

فرم گواهی پزشکی - درخواست برای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری (NEMT)

لطفاً فرم گواهی پزشکی Alameda Alliance for Health - حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) را برای درخواست خدمات NEMT برای اعضای Alliance تکمیل کنید. خدمات NEMT شامل حمل و نقل با آمبولانس، ون ویلچر و ون برانکارد برای خدمات پزشکی ضروری تحت پوشش است، به خصوص در مواردی که بیمار توانایی راه رفتن ندارد. تمام سفرهای NEMT شامل خدمات از درب تا درب

دستورالعمل‌ها

1. لطفاً تمامی بخش‌های زیر را با خط خوانا بنویسید یا تایپ کنید.
2. لطفاً فرم را تکمیل نموده و آن را از طریق نمابر یا ایمیل امن* ارسال کنید:

Alameda Alliance for Health

گیرنده: Case and Disease Management Department - درخواست برای حمل و نقل

شماره نمابر: 1.510.747.4130

ایمیل امن*: DeptCMDM@AlamedaAlliance.org

اگر در مورد نحوه ارسال ایمیل امن سوالی دارید، لطفاً به www.alamedaalliance.org مراجعه کنید.

آیا پرستشی دارید؟ لطفاً با «واحد مدیریت پرونده‌ها و بیماری» Alliance به شماره 1.510.747.4512 تماس بگیرید.

لطفاً توجه داشته باشید: تکمیل فرم خدمات صدور گواهینامه پارانترزیت (Paratransit Certification Services, PCS) فقط برای NEMT مورد نیاز است. فرم PCS برای سطح خدمات حمل و نقل غیر پزشکی (Non-medical Transportation, NMT)، مانند تاکسی یا خودرو، مورد نیاز نیست. برای درخواست و برنامه‌ریزی خدمات NMT، اعضای Alliance می‌توانند به صورت رایگان از طریق 1.866.791.4158 با خدمات حمل و نقل Alliance تماس بگیرند.

بخش 1: اطلاعات عضو

نام خانوادگی: _____ نام: _____
تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____ شماره شناسایی عضو Alliance: _____
شماره تلفن: _____ ☐ منزل ☐ همراه

بخش 2: نیازهای حمل و نقل

درخواست حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری (Non-emergency medical transportation, NEMT) (لطفاً فقط یک (1) سطح از خدمات را انتخاب نمایید):

- ☐ حمل و نقل هوایی (اطلاعات تأیید اضافی برای موافقت با آن لازم است)
- ☐ آمبولانس (شامل بیماران ALS، BLS، CCT، SCT، بیماران باریاتریک، LS و بیماری که به اکسیژن نیاز دارند و خودشان نمی‌توانند آن را استفاده یا تنظیم کنند)
- ☐ ون برانکارد/ون تخت (برای بیماران بستری، از جمله بیماران باریاتریک)

☐ ون ویلچر (شامل بیماران باریاتریک)

بخش 2: نیازهای حمل و نقل (ادامه)

تاریخ شروع: _____

مدت زمان (لطفاً فقط یک (1) مورد را انتخاب کنید):

3 ماه ☐

6 ماه ☐

9 ماه ☐

12 ماه (حداکثر مدت زمان) ☐

سایر: _____ ☐

بخش 3: توجیه محدودیت‌های عملکردی

لطفاً محدودیت‌های فیزیکی و پزشکی عضو را که مانع راه رفتن او بدون کمک یا حمل و نقل با وسایل نقلیه عمومی و خصوصی می‌شود، توضیح دهید (لطفاً تنها یک (1) گزینه را انتخاب کنید):

عضو تحت درمان دیالیز است ☐

عضو دچار ضعف پا، مشکلات حرکتی یا در معرض خطر زمین خوردن است ☐

عضو دچار سردرگمی شدید ذهنی است ☐

سایر: _____ ☐

قسمت 4: گواهی حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری

تعیین ضرورت پزشکی برای حمل و نقل بر عهده ارائه‌دهنده خدماتی است که مسئولیت مراقبت از عضو را بر عهده دارد. تکمیل و امضای این گواهی توسط یک MD، DO، PA، NP، CNM، فیزیوتراپیست، گفتاردرمانگر، کاردرمانگر، یا متخصص سلامت روان یا اختلال مصرف مواد مجاز است. این افراد باید در بیمارستان، مرکز درمانی یا مطب پزشک محل درمان بیمار استخدام شده یا تحت نظارت آنها فعالیت کنند و در زمان تکمیل فرم از وضعیت بیمار آگاه باشند. تنها استثنا درخواست‌های مربوط به خدمات آسایشگاه یا مراقبت‌های در منزل است که باید حتماً توسط یک MD یا DO امضا شود.

نام خانوادگی ارائه‌دهنده: _____ نام ارائه‌دهنده: _____

عنوان و مدارک تخصصی ارائه‌دهنده: _____ شماره تلفن: _____

_____ تاريخ: _____ امضاء:
