

Aplikasyon sa Waiver ng Home and Community-Based Alternatives (HCBA)

Kumpletuhin at isumite ang anim na pahinang aplikasyong ito para mag-apply sa Waiver ng HCBA.

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

Pangalan ng Aplikante:**Numero ng Telepono:****Petsa ng Kapanganakan:****Edad:****May Asawa:**☐

Yes

☐

No

Kasarian:☐

Lalake:

☐

Babae:

☐

Transgender Lalake sa Babae:

☐

Transgender Babae sa Lalake

Petsa ng Pagsumite sa Aplikasyon:**County ng Tirahan:****Uri ng Tirahan (uri ng pabahay):**☐

Sa bahay

☐

Ospital

Petsa ng pagpasok:

Tinatang petsa ng paglabas:

Bilang ng magkakasunod na araw sa ospital:

☐

Nursing Facility

Petsa ng pagpasok:

Tinatang petsa ng paglabas:

Bilang ng magkakasunod na araw sa ospital:

Pangalan ng pasilidad:

Lungsod ng pasilidad:

☐

Iba pa – tukuyin ang uri ng tirahan:

Iba pang pangalan:

Iba pang lungsod:

Petsa ng pagpasok (kung naaangkop):

Kasalukuyang Mailing Address ng Aplikante:

Kalye:

Apt./Ste/Silid:

Lungsod:

Zip Code:

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

Pangalan ng Aplikante:

Petsa ng Pagsumite:

Kasalukuyang Pisikal na Address ng Aplikante (kung iba sa mailing address):

Kalye:

Apt./Ste/Silid:

Lungsod:

Zip Code:

Insurance sa Healthcare:

Medi-Cal?

☐

Oo

☐

Hindi

Kung “oo”, ibigay ang numero ng Medi-Cal ng aplikante / Client Index Number (CIN):

(Makikita ang mga numero ng Medi-Cal identification sa Benefits Identification Card (BIC) ng Medi-Cal)

Medicare:

☐

Oo

☐

Hindi

Kung “oo”, aling part?

☐

Part A

☐

Part B

☐

Part A&B

☐

Part D

Iba pang Insurance?

☐

Oo

☐

Hindi

Kung “oo”, pangalan ng insurance:

Kasalukuyang Medikal na Diagnosis ng Aplikante: Ano ang kasalukuyang medikal na diagnosis ng aplikante (pangunahing karamdaman o pinsala)?**Karagdagang (mga) Pangangailangang Medikal:**

Tsekan ang (mga) kahon na tumutukoy sa kasalukuyang mga pangangailangang medikal ng aplikante. Gamitin ang mga blangkong espasyo sa ibaba para tukuyin ang karagdagang mga pangangailangang medikal na hindi nakalista. Maaari kang magbigay ng mga karagdagang komento sa likod ng aplikasyon.

☐

Ventilator, tukuyin ang bilang ng mga oras na gumagamit ng ventilator ang aplikante bawat araw:

☐

Tracheostomy

☐

Aparato ng Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), tukuyin ang bilang ng mga oras na gumagamit ng CPAP ang aplikante bawat araw:

☐

Tracheal Suctioning, tukuyin kung ilang beses kada araw:

☐

Aparato ng Bi-Level Positive Airway Pressure (BiPAP), tukuyin ang bilang ng mga oras na gumagamit ng aparato ng BiPAP ang aplikante bawat araw:

☐

Oral Suctioning, tukuyin kung ilang beses kada araw:

☐

Mga Gamutan para sa Paghinga, tukuyin ang bilang ng mga gamutan ang tinatanggap ng aplikante bawat araw:

☐

Nasal Suctioning, tukuyin kung ilang beses kada araw:

Pangalan ng Aplikante:

Petsa ng Pagsumite:

- ☐ Room Air Mist
- ☐ Patuloy na Paggamit ng Oxygen
- ☐ Oxygen kung kinakailangan
- ☐ Mga Oral (sa pamamagitan ng bibig) medikasyon
- ☐ Mga Oral (sa pamamagitan ng bibig) na Pagpapakain, kaya bang pakainin ang sarili? ☐ Oo ☐ Hindi
- ☐ Urinary Incontinence
- ☐ Mga Gastric Tube (GT) na Medikasyon
- ☐ Gastric Tube (GT) na Pagpapakain
- ☐ Mga Bladder Catheterization
- ☐ Mga Intravenous (IV) na Medikasyon
- ☐ Intravenous (IV) na Nutrisyon
- ☐ Bowel Incontinence
- ☐ Routine Bowel Care
- ☐ Urostomy / Colostomy
- ☐ Gamutan sa Paulit-ulit na Pananakit
- ☐ Pressure Sores / Mga Bukas na Sugat
- ☐ Mga Gamutan sa Balat o Sugat, bilang ng mga sugat / bukas na sugat:
- Lokasyon ng mga sugat:
- ☐ Mga Contracture
- Lokasyon ng mga contracture:
- ☐ Ilang kakayahan na igalaw ang mga braso o binti ngunit nangangailangan ng ilang tulong sa mga pangangailangan sa pangangalaga. *Ipaliwanag nang maikli sa likod.*
- ☐ Walang paggalaw ng mga braso at binti at nangangailangan ng lubos na tulong sa mga pangangailangan sa pangangalaga. *Ipaliwanag nang maikli sa likod.*
- ☐ Mga pangangailangan sa espesyal na aparato(hal. wheelchair, lift system, ramp, atbp.) *Ipaliwanag nang maikli sa likod.*
- ☐ Iba pa
- ☐ Iba pa
- ☐ Iba pa

Pangalan ng Aplikante:

Petsa ng Pagsumite:

Isinumite ba ang aplikasyon na ito para sa aplikante?

☐

Oo

☐

Hindi

1. Sino ang may legal na awtoridad na gumawa ng mga desisyon sa pangangalaga sa kalusugan ng aplikante?

☐

Aplikante

☐

Iba pa – Kung “iba,” mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon:

Buong Pangalan:

Kaugnayan:

Numero ng Telepono:

Kung naaangkop, pumirma ba ang aplikanteng ito ng dokumentasyon o Matibay na Power of Attorney para sa mga layunin ng healthcare:

☐

Oo

☐

Hindi

Kung naaangkop, naabisuhan ba ang aplikante o ang kinatawan na isinumite ang aplikasyon para i-enroll siya sa Waiver ng HCBA?

☐

Oo

☐

Hindi

Kung oo, ibigay ang pangalan at titulo ng taong kumukumpleto ng aplikasyon:

Buong Pangalan:

Titulo:

Numero ng Telepono:

Tukuyin ang kasalukuyang mga service provider ng aplikante:☐**Home Health Agency (HHA);** ibigay ang sumusunod na impormasyon:

Pangalan ng HHA:

Biang ng mga oras na nakatanggap ng mga home health service bawat linggo:

Uri ng mga serbisyong natanggap:

☐

Attendant Care

☐

Certified Home Health Aide (CHHA)

☐

Mga Nursing Service, ibinigay ng isang:

☐

RN

☐

LVN

☐**In-Home Supportive Services (IHSS);** ibigay ang sumusunod na impormasyon:

Bilang ng mga oras ng IHSS na pinahintulutan bawat buwan:

Para makuha ang impormasyon sa pagiging karapat-dapat sa IHSS eligibility information, makipag-ugnayan sa tanggapan ng County Department of Social Services at humingi ng suporta para sa pagpasok sa IHSS.

☐**California Children Services (CCS)**☐**Regional Center;** ibigay ang sumusunod na impormasyon:

Pangalan ng Center:

Pangalan ng Service Coordinator:

Pangalan ng Aplikante:

Petsa ng Pagsumite:

☐**Adult (CBAS) o Pediatric Day Health Center;** ibigay ang sumusunod na impormasyon:

Bilang ng mga araw kada linggo:

Bilang ng mga oras kada araw

Nagbibigay ba ang paaralan ng mga serbisyo sa medikal na pangangalaga sa paaralan? ☐ Oo ☐ HindiNagbibigay ba ang paaralan ng attendant na hindi medikal sa mga oras na may klase: ☐ Oo ☐ Hindi☐**Multipurpose Senior Services Program (MSSP)**

Ang MSSP ay isang benepisyo ng Waiver ng HCBS para sa mga benepisyaryo ng Medi-Cal na higit sa edad na 65 na nagbibigay ng mga pangkalahatang serbisyo at suporta sa pag-aalaga. Para sa karagdagang impormasyon sa programang ito, pumunta sa:

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

☐**Hospice:**

Ang Hospice ay isang benepisyo ng Medicare / Medi-Cal para sa mga benepisyaryo na may terminal na diagnosis.

Para sa karagdagang impormasyon sa benepisyong ito, makipag-ugnayan sa doktor ng pangunahing pangangalaga ng aplikante.

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

Ang PACE ay isang benepisyo ng medi-cal na nagbibigay ng lahat ng kinakailangang serbisyo para sa pang-iwas, pangunahin, malubha, pangmatagalang pangangalaga, panlipunan, at rehabilitasyon sa pamamagitan ng isang komprehensibong programa para sa mga karapat-dapat na senior, 55 taon o mas matanda. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang 1-877-633-7223, o pumunta sa

<https://CALPACE.org>.

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

SCAN Health Plan ay isang Medicare Advantage Special Needs Plan na nag-aalok ng mga serbisyo sa kalusugan at pangmatagalang pangangalaga sa mga karapat-dapat na benepisyaryo ng Medicare / Medi-Cal na higit ang edad sa 65 taon. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang 1-877-452-5898, o pumunta sa: <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

O isumite ang aplikasyon sa pamamagitan ng FAX: (916) 552-9149
o i-email sa caremanagement@dhcs.ca.gov

Pangalan ng Aplikante:

Petsa ng Pagsumite:

Ang DHCS ay sumusunod sa mga naaangkop na batas sa mga karapatang sibil ng Pederal at Estado. Ang DHCS hindi nagdidiskrimina na labag sa batas sa batayan ng kasarian, lahi, kulay, relihiyon, angkan, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan sa etnikong grupo, edad, kapansanan sa isip, pisikal na kapansanan, kundisyong medikal, henetikong impormasyon, katayuan sa pag-aasawa, pagkakakilanlan ng kasarian o sekswal na oryentasyon. Ang DHCS ay hindi nagpapakita ng labag sa batas na pagtanggì o ibang pagtrato sa mga tao dahil sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, angkan, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan sa etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanan sa pisikal, kondisyon sa medikal, impormasyon sa genetika, estado sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan sa kasarian, o sekswal oryentasyon. Ang nakolektang personal at medikal na impormasyon at kasama ng form na ito ay kumpidensyal, napapailalim sa Abiso ng Mga Kasanayan sa Privacy ng Department of Health Care (DHCS) na makikita dito: <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>. Kailangan ng Department of Health Care Services ang impormasyon para matukoy ang mga paunang pangangailangan ng aplikante at potensyal na pagiging karapat-dapat para sa mga serbisyong medikal/pag-uugali sa pamamagitan ng mga Waiver Home and Community Based Services (HCBS). Hindi gagamitin o ibabahagi ng DHCS ang impormasyon para sa iba pang layunin maliban kung maay pahintulot o ayon sa pinahihintulutan ng batas. Dapat mong ibigay ang lahat ng impormasyong hinihiling sa form na ito. Kung hindimo ibibigay ang lahat ng hiniling na impormasyon, hindi namin mapo-proseso ang iyong kahilingan para mag-enroll sa mga Waiver ng HCBS. Ang (mga) indibidwal kung kanino nauugnay ang impormasyong ito ay may karapatang i-access ito.

Awtorisado ang DHCS na kolektahin ang impormasyong ito alinsunod sa Welfare & Institutions (W&I) Code Section 14000 at bilang inaprubahang ahensya ng CMS na responsable para sa administrasyon ng Waiver Home and Community Based Alternatives (HCBA). Ang Abiso sa privacy na ibinigay dito ay iniaatas ng California Civil Code Section 1798.17.