

Заявление на участие в Альтернативной программе по обслуживанию на дому и по месту жительства (НСВА)

Чтобы подать заявление на участие в Альтернативной программе НСВА, заполните и подайте это заявление, состоящее из шести страниц.

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

Имя заявителя:

Номер телефона:

Дата рождения:

Возраст:

Женат/замужем: ☐ Да ☐ Нет

Гендер: ☐ Мужской: ☐ Женский: ☐ Трансгендер (пол изменен с мужского на женский):

☐ Трансгендер (пол изменен с женского на мужской)

Дата подачи заявления:

Страна проживания:

Тип (место) проживания:

☐ Дом

☐ Больница

Дата поступления:

Предполагаемая дата выписки:

Количество дней подряд пребывания в больнице:

☐ Учреждение сестринского ухода

Дата поступления:

Предполагаемая дата выписки:

Количество дней подряд пребывания в больнице:

Название учреждения:

Город расположения учреждения:

☐ Другое – укажите тип места жительства:

Другое название:

Другой город:

Дата поступления (если применимо):

Текущий почтовый адрес заявителя:

Улица:

Кв./номер/комната:

Город:

Почтовый индекс:

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>

Имя заявителя:

Дата подачи заявления:

Текущий фактический адрес заявителя (если он отличается от почтового адреса):

Улица:

Кв./номер/комната:

Город:

Почтовый индекс:

Медицинское страхование:Программа страхования Medi-Cal? ☐ Да ☐ Нет

Если «да», укажите номер страховки Medi-Cal заявителя / регистрационный номер клиента (РНК):

(Регистрационные номера Medi-Cal указаны на идентификационной карте получателя льгот (BIC) Medi-Cal)

Программа страхования Medicare: ☐ Да ☐ НетЕсли «да», то какая часть? ☐ Часть А ☐ Часть В ☐ Часть А и часть В,
☐ Часть DДругая страховка? ☐ Да ☐ Нет

Если «да», укажите название страховой компании:

Основной медицинский диагноз заявителя на данный момент: Каков основной медицинский диагноз заявителя (основное заболевание или травма) на данный момент?**Дополнительные медицинские потребности:**

Отметьте поля, в которых указаны текущие медицинские потребности заявителя. В свободных полях ниже укажите дополнительные медицинские потребности, которых нет в списке. Вы можете оставить дополнительные комментарии на обратной стороне заявки.

☐ Аппарат искусственной вентиляции легких, укажите количество часов в день, в течение которых заявитель пользуется аппаратом искусственной вентиляции легких:☐ Трахеостомия☐ Аппарат для поддержания постоянного положительного давления в дыхательных путях (СИПАП), укажите количество часов в день, в течение которых заявитель использует СИПАП:☐ Отсасывание слизи из трахеи, укажите количество раз в день:

Имя заявителя:

Дата подачи заявления:

- ☐ Устройство для вентиляции легких с двухфазным положительным давлением (ДФВ), укажите количество часов в день, в течение которых заявитель использует устройство ДФВ:
- ☐ Отсасывание слизи из ротовой полости, укажите количество раз в день:
- ☐ Дыхательная терапия, укажите количество сеансов, которые заявитель получает каждый день:
- ☐ Отсасывание слизи из носовой полости, укажите количество раз в день:
- ☐ Увлажнитель воздуха в помещении
- ☐ Постоянное использование кислорода
- ☐ Кислород по мере необходимости
- ☐ Прием лекарств перорально (через рот)
- ☐ Пероральное (через рот) кормление, способны ли вы есть самостоятельно? ☐ Да ☐ Нет
- ☐ Недержание мочи
- ☐ Прием лекарств через желудочный зонд (ЖЗ)
- ☐ Питание через желудочный зонд (ЖЗ)
- ☐ Катетеризация мочевого пузыря
- ☐ Прием лекарств внутривенно (В/В)
- ☐ Питание внутривенно (В/В)
- ☐ Недержание кала
- ☐ Плановое лечение кишечника
- ☐ Уростомы / колостомы
- ☐ Лечение хронической боли
- ☐ Пролежни / Открытые раны
- ☐ Обработка кожи или ран, количество пролежней / открытых ран:
- Локализация ран:
- ☐ Контрактуры
- Локализация контрактур:
- ☐ Присутствует способность двигать руками или ногами, но есть необходимость в некоторой помощи по уходу. *Кратко опишите ситуацию на обратной стороне страницы.*

Имя заявителя:

Дата подачи заявления:

- ☐ Отсутствует способность двигать руками или ногами, необходимость в помощи по уходу в полной мере. *Кратко опишите ситуацию на обратной стороне страницы.*
- ☐ Требуется специальное оборудование (например, инвалидная коляска, подъемная система, пандус и т.д.) *Кратко опишите ситуацию на обратной стороне страницы.*
- ☐ Другое
- ☐ Другое
- ☐ Другое

Это заявление подается от имени заявителя?

☐

Да

☐

Нет

1. Кто имеет правовое основание принимать решения о получении медицинских услуг заявителем?

☐

Заявитель

☐

Другое лицо – если указано «другое лицо», укажите следующую информацию:

Полное имя:

Кем приходится:

Номер телефона:

Если применимо, имеет ли этот заявитель подписанные документы законного представителя или доверенность, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным, для принятия решений в сфере здравоохранения:

☐

Да

☐

Нет

Если применимо, был ли заявитель или его представитель уведомлен о подаче заявления о включении его или ее в альтернативную программу НСВА? ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите имя и должность лица, заполняющего заявление:

Полное имя:

Должность:

Номер телефона:

Укажите всех текущих поставщиков услуг заявителя:

☐

Агентство по оказанию медико-социальной помощи на дому (ННА); предоставьте следующую информацию:

Имя заявителя:

Дата подачи заявления:

Название ННА:

Укажите, сколько часов в неделю предоставляется медико-социальная помощь на дому:

Виды полученных услуг: ☐ Услуги по уходу☐ Сертифицированный сотрудник по оказанию медико-социальной помощи на дому (СННА)☐ Сестринские услуги, предоставляемые: ☐ RN ☐ LVN

☐ **Программа оказания услуг по уходу на дому (IHSS);** предоставьте следующую информацию:

Количество разрешенных часов предоставления услуг по уходу на дому в месяц:

Чтобы получить информацию о соответствии требованиям программы IHSS, свяжитесь с окружным департаментом социального обслуживания и попросите поддержку при приеме в программу IHSS.

☐ **Центр предоставления услуг по уходу за детьми штата Калифорния (CCS)**

☐ **Региональный центр;** предоставьте следующую информацию:

Название центра:

Имя координатора по обслуживанию клиентов:

☐ **Дневной стационар для взрослых (CBAS) или детей;** предоставьте следующую информацию:

Количество дней в неделю:

Количество часов в день

Предоставляются ли медицинские услуги в школе? ☐ Да ☐ НетПредоставляет ли школа сопровождающего во время занятий в школе: ☐ Да ☐ Нет

☐ **Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (MSSP)**

MSSP – это льготное обслуживание в рамках альтернативной программы HCBS для лиц старше 65 лет, имеющих страховку Medi-Cal. Это обслуживание предусматривает предоставление общих и сестринских услуг. Для получения дополнительной информации об этой программе перейдите по ссылке:

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

Имя заявителя:

Дата подачи заявления:

☐ **Хоспис:**

Хоспис – это льгота в рамках программы страхования Medicare / Medi-Cal для пациентов с неизлечимым диагнозом.

Для получения дополнительной информации об этой льготе обратитесь к лечащему врачу заявителя.

☐ **Программа комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE)**

PACE – это льгота от Medi-Cal, которая предоставляет пожилым людям от 55 лет, имеющим на это право, все необходимые профилактические, первичные, неотложные, долгосрочные медицинские услуги, социальные и реабилитационные услуги в рамках единой комплексной программы. Дополнительную информацию можно получить по телефону 1-877-633-7223 или по ссылке <https://CALPACE.org>.

☐ **Сеть обслуживания пожилых людей (SCAN)**

Программа медицинского страхования SCAN – это программа от Medicare для лиц с особыми потребностями, которая предоставляет медицинские услуги и долгосрочный уход лицам старше 65 лет, имеющим право на участие в программе Medicare / Medi-Cal. Дополнительную информацию можно получить по телефону 1-877-452-5898 или перейдя по ссылке: <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

Sacramento, CA 95899-7437 Или отправьте заявку по факсу: (916) 552-9149
или отправьте электронное письмо по адресу caremanagement@dhcs.ca.gov

Имя заявителя:

Дата подачи заявления:

Департамент здравоохранения соблюдает федеральные законы и законы штата о гражданских правах. Департамент здравоохранения не допускает незаконной дискриминации по признакам пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национальности, этнической принадлежности, возраста, ограниченных психических или физических возможностей, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации. Департамент здравоохранения не отказывает людям в обслуживании и не относится к ним по-другому из-за пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национальности, этнической принадлежности, возраста, ограниченных психических или физических возможностей, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации. Личная и медицинская информация, собранная с помощью этой формы, является конфиденциальной в соответствии с Уведомлением Департамента здравоохранения (DHCS) о правилах соблюдения конфиденциальности, с которым можно ознакомиться здесь:

<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>. Департаменту здравоохранения необходима информация, чтобы определить предварительные потребности заявителя и его/ее потенциальное право на получение медицинских услуг/услуг, корректирующих поведение, в рамках альтернативной программы по предоставлению услуг на дому и по месту жительства (HCBS). Департамент здравоохранения может использовать или передавать эту информацию для других целей только с вашего разрешения или в соответствии с законом. Вы должны предоставить всю информацию, запрашиваемую в этой форме. Если вы не предоставите всю запрашиваемую информацию, мы не сможем обработать ваш запрос на регистрацию в альтернативной программе HCBS. Лицо (лица), к которому (которым) относится эта информация, имеет (имеют) право на доступ к ней.

Департамент здравоохранения уполномочен собирать эту информацию в соответствии с разделом 14000 Закона о социальном обеспечении, и, будучи агентством, утвержденным Центром обслуживания программ медицинской помощи престарелым, инвалидам, неимущим и малоимущим, несет ответственность за предоставление услуг в рамках альтернативной программы по обслуживанию на дому и по месту жительства (HCBA). Данное уведомление о конфиденциальности представлено здесь в соответствии с разделом 1798.17 Гражданского кодекса штата Калифорнии.