

家庭和社區替代 (HCBA) 豁免申請

填寫並提交此四頁申請以申請 HCBA 豁免。

申請人姓名：

家庭電話： 出生日期： 性別：男 女

已婚：男 女 年齡： 跨性別 M 到 F 跨性別 F 到 M

居住縣：

申請人目前居住在哪裡？

在家

住醫院 入院日期： 預計出院日期：
連續住院天數：

護理設施

入院日期： 預計出院日期：

在設施中的連續天數：

設備名稱：

設施城市：

其他居住類型：

其他名字：

其他城市：

入住日期（如適用）：

申請人目前的郵寄地址

街道： Apt/Ste/Room

城市：

郵政編碼：

街道地址（如果與郵寄地址不同）

街道： Apt/Ste/Room

城市：

郵政編碼：

申請人姓名

遞交時間

醫療保險

Medi-Cal? 男 ○ 女 ○

如果是, Medi-Cal 號碼: (位於 Medi-Cal 受益人身份證 (BIC) 上)

Medicare? 男 ○ 女 ○

如果是, 是哪一部分? A 部分 B 部分 A 部分和 B 部分 D 部分

其他保險? 男 ○ 女 ○

如果是, 保險名稱:

列出申請人目前的醫療診斷 (主要疾病或受傷) :

勾選確定申請人當前醫療需求的方框。使用下面的空白區域來標識未列出的其他醫療需求。您可以在申請表的背面提供額外的評論。

- 呼吸機, 確定申請人每天使用呼吸機的小時數: 小時
- 氣管切開手術
- 持續氣道正壓通氣 (CPAP) 設備, 確定申請人每天使用 CPAP 的小時數: 小時
- 氣管抽吸, 每天次數:
- 雙水平氣道正壓通氣 (BiPAP) 設備, 確定申請人每天使用 BiPAP 設備的小時數: 小時
- 口吸, 每天次數:
- 呼吸治療, 確定申請人每天接受的治療次數: 治療
- 吸鼻, 每天次數:
- 房間氣霧
- 根據需要持續使用氧氣
- 根據需要吸氧
- 口服 (口服) 藥物
- 口服 (經口) 餵食; 能夠自己餵食嗎? 男 ○ 女 ○
- 尿失禁
- 胃管 (GT) 藥物
- 胃管 (GT) 餵養
- 膀胱插管
- 靜脈 (IV) 藥物
- 靜脈 (IV) 營養
- 腸失禁
- 常規腸道護理
- 泌尿造口術/結腸造口術

醫療診斷在此頁繼續

申請人姓名

遞交時間

- 慢性疼痛治療
- 壓瘡/開放性傷口
- 皮膚或傷口治療，瘡/開放性傷口數量：

傷口位置：

- 攣縮

攣縮位置：

- 有一定的移動手臂或腿的能力，但需要一些幫助來照顧需要。請在背面作簡要說明。
- 手臂或腿沒有運動，需要完全的幫助來照顧需要。請在背面作簡要說明。
- 特殊設備需求（例如輪椅、升降系統、坡道等）。請在背面作簡要說明。

- 其他

- 其他

- 其他

本申請表是為申請人提交的嗎？

男 女

1. 誰有法律權力做出申請人的醫療保健決定？

- 申請人
- 其他人。如果其他人，請提供以下信息：

姓名

關係：

電話號碼：

2. 如果此申請表是由申請人或法定代理人以外的其他人提交的，是否已通知申請人或其法定代理人已經提交此申請表以加入 HCBA 豁免？ 男 女

如果是，請提供填寫此申請的人員的姓名和職務

姓名：

關係：

電話號碼：

確定您當前的所有服務提供者：

- 家庭健康局 (HHA)，請提供以下信息：

HHA 名稱：

每週接受的家庭保健服務小時數：

接受的服務類型：

- 護理服務
- 認證家庭健康助理 (CHHA)
- 護理服務，由以下人員提供：RN ，和/或 LVN

申請人姓名

遞交時間

- 居家支持服務 (IHSS), 提供以下信息 :

每月授權的 IHSS 小時數 :

要獲取 IHSS 資格信息, 請聯繫申請人所在縣的社會服務部辦公室並詢問 IHSS 加入部門。

- 加州兒童服務 (CCS)

- 區域中心, 提供以下信息 :

中心名稱 :

服務協調員姓名 :

- 成人或兒童日間保健, 提供以下信息 :

中心名稱 :

每週的天數

- 申請人在家外上學, 提供以下信息 :

每週天數 :

每天的小時數 :

學校是否提供校內醫療服務 ?

男 女

- 多用途長者服務計劃 (MSSP)

MSSP 是一項針對 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持。有關此計劃的更多信息, 請訪問 :

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

- 臨終關懷

臨終關懷是針對終末診斷受益人的醫療保險/醫療補助福利。有關此福利的更多信息, 請聯繫申請人的醫生。

- 長者全包式護理計劃 (PACE)

PACE 是一項 Medi-Cal 福利, 通過一個綜合性計劃向 55 歲或以上符合條件的老年人提供所有需要的預防、初級、急性、長期護理、社會和康復服務。有關更多信息, 請致電 1-888-633-7223, 或訪問 : www.CALPACE.org。

- 長者護理行動網絡 (SCAN)

SCAN 健康計劃是一個 Medicare Advantage 提供的特殊需求計劃, 為 65 歲以上符合條件的 Medicare/Medi-Cal 受益人提供健康和長期護理服務。欲了解更多信息, 請致電 1-877-452-5898, 或前往至 : www.scanhealthplan.com。

填充完成後, 將此申請表郵寄至以下地址 :

Center for Elders' Independence
510 17th Street, Oakland, CA 94612

或通過安全傳真提交申請 : 510-255-6078

或將申請表發送電郵至 : HCBA@cei.elders.org

作為衛生保健服務部的簽約代表, 老年人獨立中心遵守適用的聯邦民權法,
不因種族、膚色、國籍、年齡殘疾、或性別而有所歧視



同意使用和披露用於治療、支付或醫療保健操作的健康信息的同意書

我了解，作為我的醫療保健的一部分，本豁免機構 (WA) 發起、獲取和持有描述我的健康史、症狀、檢查和測試結果、診斷、治療以及任何未來護理或治療計劃的健康記錄。WA將在如下所述情況使用和披露我受聯邦和州法律定義的受保護健康信息：

- 作為計劃我的護理和治療的基礎
- 一種方式，讓為我的護理做出貢獻的醫療保健專業人員之間能以溝通
- 用於日常醫療保健操作的工具，例如評估護理質量和審查醫療保健專業人員的能力。

醫療信息：

作為 HCBA 申請人或受益人，我了解仁愛中心 (CEI) 同意使用和披露健康信息：

- 允許我或我的授權/法定代表能獲得我的醫療信息
- 允許 CEI 在 WA 認為必要時向參與我的護理的提供者和機構提供我的醫療信息
- 允許 CEI 提供我的醫療記錄副本，用於有需要的醫療管理、驗證和付款、申訴和WA管理服務所需的相關活動。

此同意書在參與者與 WA 有關聯期間有效，除非參與者撤銷。

HCBA 受益人/申請人或法定代表人姓名：_____

與受益人/申請人的關係：_____

*CEI參與者/申請人或法定代表人簽名

日期

*本人簽名的掃描圖像副本與原件一樣有效。