

# Maluliyet Raporu

## Disability Report

Tıbbi Maluliyet Raporu

DSHS 14-144A

Maluliyet Rapor formunda (DSHS 14-144A); tıbbi maluliyetin tespit edilmesi amacıyla Maluliyet Tespiti Bölümü (Division of Disability Determination (DDDS)) tarafından kullanılmak üzere bir müşterinin maluliyeti ile ilgili olarak toplanan bilgiler, tıbbi bulgular ve çalışma geçmişi yer almaktadır.

Sosyal Hizmetler Uzmanı (Social Service Specialist (SSS)) veya Finansal Hizmetler Uzmanı (Financial Service Specialist (FSS)), DSHS 14-144A sürecini başlatır. SSS veya FSS, Toplum Hizmetleri Ofisi (Community Service Office (CSO)) ile telefon numarasının forma kaydedilmesini temin etmelidir. Ödeneksiz Tıbbi Destek (Non-Grant Medical Assistance (NGMA)) veya Engelli Çalışanlar için Sağlık Hizmetleri (Healthcare for Workers with Disabilities (HWD)) kapsamında maluliyet kararının talep edildiğini belirtmek için uygun kutucuğu işaretlemenizi rica ederiz. Maluliyet kararı paketine doldurulmuş formu ekleyiniz.

1. SSS veya FSS; müşterinin adı ve soyadını, Sosyal Güvenlik Numarasını (SSN) ve maluliyet durumunu gösteren kısmı doldurur.
2. SSS veya FSS, 1. Bölüm – Sağlığınız ile ilgili Bilgiler başlıklı bölümün doldurulması konusunda müşteriye yardımcı olabilir. Tam tarih girilmesi gerekmemekle beraber ay ve yıl olarak belirtilmesi gerekir.
3. SSS veya FSS, 2. Bölüm – Tıbbi Kayıtlarınız ile ilgili Bilgiler başlıklı bölümün doldurulması konusunda müşteriye yardımcı olabilir. Hekimler ile tedavi sağlayıcılarının mümkün mertebe tam olacak şekilde tanımlanması önemli bir husustur.
4. SSS veya FSS, 3. Bölüm – Aktiviteleriniz ile ilgili Bilgiler başlıklı bölümün doldurulması konusunda müşteriye yardımcı olabilir. SSS veya FSS, müşteri ile ilgili kısıtlamaların anlaşılır bir şekilde tanımlanmasını sağlayacak bilgileri gözden geçirmelidir.
5. SSS veya FSS, 4. Bölüm – Eğitiminiz ile ilgili Bilgiler başlıklı bölümün doldurulması konusunda müşteriye yardımcı olabilir. Okuldaki derslerin, Özel Eğitim dersleri şeklinde olup olmadığı kaydedilmelidir.
6. SSS veya FSS, 5. Bölüm – Yapmış Olduğunuz İş ile ilgili Bilgiler başlıklı bölümün doldurulması konusunda müşteriye yardımcı olabilir. Tüm işverenlerin tek tek belirtilmesine gerek yoktur, yalnızca işletme türü belirtilmelidir.
7. SSS veya FSS, 6. Bölüm – Açıklamalar başlıklı bölümde yer alan 1 nolu Maddenin doldurulması konusunda müşteriye yardımcı olabilir. 2 ilâ 6 nolu Maddeler, SSS veya FSS tarafından doldurulacaktır.

## Maluliyet Raporu Disability Report Tıbbi Maluliyet Raporu

TALEP NEDENİ:

- Ödeneksiz Tıbbi Destek (Non-Grant Medical Assistance (NGMA))  
 Engelli Çalışanlar için Sağlık Hizmetleri (Healthcare for Workers with Disabilities (HWD))

Bu form, talep sahibi ya da talep sahibinin temsilcisi ile yapılacak bir görüşme sırasında DSHS sosyal hizmetler uzmanı ya da finans görevlisi tarafından doldurulur. **Lütfen tüm maddeleri elinizden geldiğince anlaşılır bir şekilde yazıp yanıtlayınız. Tüm soruları yanıtlayınız. Tam olarak verilen yanıtlar talebin işleme alınmasına yardımcı olur. Formda yer alan soruları yanıtlamak için daha fazla alana ihtiyaç duyduğunuz takdirde 6. bölüme gidebilir ya da ekstra sayfa ekleyebilirsiniz.**

1. TALEP SAHİBİNİN ADI VE SOYADI / DİĞER ADI	2. SOSYAL GÜVENLİK NUMARASI	3. TELEFON NUMARASI (VE ALAN KODU)
4. ÜÇÜNCÜ ŞAHIS İRTİBAT ADI VE SOYADI BİLGİSİ	TELEFON NUMARASI (VE ALAN KODU)	
ADRESİ		

5. MALULİYET DURUMUNUZ NEDİR? ÇALIŞMANIZA MANİ OLAN RAHATSIZLIĞI YA DA HASTALIĞI KISACA AÇIKLAYINIZ.

### 1. Bölüm Sağlığınız ile ilgili Bilgiler

1. Sağlığınız ilk kez hangi tarihte size sıkıntı vermeye başladı? \_\_\_\_\_  
GÜN, AY, YIL
- 2A. Yukarıda 1 nolu maddede belirtilen tarihten sonra hiç çalıştınız mı? EVET HAYIR  
**HAYIR** yanıtını verdiyseniz aşağıda 3A ve 3B.'ye gidiniz.
- 2B. **2A'ya evet yanıtını verdiyseniz** sağlığınız aşağıda belirtilen durumlarda değişikliklere neden olmuş mudur:  
İşiniz veya iş ile ilgili yükümlülükleriniz?    
Çalışma saatleriniz?    
İşe devamlılığınız?    
İşiniz ile ilgili diğer hususlar?
- 2C. **2B'de yer alan herhangi bir maddeye evet yanıtını verdiyseniz** iş koşullarındaki değişikliklerin ne olduğunu, bu değişikliklerin gerçekleştiği tarihleri ve sağlığınızın bu değişiklikleri nasıl gerekli hale getirdiğini açıklayınız:
- 3A. Ne zaman sağlığınız nedeniyle tamamıyla çalışmayı bıraktınız? \_\_\_\_\_  
GÜN, AY, YIL
- 3B. Sağlığınızdan dolayı neden artık çalışamadığınızı açıklayınız:

### 2. Bölüm Tıbbi Kayıtlarınız ile ilgili Bilgiler

1. Maluliyet durumunuz ile ilgili olarak en son tıbbi kayıtları elinde bulunduran doktor hakkında aşağıdaki bilgileri giriniz:	<input type="checkbox"/> <b>Maluliyet durumunuz hakkında hiçbir doktora görünmediyseniz burayı işaretleyiniz.</b>
DOKTORUN ADI VE SOYADI / KLİNİK ADI	TELEFON NUMARASI (VE ALAN KODU)
ADRESİ	BU DOKTORA İLK GÖRÜNDÜĞÜNÜZ TARİH
MUAYENE EDİLDİĞİNİZ YA DA TEDAVİ GÖRDÜĞÜNÜZ HASTALIK VEYA RAHATSIZLIK	BU DOKTORA EN SON GÖRÜNDÜĞÜNÜZ TARİH
ALINAN TEDAVİ TÜRÜ VEYA İLAÇLAR (ÖRNEĞİN: AMELİYAT, KEMOTERAPİ, İŞİN TEDAVİSİ VE HASTALIĞINIZ VEYA RAHATSIZLIĞINIZ İÇİN ALDIĞINIZ VE BİLİNER İLAÇLAR.) HERHANGİ BİR TEDAVİ YA DA İLAÇ SÖZ KONUSU DEĞİLSE <u>HİÇBİRİ</u> YAZINIZ.	

2. Maluliyet durumunuz başladığından bu yana başka doktora görüldünüz mü?  Evet  Hayır  
**Evet ise aşağıdaki soruları yanıtlayınız:**

DOKTORUN ADI VE SOYADI / KLİNİK ADI	TELEFON NUMARASI (VE ALAN KODU)
ADRESİ	BU DOKTORA <u>İLK</u> GÖRÜNDÜĞÜNÜZ TARİH
MUAYENE EDİLDİĞİNİZ YA DA TEDAVİ GÖRDÜĞÜNÜZ HASTALIK VEYA RAHATSIZLIK	BU DOKTORA <u>EN SON</u> GÖRÜNDÜĞÜNÜZ TARİH
ALINAN TEDAVİ TÜRÜ VEYA İLAÇLAR (ÖRNEĞİN: AMELİYAT, KEMOTERAPİ, IŞIN TEDAVİSİ VE HASTALIĞINIZ VEYA RAHATSIZLIĞINIZ İÇİN ALDIĞINIZ VE BİLİNER İLAÇLAR.) HERHANGİ BİR TEDAVİ YA DA İLAÇ SÖZ KONUSU DEĞİLSE <u>HİÇBİRİ</u> YAZINIZ.	

**Bu hastalık ya da rahatsızlık ortaya çıktığından bu yana başka doktorlara görüldüyseniz yukarıda belirtilen bilgilere yer vereceğiniz ekstra sayfaları ekleyiniz.**

3. Maluliyet durumunuzdan dolayı bir hastanede tedavi gördünüz mü?  Evet  Hayır

**Yanıtınız evet ise aşağıdaki soruları yanıtlayınız:**

HASTANENİN ADI	TELEFON NUMARASI (VE ALAN KODU)
ADRESİ	
ZİYARETLERİNİZİN TARİHLERİ?	
MUAYENE EDİLDİĞİNİZ YA DA TEDAVİ GÖRDÜĞÜNÜZ HASTALIK VEYA RAHATSIZLIK	
ALINAN TEDAVİ TÜRÜ VEYA İLAÇLAR (ÖRNEĞİN: AMELİYAT, KEMOTERAPİ, IŞIN TEDAVİSİ VE HASTALIĞINIZ VEYA RAHATSIZLIĞINIZ İÇİN ALDIĞINIZ VE BİLİNER İLAÇLAR.) HERHANGİ BİR TEDAVİ YA DA İLAÇ SÖZ KONUSU DEĞİLSE <u>HİÇBİRİ</u> YAZINIZ.	

4. Hastalığınız ya da rahatsızlığınız nedeniyle başka hastanelerde bulduysanız aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

HASTANENİN ADI	TELEFON NUMARASI (VE ALAN KODU)
ADRESİ	
ZİYARETLERİNİZİN TARİHLERİ?	
MUAYENE EDİLDİĞİNİZ YA DA TEDAVİ GÖRDÜĞÜNÜZ HASTALIK VEYA RAHATSIZLIK	
ALINAN TEDAVİ TÜRÜ VEYA İLAÇLAR (ÖRNEĞİN: AMELİYAT, KEMOTERAPİ, IŞIN TEDAVİSİ VE HASTALIĞINIZ VEYA RAHATSIZLIĞINIZ İÇİN ALDIĞINIZ VE BİLİNER İLAÇLAR.) HERHANGİ BİR TEDAVİ YA DA İLAÇ SÖZ KONUSU DEĞİLSE <u>HİÇBİRİ</u> YAZINIZ.	

**Hastalığınız ya da rahatsızlığınız nedeniyle başka hastane veya kliniklerde bulduysanız 6. Bölüm'de ad, tarih ve nedenleri belirtiniz veya ekstra sayfa ekleyiniz.**

5. Geçtiğimiz yıl aşağıda belirtilen tetkiklerden herhangi birini yaptırdınız mı? Aşağıda uygun kutucuğu işaretleyiniz ve "evet" yanıtını verdiğiniz takdirde tetkikin nerede ve zaman yapıldığını belirtiniz.

TETKİK	EVET	HAYIR	NEREDE YAPILDI	NE ZAMAN YAPILDI
Elektrokardiyogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Göğüs röntgeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diğer röntgen tetkikleri (türünü belirtiniz):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Solunum testleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Kan tahlilleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diğer (belirtiniz):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### 3. Bölüm İlaç Listesi

İLACIN ADI	REÇETİYİ YAZAN (DOKTORUN ADI)	İLACIN VERİLME NEDENİ

**Birden fazla ilaç kullanıyorsanız yukarıda belirtilen bilgilere yer vereceğiniz ekstra sayfaları ekleyiniz.**

### 4. Bölüm Eğitiminiz ile ilgili Bilgiler

1. **Gittiğiniz en son okul hangisidir?** \_\_\_\_\_ Hangi yıl gittiniz? \_\_\_\_\_

2. Meslek lisesine mi gittiniz ya da özel bir eğitim mi gördünüz?  Evet  Hayır

**Evet ise aşağıdaki soruları yanıtlayınız:**

MESLEK LİSESİ VEYA EĞİTİM TÜRÜ \_\_\_\_\_ DEVAM ETTİĞİNİZ TARİHLER (YAKLAŞIK) \_\_\_\_\_

YAPMIŞ OLDUĞUNUZ HERHANGİ BİR İŞTE, ALDIĞINIZ ÖĞRETİM YA DA EĞİTİMDEN NASIL İSTİFADE ETTİNİZ

**Bir müşteri okula devam ediyorsa aşağıda sorulan soruları yanıtlamanızı rica ederiz:**

OKUL ADI, ADRESİ VE TELEFON NUMARASI

ÖĞRETMENİN ADI VE SOYADI

### 5. Bölüm Yapmış Olduğunuz İş ile ilgili Bilgiler

Çalışmayı bırakmadan önce, düzenli olarak yaptığınız işten başlamak üzere, son 15 yıl içerisinde edindiğiniz tüm işleri sıralayınız. Bu en uzun süre yaptığınız iş anlamına gelmektedir. 6. sınıfa kadar devam ettiyseniz VE 35 yıl veya daha fazla bir süreden beri yalnızca ağır ve vasıfsız iş yaptıysanız çalışmaya başladığınızdan bu yana yaptığınız tüm işleri sıralayınız. Daha fazla alana ihtiyaç duyduğunuz takdirde ekstra sayfa ekleyiniz ya da 6. Bölümü kullanınız.

İŞ UNVANI	İŞLETME TÜRÜ	BAŞLANGIÇ TARİHİ:	BİTİŞ TARİHİ:	GÜN/HAFTA	ÜCRET ORANI (SAATLİK, GÜNLÜK, HAFTALIK, AYLIK VEYA YILLIK)

- 2A. Yukarıda belirtilen düzenli işte: EVET HAYIR
- Herhangi bir makine, alet ya da ekipman kullandınız mı? .....
- Teknik bilgi ya da becerilerden yararlandınız mı? .....
- Yazım işleri yaptınız mı, rapor tamamladınız mı veya benzer görevlerde bulundunuz mu? .....
- Denetleme sorumluluklarınız oldu mu:.....

- 2B. Aşağıda belirtilen hususları net bir şekilde tanımlayarak tüm evet yanıtlarını açıklayınız: Kullandığınız makine, alet ya da ekipman türleri ve birebir gerçekleştirdiğiniz işlem; konu ile ilgili teknik bilgi veya beceriler; yaptığınız yazım işlerinin türü ve raporların niteliği ve denetiminiz altında bulunan kişilerin sayısı ve denetiminizin kapsamı.

- 2C. Aşağıda bulunan en uygun yanıtı işaretlemek suretiyle normal bir gün içerisinde düzenli işinizin gerektirdiği fiziksel aktivite türünü ve niceliğini açıklayınız:

- Günde kaç saat: Yürüdünüz?  0  1  2  3  4  5  6  7  8
- Ayakta durdunuz?  0  1  2  3  4  5  6  7  8
- Oturdunuz?  0  1  2  3  4  5  6  7  8
- Günde ne kadar sıklıkta: Eğildiniz?  Hiç  Ara sıra  Sıklıkla  Sürekli
- Bir yere uzanmaya çalıştınız?  Hiç  Ara sıra  Sıklıkla  Sürekli

Kaldırma ve taşıma: Neler kaldırdığınızı ve ne kadar uzaklığa taşıdığınızı açıklayınız:

- Kaldırdığınız en ağır yük ne kadar idi?  5 kg (10 lbs.)  10 kg (20 lbs.)  25 kg (50 lbs.)  
 50 kg (100 lbs.)  50 kg (100 lbs.) üzeri

Sıklıkla kaldırdığınız ya da taşıdığınız ağırlık ne kadar idi?

- Azami 5 kg (10 lbs.)  Azami 11 kg (25 lbs.)  Azami 25 kg (50 lbs.)  Azami 50 kg (100 lbs.)

### 6. Bölüm Açıklamalar

1. Önceki soruları yanıtlayabileceğiniz ek alanlar için bu bölümü kullanabilirsiniz. Ayrıca maluliyet talebiniz ile ilgili bir kararın alınmasına yardımcı olacağını düşündüğünüz (önceden belirtilmemiş olan diğer hastalık ya da rahatsızlıklar ile ilgili bilgiler gibi) diğer bilgilere de yer vermek için bu alanı kullanabilirsiniz.

### Görüşmeyi Yapan Kişi Tarafından Doldurulacaktır

2. Talep sahibi İngilizce konuşuyor mu?  Evet  Hayır Yanıtınız hayır ise hangi dili konuşuyor:
3. Talep sahibi, talebinin işleme alınması sırasında destek almak istiyor mu?  Evet  Hayır  
**Yanıtınız evet ise 1. Sayfada bulunan üçüncü şahıs irtibat bilgisi kısmını doldurunuz.**
4. Aşağıda belirtilmiş olup talep sahibi ile yapılan görüşme sırasında hangi zorlukları gözlemlediğinizi belirtiniz:
- Okuma  Yazma  Soruları yanıtlama  Duyma  
 Oturma  Anlama  Ellerini kullanma  Nefes alma  
 Görme  Yürüme  Diğer (belirtiniz):  
 HIÇBİRİ GÖZLEMLENMEMİŞTİR

Yukarıda belirtilen maddelerden herhangi biri işaretlendiyse söz konusu zorluğu tam olarak açıklayınız:

5. Yaşlı, âmâ veya engelliler (ABD) ile ilgili bekleyen / işlem gören değerlendirmeleriniz bulunmakta mıdır?  
 Evet  Hayır
- Fiziksel; tarih: \_\_\_\_\_
- Ruh Sağlığı; tarih: \_\_\_\_\_
6. Talep sahibini detaylı bir şekilde tanımlayınız (örneğin: genel yapısı, boyu, kilosu, davranışı ve yukarıda belirtilen hususlara ilaveten diğer zorluklar):

GÖRÜŞMEYİ YAPAN KİŞİNİN İMZASI	TARİH	GÖRÜŞMEYİ YAPAN KİŞİNİN ADI VE SOYADI (DÜZ YAZI İLE)
GÖRÜŞMEYİ YAPAN KİŞİNİN TELEFON NUMARASI (VE ALAN KODU)	TOPLUM HİZMETLERİ OFİSİ	