



Լոս Անջելեսի վարչաշրջանի հոգեկան առողջության վարչո (LACDMH)

Խնամքի շարունակականության հայտածն

Հարցման ամսաթիվ՝ _____

Ի՞նչ է իրենից ներկայացնում խնամքի շարունակականությունը

Խնամքի շարունակականությունը Medi-Cal-ի անդամներին հնարավորություն է տալիս շարունակել ծառայություններ ստանալ իրենց ներկայիս բուժօժանայություններ մատուցողից մինչև 12 ամիս, երբ անդամը տեղափոխվում է մեկ այլ շրջան կամ հոգեկան առողջության պլանից անցնում է կառավարվող խնամքի պլանի կամ հակառակը: Խնամքի շարունակականության ծրագիրը հնարավորություն է տալիս անդամներին ավարտել բուժխնամքը ներկայիս բուժօժանայություն մատուցողի մոտ, որն այլևս «ընդգրկված չէ ցանցում», և/կամ օգնում է առանց խնդիրների տեղափոխվել նոր բուժօժանայություն մատուցողի մոտ: Ցանցում չընդգրկված բուժօժանայություններ մատուցողների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս [LACDMH-ի Բուժօժանայություններ մատուցողների տեղեկատվություն](#):

Եթե կարծում եք, որ դուք կամ ձեր կողմից սպասարկվող անդամն իրավունակ է խնամքի շարունակականության համար, խնդրում ենք լրացնել այս ձևը, տրամադրել հիմնավորող փաստաթղթեր և ներկայացնել LACDMH-ի Որակի ապահովման բաժին հետևյալ հասցեով՝ QAPolicy@dmh.lacounty.gov:

Ձեր հարցումն արագ մշակելու համար խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին.

Դուք (կամ ձեր կողմից սպասարկվող անդամը) օգտվո՞ւմ եք Me-Cal-ից Լոս Անջելես վարչաշրջանում	☐ Այո	☐ Ոչ
Դուք (կամ ձեր կողմից սպասարկվող անդամը) համապատասխանո՞ւմ եք մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալու չափանիշներին	☐ Այո	☐ Ոչ
Դուք (կամ ձեր կողմից սպասարկվող անդամը) ունե՞ք գոյություն ունեցող հարաբերություններ ներկայիս բուժօժանայություն մատուցողի հետ, որը «ընդգրկված չէ ցանցում»	☐ Այո	☐ Ոչ

Մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններ ստանալու չափանիշների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս [Անդամի ձեռնարկը](#):

Եթե վերոնշյալ հարցերից **որևէ մեկին** պատասխանել եք «Ոչ», խնդրում ենք էլեկտրոնային նամակ ուղարկել QAPolicy@dmh.lacounty.gov հասցեին՝ մանրամասնելու համար:

Եթե վերոնշյալ **բոլոր** հարցերին պատասխանել եք «Այո», խնդրում ենք շարունակել ստորև:

Ո՞վ է ներկայացնում այս հայտը: Խնդրում ենք ընտրել հետևյալներից տարբերակներից մեկը՝

- ☐ Ես Medi-Cal-ի անդամ եմ և խնդրում եմ խնամքի շարունակականություն, ինչպես նաև թույլատրում եմ իմ տվյալների բացահայտումը՝ այս հարցումը մշակելու համար: Ստորագրված «Տեղեկատվության բացահայտման թույլտվությունը» կցված է այս հարցմանը:
- ☐ Ես Medi-Cal-ի անդամի խնամակալն եմ և անդամի անունից խնդրում եմ խնամքի շարունակականություն: Այս հարցմանը կցված է խնամակալի լիազորման ստորագրված հայտարարագիրը:
- ☐ Ես Medi-Cal-ի անդամի բուժօժանայություն մատուցողն եմ և անդամի անունից խնդրում եմ խնամքի շարունակականություն: Ստորագրված «Տեղեկատվության բացահայտման թույլտվությունը» կցված է այս հարցմանը:

Հարցում ներկայացնողի անունը՝	Հարցում ներկայացնողի Էլ. հասցեն՝	Հարցում ներկայացնողի կոնտակտային համարը՝



Լոս Անջելեսի վարչաշրջանի հոգեկան առողջության վարչո (LACDMH)

Խնամքի շարունակականության հայտածն

Անդամի տվյալներ		
Անդամի անունը՝	Medi-Cal համարը՝	
Անդամի ծննդյան ամսաթիվը՝		
Անդամի կոնտակտային համարը՝	Անդամի էլփոստի հասցեն՝	
Անդամի ներկայիս հասցեն՝	Քաղաք՝	Փոստային ինդեքս՝
Անդամի փոստային հասցեն (եթե տարբերվում է ներկայիս հասցեից)՝	Քաղաք՝	Փոստային ինդեքս՝
Անդամի առողջական վիճակը և ախտորոշումը՝		

Ցանցում չընդգրկված գործող բուժճառայություն մատուցողի տվյալներ		
Բուժճառայություն մատուցողի անունը՝	Երկիր՝	
Բուժճառայություն մատուցողի հասցեն՝	Քաղաք՝	Փոստային ինդեքս՝
Բժշկի անունը՝	Բժշկի կոնտակտային հեռախոսահամարը՝	
Բժշկի էլ. փոստի հասցեն՝		
Խնդրում ենք բացատրել, թե ինչու է Medi-Cal-ի անդամի համար պահանջվում խնամքի շարունակականություն:		

Խնդրում ենք ընտրել հետևյալներից տարբերակներից մեկը՝

- ☐ Կից ներկայացվում են հարցումը հիմնավորող կլինիկական փաստաթղթեր (օրինակ՝ հետազոտության արդյունքներ, բուժման առաջընթացի մասին գրառումներ, տեղեկատվության բացահայտման թույլտվություն, խնամակալի հայտարարություն և այլն): Այս հայտածնի հետ միասին ուղարկեք հիմնավորող փաստաթղթեր գաղտնագրված է. լփոստի հասցեով՝ QAPolicy@dmh.lacounty.gov:

- ☐ Անդամի բժշկական գրառումները հասանելի չեն

Հարցում ներկայացնողի անունը՝	Հարցում ներկայացնողի ստորագրությունը՝	Ամսաթիվ՝
------------------------------	---------------------------------------	----------



Լոս Անջելեսի վարչաշրջանի հոգեկան առողջության վարչո (LACDMH)

Խնամքի շարունակականության հայտաձև

ՄԻԱՅՆ LACDMH-ի ՈՐԱԿԻ ԱՊԱՅՈՎՄԱՆ ԲԱԺՆԻ ՀԱՄԱՐ

☐ Հաստատվել է	☐ Մերժվել է
Հաստատման ամսաթիվը՝	Մերժման ամսաթիվը՝
Հաստատման մասին անդամին տեղեկացնելու ամսաթիվը՝	Մերժման մասին անդամին տեղեկացնելու ամսաթիվը՝
Հաստատված սեանսների քանակը՝ _____ Կամ Հաստատված ամիսների քանակը՝ _____ Խնամքի շարունակականությունը հաստատված է՝ _____ -ից մինչև _____	Մերժման պատճառը՝
Սակագների վերաբերյալ համաձայնություն Այո Ոչ	
Հաստատված ժամանակահատվածի ավարտից հետո ո՞ր պլանով պետք է հաճախորդն անցնի ցանցում ընդգրկված բուժօնաշարություն մատուցողի մոտ:	
<u>Կցված է</u> Շահառուի վերաբերյալ բացասական որոշման մասին ծանուցում (եթե կիրառելի է) Ինչպես օգտվել մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններից՝ - Վարքագծային առողջության անդամի ձեռնարկ. https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/handbooks/ - Բուժօնաշարություններ մատուցողների տեղեկատու. https://dmh.lacounty.gov/pd/	

DMH-ի վերանայողի անունը՝	DMH-ի վերանայողի ստորագրությունը՝	Ամսաթիվ՝
--------------------------	-----------------------------------	----------