

Đơn đăng ký Chương trình miễn trừ Lựa chọn thay thế Tại nhà và Cộng đồng (HCBA)

Hoàn thành và nộp đơn đăng ký dài sáu trang này để xin Miễn trừ HCBA.

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

Tên Người nộp đơn:

Số điện thoại:

Ngày sinh:

Tuổi:

Đã kết hôn: ☐ Có ☐ Không

Giới tính: ☐ Nam: ☐ Nữ: ☐ Chuyển giới từ Nam thành Nữ: ☐ Chuyển giới từ Nữ thành Nam

Ngày nộp đơn:

Nơi cư trú:

Loại hình cư trú (loại nhà ở):

☐ Tại nhà

☐ Bệnh viện

Ngày nhập viện:

Ngày xuất viện dự kiến:

Số ngày liên tục nằm viện:

☐ Cơ sở điều dưỡng

Ngày nhập viện:

Ngày xuất viện dự kiến:

Số ngày liên tục nằm viện:

Tên Cơ sở:

Thành phố:

☐ Khác – xác định loại hình cư trú:

Tên khác:

Thành phố khác:

Ngày nhập viện (nếu áp dụng):

Địa chỉ gửi thư hiện tại của Người nộp đơn:

Đường phố:

Căn hộ/Dãy phòng/Phòng:

Thành phố:

Mã Bưu chính:

Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe
Bộ phận Hệ thống Chăm sóc tích hợp
1501 Capitol Avenue, MS 4502
P.O. Box 997437
Sacramento, CA 95899-7437
Điện thoại: (916) 552-9105
Địa chỉ Internet: <https://www.dhcs.ca.gov>

Tên Người nộp đơn:

Ngày nộp đơn:

Địa chỉ thực tế hiện tại của Người nộp đơn (nếu khác với địa chỉ gửi thư):

Đường phố:

Căn hộ/Dãy phòng/Phòng:

Thành phố:

Mã Bưu chính:

Bảo hiểm y tế:

Medi-Cal?

☐

Có

☐

Không

Nếu “có”, hãy cung cấp số Medi-Cal / Số nhận dạng khách hàng (CIN) của Người nộp đơn:

(Số Medi-Cal có trên Thẻ định danh quyền lợi Medi-Cal (BIC))

Medicare:

☐

Có

☐

Không

Nếu “có”, phần nào?

☐

Phần A

☐

Phần B

☐

Phần A&B

☐

Phần D

Bảo hiểm khác?

☐

Có

☐

Không

Nếu “có”, tên bảo hiểm:

Chẩn đoán y khoa hiện tại của Người nộp đơn: Chẩn đoán y khoa hiện tại của người nộp đơn là gì (bệnh hoặc thương tích chính)?**(Các) nhu cầu y tế bổ sung:**

Đánh dấu vào (các) ô xác định nhu cầu y tế hiện tại của người nộp đơn. Điền vào các khoảng trống bên dưới để xác định các nhu cầu y tế bổ sung không được liệt kê. Quý vị có thể ghi chú thêm ở mặt sau của đơn.

☐

Máy thở, xác định số giờ người nộp đơn sử dụng máy thở mỗi ngày:

☐

Phẫu thuật mở khí quản

☐

Máy trợ thở áp lực dương liên tục (CPAP), xác định số giờ người nộp đơn sử dụng máy mỗi ngày:

☐

Hút khí quản, xác định số lần mỗi ngày:

☐

Máy trợ thở hai áp lực dương (CPAP), xác định số giờ người nộp đơn sử dụng máy mỗi ngày:

☐

Hút miệng, xác định số lần mỗi ngày:

☐

Điều trị hô hấp, xác định số lần điều trị mỗi ngày:

☐

Hút mũi, xác định số lần mỗi ngày:

Tên Người nộp đơn:

Ngày nộp đơn:

- ☐ Khí dung
- ☐ Sử dụng oxy liên tục
- ☐ Sử dụng oxy theo nhu cầu
- ☐ Thuốc uống (bằng miệng)
- ☐ Nuôi ăn đường miệng (bằng miệng), có thể tự ăn không? ☐ Có ☐ Không
- ☐ Tiểu không tự chủ
- ☐ Đặt ống thông dạ dày (GT)
- ☐ Nuôi ăn qua ống thông dạ dày (GT)
- ☐ Đặt ống thông tiểu
- ☐ Thuốc tiêm tĩnh mạch (IV)
- ☐ Nuôi ăn qua tĩnh mạch (IV)
- ☐ Đại tiện không tự chủ
- ☐ Chăm sóc ruột định kỳ
- ☐ Mở thông niệu / Phẫu thuật hậu môn nhân tạo
- ☐ Điều trị đau mãn tính
- ☐ Vết loét do tì đè / Vết thương hở
- ☐ Điều trị da hoặc vết thương, số lượng vết loét / vết thương hở:
- Vị trí vết thương:
- ☐ Co thắt
- Vị trí co thắt:
- ☐ Có khả năng cử động tay hoặc chân nhưng cần được hỗ trợ trong chăm sóc. *Giải thích ngắn gọn ở mặt sau.*
- ☐ Không thể cử động tay chân và cần sự giúp đỡ hoàn toàn trong chăm sóc. *Giải thích ngắn gọn ở mặt sau.*
- ☐ Nhu cầu về thiết bị đặc biệt (ví dụ: xe lăn, hệ thống nâng, bờ dốc, v.v.) *Giải thích ngắn gọn ở mặt sau.*
- ☐ Khác
- ☐ Khác
- ☐ Khác

Tên Người nộp đơn:

Ngày nộp đơn:

Đơn này đang nộp thay cho người nộp đơn?

☐

Có

☐

Không

1. Ai có thẩm quyền pháp lý để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của người nộp đơn?

☐

Người nộp đơn

☐

Khác – Nếu là “khác”, vui lòng cung cấp thông tin sau:

Họ tên:

Mối quan hệ:

Số điện thoại:

Nếu có thể, liệu người nộp đơn này có tài liệu đã ký liên quan đến người đại diện hợp pháp hoặc Giấy ủy quyền bền vững về chăm sóc sức khỏe không:

☐

Có

☐

Không

Nếu có thể, người nộp đơn hoặc người đại diện có được thông báo rằng đơn đã được nộp để đăng ký Miễn trừ HCBA không?

☐

Có

☐

Không

Nếu có, hãy cung cấp tên và chức vụ của người hoàn thành đơn:

Họ tên:

Chức vụ:

Số điện thoại:

Xác định tất cả các nhà cung cấp dịch vụ hiện tại của người nộp đơn:☐**Cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà (HHA);** cung cấp những thông tin sau:

Tên HHA:

Số giờ dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà được nhận mỗi tuần:

Loại dịch vụ:

☐

Chăm sóc người chăm sóc

☐

Trợ lý chăm sóc sức khỏe tại nhà được chứng nhận (CHHA)

☐Dịch vụ điều dưỡng, được cung cấp bởi: ☐ RN ☐ LVN☐**Dịch vụ hỗ trợ tại nhà (IHSS);** cung cấp những thông tin sau:

Số giờ IHSS mỗi tháng:

Để biết thông tin về việc đủ điều kiện IHSS, hãy liên hệ với văn phòng Sở Dịch vụ Xã hội của Quận và yêu cầu hỗ trợ tiếp nhận IHSS.

☐**Dịch vụ trẻ em California (CCS)**☐**Trung tâm khu vực;** cung cấp thông tin sau:

Tên Trung tâm:

Tên Điều phối viên dịch vụ:

Tên Người nộp đơn:

Ngày nộp đơn:

☐ **Trung tâm y tế ban ngày dành cho người lớn hoặc trẻ em (CBAS);** cung cấp thông tin sau:

Số ngày mỗi tuần:

Số giờ mỗi ngày

Nhà trường có cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế tại trường không? ☐ Có ☐ KhôngNhà trường có cung cấp người chăm sóc không phải nhân viên y tế trong giờ học không: ☐ Có ☐ Không

☐ **Chương trình Dịch vụ đa dạng dành cho Người cao niên (MSSP)**

MSSP là quyền lợi Miễn trừ HCBS dành cho người thụ hưởng Medi-Cal trên 65 tuổi, cung cấp các dịch vụ chung và hỗ trợ điều dưỡng. Để biết thêm thông tin về chương trình này, hãy truy cập:

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

☐ **Chăm sóc cuối đời:**

Chăm sóc cuối đời là quyền lợi của Medicare/Medi-Cal dành cho những người thụ hưởng được chẩn đoán mắc bệnh giai đoạn cuối.

Để biết thêm thông tin về quyền lợi này, hãy liên hệ với bác sĩ chăm sóc chính của người nộp đơn.

☐ **Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao niên (PACE)**

PACE là chế độ phúc lợi y tế cung cấp tất cả các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa, chăm sóc ban đầu, chăm sóc khẩn cấp, chăm sóc lâu dài, các dịch vụ xã hội và phục hồi chức năng cần thiết thông qua một chương trình toàn diện dành cho những người cao tuổi, từ 55 tuổi trở lên, đủ điều kiện. Để biết thêm thông tin, hãy gọi 1-877-633-7223, hoặc truy cập vào <https://CALPACE.org>.

☐ **Mạng lưới hành động chăm sóc Người cao tuổi (SCAN)**

Kế hoạch sức khỏe SCAN là Kế hoạch Nhu cầu đặc biệt của Medicare Advantage cung cấp các dịch vụ sức khỏe và chăm sóc dài hạn cho những người thụ hưởng Medicare / Medi-Cal trên 65 tuổi. Để biết thêm thông tin, hãy gọi 1-877-452-5898, hoặc truy cập vào: <https://www.scanhealthplan.com>

Nơi nhận: Điều phối viên tiếp nhận HCBA
Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe
Bộ phận Hệ thống Chăm sóc tích hợp
1501 Capitol Avenue, MS 4502
P.O. Box 997437
Sacramento, CA 95899-7437

Hoặc nộp đơn qua FAX: (916) 552-9149
hoặc gửi email tới caremanagement@dhcs.ca.gov

Tên Người nộp đơn:

Ngày nộp đơn:

DHCS tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và Tiểu bang. DHCS không phân biệt trái pháp luật dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, quốc gia xuất thân, nhận diện dân tộc, tuổi tác, khuyết tật trí tuệ, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin mã gen, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính hay xu hướng tính dục. DHCS không từ chối trái pháp luật hay đối xử với mọi người khác nhau do giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, quốc gia xuất thân, nhận diện dân tộc, tuổi tác, khuyết tật trí tuệ, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin mã gen, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính hay xu hướng tính dục. Thông tin cá nhân và y tế được thu thập trên và kèm theo biểu mẫu này là thông tin bảo mật, tuân theo Thông báo về Thực tiễn Quyền riêng tư của Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (DHCS) có thể tìm thấy tại đây:

<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>. Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe cần thông tin để xác định nhu cầu cơ bản của người nộp đơn và khả năng đủ điều kiện nhận các dịch vụ y tế/chăm sóc thông qua Miễn trừ Dịch vụ Tại nhà và Cộng đồng (HCBS). DHCS sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin cho các mục đích khác trừ khi được quý vị cho phép hoặc theo luật định. Quý vị phải cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu trong mẫu này. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ thông tin được yêu cầu, chúng tôi không thể xử lý yêu cầu đăng ký Miễn trừ HCBS của quý vị. (Các) cá nhân mà thông tin này liên quan có quyền truy cập thông tin đó.

DHCS được phép thu thập thông tin này theo Mục 14000 của Bộ luật Phúc lợi & Định chế (W&I) và là cơ quan được CMS chấp thuận chịu trách nhiệm quản lý Chương trình miễn trừ Lựa chọn thay thế Tại nhà và Cộng đồng (HCBA). Thông báo về quyền riêng tư được cung cấp ở đây là yêu cầu bắt buộc theo Mục 1798.17 của Bộ luật Dân sự California.