



洛杉磯郡心理健康局 持續性照護申請表

申請日期：_____

什麼是持續性照護？

持續性照護是指 Medi-Cal 會員在搬遷至其他郡，或從心理健康計畫轉換至管理式醫療計畫（或反之）後，仍可選擇繼續接受原有（目前）醫療服務提供者的服務，最長可持續 12 個月。持續性照護旨在讓會員能與已成為「網絡外」的現有醫療服務提供者完成治療，並／或支援服務順利轉銜至新的醫療服務提供者。如需更多有關網絡外醫療服務提供者的資訊，請參閱 [LACDMH 醫療服務提供者名錄](#)。

如果您認為您或您服務的會員符合持續性照護的資格，請填寫此表、提供佐證文件，並提交至 LACDMH 品質保證單位，電子郵件地址為 QAPolicy@dmh.lacounty.gov。

為確保您的申請能夠及時處理，請回答以下問題：

您（或您所服務的會員）在洛杉磯郡投保 Medi-Cal	☐ 是	☐ 否
您（或您服務的會員）符合專業精神健康服務的資格標準	☐ 是	☐ 否
您（或您服務的會員）與現有的「網絡外」醫療服務提供者有既有關係	☐ 是	☐ 否

如需更多關於專業精神健康服務資格標準的資訊，請參閱[會員手冊](#)。

如果您對上述任何問題的回答為「否」，請寄送電子郵件至 QAPolicy@dmh.lacounty.gov，以協助您進行疑難排解。

如果您對上述全部問題的回答為「是」，請繼續完成以下步驟。

誰提交此申請？請選擇下列其中一項：

- ☐ 本人是申請持續性照護的 Medi-Cal 會員，並授權釋出我的資訊以處理此申請。已簽署的資訊揭露授權書已附於本申請。
- ☐ 本人是 Medi-Cal 會員的照顧者，代表會員申請持續性照護。已簽署的照顧者授權切結書已附於本申請。
- ☐ 本人是 Medi-Cal 會員的醫療服務提供者，代表會員申請持續性照護。已簽署的資訊揭露授權書已附於本申請。

申請人姓名：	申請人電子郵件：	申請人聯絡電話：
--------	----------	----------

洛杉磯郡心理健康局 持續性照護申請表



會員資訊			
會員姓名：		Medi-Cal 編號：	
會員出生日期：			
會員聯絡電話：		會員電子郵件：	
會員目前地址：		市：	郵遞區號：
會員郵寄地址（如與目前地址不同）：		市：	郵遞區號：
會員的病況與診斷：			

現有網路外醫療服務提供者資訊		
醫療服務提供者姓名：		郡：
醫療服務提供者地址：		市：郵遞區號：
執業人員姓名：		執業人員聯絡電話：
執業人員電子郵件：		
請解釋 Medi-Cal 會員為何申請持續性照護：		

請選擇下列其中一項：

☐ 附上臨床文件，以支持此申請（例如評估、進度記錄、資訊揭露授權書、照顧者切結書等）。請透過加密電子郵件將本申請表的佐證文件傳送至 QAPolicy@dmh.lacounty.gov。

☐ 無法取得會員記錄

申請人姓名：	申請人簽名：	日期：
--------	--------	-----

洛杉磯郡心理健康局 持續性照護申請表



僅供 LACDMH 品質保證使用	
☐ 已核准	☐ 已拒絕
核准日期：	拒絕日期：
通知會員核准的日期：	通知會員拒絕的日期：
核准的次數：____ 或 核准的月數：____ 持續性照護核准期間： _____ 至 _____	拒絕原因：
評定協議 ☐ 是 ☐ 否	
在核准期限結束時，讓服務對象轉介至網絡內醫療服務提供者的計畫是什麼？	
<u>已附上</u> 不利受益人決定通知書 (如適用) 如何取得精神健康專科服務： - Behavioral Health 會員手冊：https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/handbooks/ - 醫療服務提供者名錄：https://dmh.lacounty.gov/pd/	

DMH 審查人員姓名：	DMH 審查人員簽名：	日期：
-------------	-------------	-----