

洛杉矶县精神卫生局 持续照护申请表



申请日期: _____

什么是持续照护？

持续照护是指 Medi-Cal 成员迁居至其他县，或从精神卫生计划转入管理式医疗计划，或从管理式医疗计划转入精神卫生计划后，可选择继续接受其现有（当前）服务提供者提供的服务，最长可达 12 个月。持续照护旨在让成员能够在原有服务提供者转为“网络外”服务提供者后，继续由其提供服务直至完成治疗，和/或确保服务顺利转接至新的服务提供者。有关网络外服务提供者的更多信息，请参阅[洛杉矶县精神卫生局服务提供者名录](#)。

如果您认为自己或您所服务的成员符合持续照护资格，请填写本表格、提供支持文件，并将其提交至洛杉矶县精神卫生局质量保证部门，电子邮箱：QAPolicy@dmh.lacounty.gov。

为确保您的申请得到及时处理，请回答以下问题：

您（或您所服务的成员）在洛杉矶县参加 Medi-Cal	☐ 是	☐ 否
您（或您所服务的成员）符合专科精神卫生服务的资格标准	☐ 是	☐ 否
您（或您所服务的成员）与现有“网络外”服务提供者之间已存在诊疗关系	☐ 是	☐ 否

有关专科精神卫生服务资格标准的更多信息，请参阅[成员手册](#)。

如果您对上述**任何**问题回答“否”，请发送电子邮件至QAPolicy@dmh.lacounty.gov，以便我们协助排查您的个案。

如果您对上述**所有**问题均回答“是”，请继续填写以下内容。

由谁提交本申请？请选择以下一项：

- ☐ 我是申请持续照护的 Medi-Cal 成员，并授权披露本人信息，以便处理本申请。本申请随附已签署的信息披露授权书。
- ☐ 我是 Medi-Cal 成员的照护者，代表该成员申请持续照护。本申请随附已签署的照护者授权宣誓书。
- ☐ 我是 Medi-Cal 成员的服务提供者，代表该成员申请持续照护。本申请随附已签署的信息披露授权书。

申请人姓名：	申请人电子邮箱：	申请人联系电话：
--------	----------	----------

洛杉矶县精神卫生局 持续照护申请表



成员信息			
成员姓名：		Medi-Cal 编号：	
成员出生日期：			
成员联系电话：		成员电子邮箱：	
成员当前地址：		城市：	邮政编码：
成员邮寄地址（如与当前地址不同）：		城市：	邮政编码：
成员的健康状况及诊断：			

现有网络外服务提供者信息		
服务提供者名称：		所在县：
服务提供者地址：		城市： 邮政编码：
执业人员姓名：		执业人员联系电话：
执业人员电子邮箱：		
请说明为该 Medi-Cal 成员申请持续照护的原因：		

请从以下选项中**选择一项**：

- ☐ 随附支持本申请的临床文件（例如评估资料、诊疗进展记录、信息披露授权书、照护者宣誓书等）。请通过加密电子邮件将支持文件与本申请表一并发送至QAPolicy@dmh.lacounty.gov。
- ☐ 无成员记录可提供

申请人姓名：	申请人签名：	日期：
--------	--------	-----

洛杉矶县精神卫生局 持续照护申请表



仅供洛杉矶县精神卫生局质量保证部门使用

☐ 批准	☐ 拒绝
批准日期:	拒绝日期:
通知成员申请获批的日期:	通知成员申请被拒的日期:
批准的诊疗次数: ____ 或 批准的持续照护月数: ____ 持续照护获批期限自: ____ 至 ____	拒绝理由:
费率协议 ☐ 是 ☐ 否	
批准期限结束时, 协助服务对象转至网络内服务提供者处接受服务的计划是什么?	
<u>已随附</u> 不利受益人裁定通知书 (如适用) 如何获得专科精神卫生服务: - 行为健康成员手册: https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/handbooks/ - 服务提供者名录: https://dmh.lacounty.gov/pd/	

精神卫生局审核人姓名:	精神卫生局审核人签名:	日期:
-------------	-------------	-----