資訊是保密的，並遵守衛生保健服務部 (DHCS) 隱私慣例通知，該通知可在此處找到：
<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>.
衛生保健服務部需要這些資訊來確定 申請人透過基於家庭和社區服務 (HCBS) 的豁免獲得醫療/行為服務的初步需求和潛在資格。除非獲得您的許可或法律允許，否則 DHCS 不會出於其他目的使用或分享該資訊。您必須提供此表格中要求的所有資訊。如果您未提供所要求的所有信息，我們將無法處理您加入

HCBS 豁免的請求。該資訊所屬的個人有權存取該資訊。

DHCS 被授權根據福利與機構 (W&I) 準則第 14000 條收集此資訊，並作為 CMS 批准的機構負責管理基於家庭和社區的替代方案 (HCBA) 豁免。此處提供的本隱私權聲明是《加州民法法典》第 1798.17 條所要求的。