

Звіт про інвалідність

Disability Report

Медичне рішення щодо інвалідності
DSHS 14-144A

Форма звіту про інвалідність, DSHS 14-144A, збирає інформацію про інвалідність клієнта, медичні докази та історію роботи для використання Відділом служб визначення інвалідності (DDDS) для визначення медичної інвалідності.

Спеціаліст із соціальних служб (SSS) або спеціаліст з питань пільг (PBS) ініціює DSHS 14-144A. SSS або PBS повинні переконатися, що у формі зазначено офіс громадських послуг (CSO) і номер телефону. Поставте прапорець у відповідному полі, щоб вказати, що запитане рішення про інвалідність стосується Негрантової медичної допомоги (NGMA) або Охорони здоров'я працівників з обмеженими можливостями (HWD). Додайте заповнену форму до пакету з документами щодо рішення про інвалідність.

1. Співробітники SSS або PBS заповнюють назву та початок документу для визначення імені та прізвища, номеру соціального забезпечення (SSN) та стану інвалідності клієнта.
2. Співробітники SSS або PBS можуть допомогти клієнту заповнити Частина 1 — Інформація про ваш стан здоров'я. Дати не обов'язково повинні бути точними, проте необхідно, щоб вони відображали місяць і рік.
3. Співробітники SSS або PBS можуть допомогти клієнту заповнити Частина 2 — Інформація про ваші медичні записи. Важливо визначити лікарів та джерела лікування так детально, як це можливо.
4. Співробітники SSS або PBS можуть допомогти клієнту заповнити Частина 3 — Список ліків. SSS або PBS повинні переглянути інформацію, щоб переконатися, що список ліків клієнта є якомога повнішим.
5. Співробітники SSS або PBS можуть допомогти клієнту заповнити Частина 4 — Інформація про вашу освіту. Слід вказати, чи класи учбового закладу, який відвідував клієнт, були класами для осіб, що отримують освіту за спеціальними програмами.
6. Співробітники SSS або PBS можуть допомогти клієнту заповнити Частина 5 — Інформація про роботу, яку ви виконували. Не слід наводити список окремих роботодавців, повинен бути зазначений тільки вид бізнесу.
7. Співробітники SSS або PBS можуть допомогти клієнту заповнити пункт 1 у Частині 6 — Зауваження. Пункти з 2 до 6 повинні заповнювати співробітники SSS або PBS.

Звіт про інвалідність

Disability Report

Медичне рішення щодо інвалідності

Запит щодо:

- Негрантова медична допомога (NGMA)
- Охорона здоров'я для працівників з інвалідністю (HWD)

Ця форма заповнюється працівником соціальних служб DSHS або фінансовим працівником під час співбесіди із заявником або представником заявника. **Будь ласка, надрукуйте, напишіть друкованими літерами або розбірливо та дайте відповідь на всі запитання якнайкраще. Відповідайте на всі запитання. Вичерпні відповіді допомагають обробити заявку. Якщо вам потрібно більше місця, щоб відповісти на будь-яке запитання у формі, перейдіть до частини 6 або додайте аркуші.**

1. Ім'я та прізвище заявника / Псевдонім	2. Номер соціального страхування	Номер телефону (в тому числі код регіону)
4. Третя сторона Контактна інформація	Ім'я Адреса	Номер телефону (в тому числі код регіону)
5. Який ваш стан інвалідності? Коротко поясніть травму або хворобу, яка заважає вам працювати.		

Частина 1. Інформація про ваш стан здоров'я

1. Коли порушення вашого стану здоров'я вперше стало турбувати вас? _____
Місяць / День / Рік
Так Ні

2A. Ви працювали після дати, зазначеної в пункті 1 вище?
Якщо ви відповіли **Ні**, переходьте до пунктів 3A і 3B нижче.

2B. **Якщо ви відповіли "так" у пункті 2A**, чи ваш стан здоров'я змусив вас змінити:
Вашу роботу або робочі обов'язки?
Ваш робочий час?
Ваше відвідування роботи?
Щось інше стосовно вашої роботи?

2C. **Якщо ви відповіли "так" на будь-який пункт у 2B**, поясніть, які зміни відбулися у ваших робочих обставинах, укажіть дати, коли ці зміни відбулися, зазначте, яким чином ваш стан призвів до того, що такі зміни були необхідними:

3A. Коли стан вашого здоров'я остаточно змусив вас припинити роботу? _____
Місяць / День / Рік

3B. Поясніть, яким чином стан вашого здоров'я не дозволяє вам зараз працювати:

Частина 2. Інформація про ваші медичні записи

1. Введіть наступну інформацію про лікаря, який має останні медичні записи про ваш стан інвалідності:	<input type="checkbox"/> Зазначте тут, якщо ви ніколи не відвідували лікаря з приводу вашого стану інвалідності.
Ім'я та прізвище лікаря / Назва клініки	Номер телефону (в тому числі код регіону)

Адреса	Дата, коли ви вперше відвідали цього лікаря
Хвороба або травма, з приводу якої ви проходили обстеження або отримували лікування	Дата, коли ви востаннє відвідали цього лікаря
Вид лікування або ліки, які ви отримували (тобто операція, хіміотерапія, променева терапія та ліки, які ви приймали для лікування вашої хвороби або травми, якщо вам це відомо. Якщо не було лікування або не приймали ліків, напишіть нічого).	
2. Чи ви відвідували будь-яких інших лікарів протягом періоду часу з початку вашого стану інвалідності? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, вкажіть наступні дані:	
Ім'я та прізвище лікаря / Назва клініки	Номер телефону (в тому числі код регіону)
Адреса	Дата, коли ви вперше відвідали цього лікаря
Хвороба або травма, з приводу якої ви проходили обстеження або отримували лікування	Дата, коли ви востаннє відвідали цього лікаря
Вид лікування або ліки, які ви отримували (тобто операція, хіміотерапія, променева терапія та ліки, які ви приймали для лікування вашої хвороби або травми, якщо вам це відомо. Якщо не було лікування або не приймали ліків, напишіть нічого).	
Якщо ви відвідували додаткових лікарів протягом лікування своєї хвороби або травми, прикладіть додаткові сторінки з інформацією, вказаною вище.	
3. Чи лікували вас в лікарні з приводу вашого стану інвалідності? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, вкажіть наступні дані:	
Назва лікарні	Номер телефону (в тому числі код регіону)
Адреса	
У які дати ви здійснювали візити до лікарні?	
Хвороба або травма, з приводу якої ви проходили обстеження або отримували лікування	
Вид лікування або ліки, які ви отримували (тобто операція, хіміотерапія, променева терапія та ліки, які ви приймали для лікування вашої хвороби або травми, якщо вам це відомо. Якщо не було лікування або не приймали ліків, напишіть нічого).	
4. Якщо ви були в інших лікарнях із приводу своєї хвороби або травми, вкажіть наступні дані:	
Назва лікарні	Номер телефону (в тому числі код регіону)
Адреса	

У які дати ви здійснювали візити до лікарні?				
Хвороба або травма, з приводу якої ви проходили обстеження або отримували лікування				
Вид лікування або ліки, які ви отримували (тобто операція, хіміотерапія, променева терапія та ліки, які ви приймали для лікування вашої хвороби або травми, якщо вам це відомо. Якщо не було лікування або не приймали ліків, напишіть нічого).				
Якщо ви були в інших лікарнях або клініках із приводу своєї хвороби або травми, зазначте список назв, дат та причин відвідування в Частині 6 або прикладіть додаткові сторінки.				
5. Чи вам проводили будь-які з наступних обстежень протягом минулого року? Поставте прапорець у відповідному полі нижче та, якщо відповідь "так", наведіть дані щодо того, де і коли проводили обстеження.				
Обстеження	Так	Ні	Де проводили	Коли проводили
Електрокардіограма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Рентген грудної клітки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Інші рентгенообстеження (вказіть вид):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Обстеження дихання	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Аналізи крові	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Інше (зазначити):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Частина 3. Список ліків				
Назва препарату	Призначений лікарем (ім'я та прізвище лікаря)		Причина для призначення ліків	
Якщо ви застосовуєте більше ліків, прикладіть додаткові сторінки з інформацією, зазначеною вище.				
Частина 4. Інформація про вашу освіту				
1. Який найвищий клас школи ви закінчили? _____ В якому році? _____				
2. Чи відвідували ви учбовий заклад для отримання кваліфікації або професії, або чи отримали ви спеціальне навчання будь-якого виду? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні				
Якщо так, вкажіть наступні дані:				
Вид учбового закладу для отримання кваліфікації або професії, чи вид навчання			Приблизні дати відвідування	
Яким чином ви використали знання, що здобули в цьому учбовому закладі або під час навчання, в будь-якій роботі, що ви виконували?				

Якщо клієнт відвідує школу, надайте наступне.

Назва школи, адреса та номер телефону

Ім'я та прізвище вчителя

Частина 5. Інформація про роботу, яку ви виконували

Наведіть список усіх робіт, які ви виконували протягом останніх п'яти років перед тим, як ви припинили працювати, починаючи з вашої звичайної роботи. Це означає, яку роботу ви виконували найдовше. Якщо у вас є тільки 6 класів освіти або менше, **та** ви виконували тільки важку некваліфіковану роботу протягом 35 років або більше, напишіть список всіх робіт, які ви виконували з моменту, коли почали працювати. Якщо вам потрібно більше місця, скористуйтеся додатковими сторінками або напишіть інформацію в частині 6.

Назва посади	Вид бізнесу	Від	До	Днів на тиждень	Умови оплати (за годину, за день, за тиждень, за місяць або рік)

- 2A. У своїй звичайній роботі, вказаній вище, чи ви:
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Користувалися машинами, інструментами або обладнанням будь-якого виду? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Застосовували технічні знання або навички? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Вели будь-які записи, заповнювали звіти або виконували подібні обов'язки? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Мали контролюючі обов'язки: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2B. Поясніть всі відповіді "так" шляхом надання повного опису видів машин, інструментів або обладнання, яким ви користувалися, точно опишіть операцію, яку ви здійснювали, технічні знання або навички, які ви застосовували, характер всіх звітів, та кількість людей, яких ви контролювали і ступінь вашого контролювання або керівництва.

2C. Опишіть вид і обсяг фізичної активності, пов'язаної з вашою звичайною роботою протягом звичайного дня, позначивши найкращу відповідь нижче.

- Скільки годин у день ви: Ходили пішки? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- Стояли? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- Сиділи? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- Як часто за день ви: Згиналися? Ніколи Іноді Часто Постійно
- Тягнулися за чимось? Ніколи Іноді Часто Постійно
- Підйом і перенесення: Опишіть, що ви піднімали та як далеко переносили:

Яку найважчу вагу ви піднімали?

10 фунтів. 20 фунтів. 50 фунтів. 100 фунтів. Більше 100 фунтів.

Яку вагу ви часто піднімали або переносили?

До 10 фунтів. До 25 фунтів. До 50 фунтів. До 100 фунтів.

Частина 6. Зауваження

1. Скористуйтеся цим розділом для додаткового місця, що надати відповіді на будь-які попередні запитання. Також використайте цей розділ, щоб повідомити всю додаткову інформацію, яку ви вважаєте корисною для прийняття рішення за вашою заявкою щодо інвалідності (наприклад, інформація про інші хвороби або травми, які не вказані до цього моменту).

Заповнюється Інтерв'юером

2. Чи заявник говорить англійською мовою? Так Ні Якщо ні, якою мовою він/вона розмовляє:

3. Чи потребує заявник допомоги під час розгляду його/її заявки? Так Ні
Якщо так, заповніть контакту інформацію для третьої особи на сторінці 1.

4. Зазначте, які наведені нижче труднощі, якщо такі були, виникли під час інтерв'ю заявника.

Читання Письмо Надання відповідей на питання Слухання
 Сидіння Розуміння Використання рук Дихання
 Бачити Ходьба Інше (вказати):

Жодних труднощів не спостерігалось

Якщо будь-який пункт із наведених вище зазначено, поясніть точно, які труднощі мали місце:

5. Чи є будь які оцінки ABD, які чекають розгляду/поточні? Так Ні

Обстеження фізичного стану, дата: _____

Обстеження психічного стану, дата: _____

6. Повністю опишіть заявника (наприклад, загальну будову тіла, зріст, вагу, поведінку, будь-які труднощі, які можна додати або дописати до наведених вище):

Підпис інтерв'юера

Дата

Ім'я та прізвище інтерв'юера (напишіть друкованими літерами або надрукуйте)

Номер телефону інтерв'юера (і код регіону)

Офіс громадських послуг