Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

Хөдөлмөрийн Чадваргүйн Мэдүүлэг

Disability Report

Эрүүл мэндийн хөдөлмөрийн чадваргүйн тодорхойлолт (Medical Disability Decision)

DSHS 14-144A

Хөдөлмөрийн Чадваргүйн Мэдүүлэг буыу DSHS 14-144A хөдөлмөрийн чадваргүй байдал, эрүүл мэндийн нотолгоо, хөдөлмөрийн түүх зэргийг цуглуулж, Чадваргүйг Тодорхойлох Хэлтэс (DDDS) эрүүл мэндийн чадваргүй байдалд ноогдох эсхийг тодорхойлход хэрэглэх болно.

Нийгмийн ажилтан DSHS 14-144A хүлээн авах болно. Нийгмийн ажилтан нэхэмжлэгчийн нэр, хүн амын үйлчилгээний хэлтэс (CSO), утасны дугаарыг маягтан дээрхтэй харьцуулан баталгаажуулах. Зөв хүснэгтийг буыу Тэтгэлгийн бус Эрүүл Мэндийн Туслалж (NGMA) эсвэл Хөдөлмөрийн Чадваргүй Хүмүүсийн Даатгал (HWD) сонгосон эсхийг шалгах. Бүрэн бөглөсөн маягтаа хөдөлмөрийн чадваргүйн шийдэлтийн багцандаа хийнэ үү.

1. Нийгмийн ажилтан нэхэмжлэгчийн нэр, Нийгмийн Хангамжийн Дугаар (SSN) болон чадваргүйн байдлыг илтгэж өргөдөл эхлэнэ.

2. Нийгмийн ажилтан нэхэмжлэгчид Нэг дугээр БҮЛЭГ 1. - Таны Эрүүл Мэндийн Нөхцөл хэсгийг бөглөхөд туслалцаа үзүүлж болно. Өдөр яг таг байх шаардлагагүй гэхдээ он сар тавих.

3. Нийгмийн ажилтан нэхэмжлэгчид Хоёр дугаар БҮЛЭГ 2. - Таны Эмчилгээний Рекорд хэсгийг бөглөхөд туслалцаа үзүүлж болно. Эмч болон эмчилгээний арга барил, тулгуур бичиг аль болох бүрэн бүтэн тодорхойлох нь чухал.

4. Нийгмийн ажилтан нэхэмжлэгчид Гурав дугаар БҮЛЭГ 3. - Таны Үйл Ажиллагаа хэсгийг бөглөхөд туслалцаа үзүүлж болно. Нийгмийн ажилтан харилцагчид мэдээллийг тоймлоод нэхэмжлэгчийн үйл ажиллагааг хязгаартайг ойлгуулах.

5. Нийгмийн ажилтан нэхэмжлэгчид Дөрөв дүгээр БҮЛЭГ 4. - Таны Боловсрол хэсгийг бөглөхөд туслалцаа үзүүлж болно. Хэрвээ хичээл тусгайрчилсан сургалттай бол мэдэгдэх хэрэгтэй.

6. Нийгмийн ажилтан нэхэмжлэгчид Тав дугаар БҮЛЭГ 5. - Таны Хийж Байсан Ажлын Тухай хэсгийг бөглөхөд туслалцаа үзүүлж болно. Ажилласан газар бүрүүг тоочихгүй яг ямар төрлийн ажил эрхэлж байсан тухай дуридах.

7. Нийгмийн ажилтан нэхэмжлэгчид Зургаа 1 дугаар БҮЛЭГ 6. - Сануулга хэсгийг бөглөхөд туслалцаа үзүүлж болно. 2 оос 6 дугаар зүйлийг нийгмийн ажилтан бөглөх.

Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

Хөдөлмөрийн Чадваргүйн тайлан

Disability Report

Эрүүл мэндийн хөдөлмөрийн чадваргүйн тодорхойлолт (Medical Disability Decision)

Хүсэлт:
- ☐ Тэтгэлгийн бус Эрүүл Мэндийн Туслалж (NGMA)
- ☐ Хөдөлмөрийн Чадваргүй Хүмүүсийн Даатгал (HWD)

Энэхүү маягтыг нийгмийн ажилтан нэхэмжлэгтэй ба түүний төлөөлөгчтэй хийсэн ярилцлагын явцад бөглөнө. **Дармалдаж юм уу гаргацтай бичиж чадхаараа бүгдэд хариулна уу. <u>Бүх асуултанд хариу өгөх</u>. Бүрэн гүйцэт хариултууд таны өргөдөлийн явцад тус болно.** ***Хэрвээ танд илүү зай хэрэгтэй бол зургаа дугаар бүлэгт бичих юм уу эсвэл нэмж хуудас хавсаргана уу.***

1. НЭХЭМЖЛЭГЧИЙН НЭР/ ОРЛУУЛАХ НЭР	2. НИЙГМИЙН ХАНГАМЖИЙН ДУГААР	3. УТАСНЫ ДУГААР (БА ОРОН НУТГИЙН КОД)
4. ГУРАВДАГЧ ХАРИЛЦАГЧ НЭР ХАЯГ		УТАСНЫ ДУГААР (БА ОРОН НУТГИЙН КОД)

5. ТАНЫ ХӨДӨЛМӨРИЙН ЧАДВАРГҮЙН БАЙДАЛ ЮУ ВЭ? ТҮҮНИЙГЭЭ ТОВЧХОН ЯМАР ØВЧИН ГЭМТЭЛ АЖИЛ ХИЙЖ ЧАДАХГҮЙ ХҮРГЭЖ БУЙГ ТАЙЛБАРЛАНА УУ.

БҮЛЭГ 1. ТАНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙДАЛ

1. Хэзээнээс эхэлж энэ байдалд хүрсэн? _____
САР ӨДӨР ЖИЛ

	ТИЙМ	ҮГҮЙ
2A. Та нэг дүгээр хэсэгт дурьдсан өдрөөс хойш ажилласан уу? Хэрвээ **ҮГҮЙ** бол 3A болон 3B алгасана уу Доорх	☐	☐
2B. **Хэрвээ 2A-д тийм гэсэн бол,** танд дараах зүйлүүдэд өөрчлөлт байсан уу:		
Таны ажил болон үүрэг?	☐	☐
Таны ажиллах цаг?	☐	☐
Таны ажлийн ирц?	☐	☐
Өөр ямар нэгэн зүйл ажилд чинь?	☐	☐

2C. **Хэрвээ 2B-д тийм гэсэн бол**, хэдэн сарын хэдэнд, таний гэмтэл ажилд чинь ямар шаардлага бүхий өөрчлөлт оруулсан тухай тайлбарлаж бичнэ үү.

3A. Хэдийд та энэ шалтгаанаасаа болоод ажиллаа хийхээ болисон бэ? _____
САР ӨДӨР ЖИЛ

3B. Одоо таны байдал ажиллахад чинь яаж саад болж байгааг тайлбарлана уу:

БҮЛЭГ 2. ТАНЫ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ РЕКОРД

1. Таны хөдөлмөрийн чадваргүй болгосон байдалд хамгийн сүүлд эмчимлгээ хийсэн эмчийн талаар дараах мэдээлэл бичнэ үү.	☐ **Хөдөлмөрийн чадваргүй болоод эмчид очиж үзүүлээгүй бол энэ хайрцагийг сонгоно уу.**
ЭМЧИЙН НЭР/ ЭМНЭЛЭГ	УТАСНЫ ДУГААР (БА ОРОН НУТГИЙН КОД)
ХАЯГ	<u>АНХ</u> ЭНЭ ЭМЧ ДЭЭР ОЧСОН ОН САР ӨДӨР
ЭМЧ ДЭЭР ОЧИЖ ҮЗҮҮЛСЭН, ЭМЧИЛГЭЭ АВСАН ГЭМТЭЛ, ӨВЧИН	<u>СҮҮЛД</u> ЭНЭ ЭМЧ ДЭЭР ОЧСОН ОН САР ӨДӨР

ЯМАР ТӨРЛИЙН ЭМ ТАРИА АВСАН (ЖИШЭЭ НЬ: МЭС ЗАСАЛ, ХИМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ, ЦАЦРАЛ ТУЯА БОЛОН ГЭМТЭЛ, ӨВЧИНД ЗОРИУЛСАН ЭМ ТАРИА, ТОДОРХОЙ БОЛ. ХЭРВЭЭ ЯМАР НЭГЭН ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙГДЭЭГҮЙ БОЛ <u>ХООСОН</u> ОРХИНО УУ.

2. Өөр эмч дээр очиж хөдөлмөрийн чадваргуй болсон байдлаа үзүүлсэн үү? ☐ ТИЙМ ☐ ҮГҮЙ
Хэрвээ тийм бол, дараахд хариулна уу:

ЭМЧИЙН НЭР/ ЭМНЭЛЭГ	УТАСНЫ ДУГААР ОРОН НУТГИЙН КОД)
ХАЯГ	<u>АНХ</u> ЭНЭ ЭМЧ ДЭЭР ОЧСОН ОН САР ӨДӨР

ЭМЧ ДЭЭР ОЧИЖ ҮЗҮҮЛСЭН, ЭМЧИЛГЭЭ АВСАН ГЭМТЭЛ, ӨВЧИН	СҮҮЛД ЭНЭ ЭМЧ ДЭЭР ОЧСОН ОН САР ӨДӨР
ЯМАР ТӨРЛИЙН ЭМ ТАРИА АВСАН (ЖИШЭЭ НЬ: МЭС ЗАСАЛ, ХИМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ, ЦАЦРАЛ ТУЯА БОЛОН ГЭМТЭЛ, ӨВЧИНД ЗОРИУЛСАН ЭМ ТАРИА, ТОДОРХОЙ БОЛ. ХЭРВЭЭ ЯМАР НЭГЭН ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙГДЭЭГҮЙ БОЛ ХООСОН ОРХИНО УУ.	

Хэрвээ та энэ гэмтэл, өвчинөөс хамааран өөр эмч дээр очсон бол, нэмэгдэл хуудас дээрх мэдээлэл дээр нэмж хавсаргана уу.

3. Та хөдөлмөрийн чадваргүй байдлаа эмнэлэгт эмчилгээ хийлгэж байсан уу? ☐ ТИЙМ ☐ ҮГҮЙ
Хэрвээ тийм бол, дараахд хариулна уу:

ЭМНЭЛГИЙН НЭР	УТАСНЫ ДУГААР (БА ОРОН НУТГИЙН КОД)
ХАЯГ	
ХЭДЭН САРЫН ХЭДЭНД ОЧИЖ ҮЗҮҮЛЖ БАЙСАН БЭ?	
ЭМЧ ДЭЭР ОЧИЖ ҮЗҮҮЛСЭН, ЭМЧИЛГЭЭ АВСАН ГЭМТЭЛ, ӨВЧИН	
ЯМАР ТӨРЛИЙН ЭМ ТАРИА АВСАН (ЖИШЭЭ НЬ: МЭС ЗАСАЛ, ХИМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ, ЦАЦРАЛ ТУЯА БОЛОН ГЭМТЭЛ, ӨВЧИНД ЗОРИУЛСАН ЭМ ТАРИА, ТОДОРХОЙ БОЛ. ХЭРВЭЭ ЯМАР НЭГЭН ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙГДЭЭГҮЙ БОЛ ХООСОН ОРХИНО УУ.	

4. Хэрвээ та энэ гэмтэл, өвчинөөс хамааран өөр эмнэлэгт очиж байсан бол, дараахд хариулна уу:

ЭМНЭЛГИЙН НЭР	УТАСНЫ ДУГААР (БА ОРОН НУТГИЙН КОД)
ХАЯГ	
ХЭДЭН САРЫН ХЭДЭНД ОЧИЖ ҮЗҮҮЛЖ БАЙСАН БЭ?	
ЭМЧ ДЭЭР ОЧИЖ ҮЗҮҮЛСЭН, ЭМЧИЛГЭЭ АВСАН ГЭМТЭЛ, ӨВЧИН	
ЯМАР ТӨРЛИЙН ЭМ ТАРИА АВСАН (ЖИШЭЭ НЬ: МЭС ЗАСАЛ, ХИМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ, ЦАЦРАЛ ТУЯА БОЛОН ГЭМТЭЛ, ӨВЧИНД ЗОРИУЛСАН ЭМ ТАРИА, ТОДОРХОЙ БОЛ. ХЭРВЭЭ ЯМАР НЭГЭН ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙГДЭЭГҮЙ БОЛ ХООСОН ОРХИНО УУ.	

Хэрвээ та гэмтэл өвчнөөс хамааран өөр эмнэлэгт очсон бол, он сар өдөр, эмнэлгийн нэр болон шалтгааныг зургаа дугаар бүлэгт жагсаах юм уу нэмэлт хуудас хавсаргана уу.

5. Та дараах тэстийг өнгөрсөн жилд хийлгэсэн үү? Зохих хайрцагийг сонгоод хэрвээ хариу “тийм” бол хаана хэзээ тэст өгсөн өө бичнэ үү.

ТЭСТ	ТИЙМ	ҮГҮЙ	ХААНА ХИЙГДСЭН	ХЭЗЭЭ ХИЙГДСЭН
Зүрхний Бичлэг	☐	☐		
Цээжний Рентген Зураг	☐	☐		
Өөр рентген зураг (ямар төрлийг тодорхойлох):	☐	☐		
Амьсгалийн тэстүүд:	☐	☐		
Цусний тэстүүд:	☐	☐		
Өөр (тодорхойлох):	☐	☐		

ХЭСЭГ 2. ЭМИЙН ЖАГСААЛТ		
ЭМИЙН НЭР	ЭМИЙН БИЧИГ (ОЛГОСОН ЭМЧИЙН НЭР)	ЗОРИУЛАЛТ

Хэрвээ та өөр эм уудаг бол нэмэгдэл хуудас дээрх дээр нэмж хавсаргана уу.

БҮЛЭГ 4. ТАНЫ БОЛОВСРОЛ

1. **Хамгийн дээд тал нь хэд дугээр анги төгссөн бэ?** _____ Хэдэн онд? _____

2. Та мэргэжил дээшлүүлэх сургалтанд эсвэл ямар нэгэн тусгай сургалтанд хамрагдаж байсан уу? ☐ Тийм ☐ Үгүй
Хэрвээ тийм бол, дараахд хариулна уу:

ЯМАР ТӨРЛИЙН ХУДАЛДААНЫ БОЛОН МЭРГЭЖИЛ ДЭЭШЛҮҮЛЭХ СУРГАЛТ	ХАМРАГДСАН ОН САР ӨДӨР, ОЙРОЛЦООГООР

ЭНЭХҮҮ МЭРГЭЖИЛ ДЭЭШЛҮҮЛЭХ СУРГАЛТ НЬ ТАНЫ АЖИЛД ЯАЖ ХЭРЭГ БОЛЖ БАЙСАН БЭ?

БҮЛЭГ 5. ТАНЫ ХИЙЖ БАЙСАН АЖЛЫН ТУХАЙ

Сүүлийн 15 жилийн хөдөлмөрийн түүхээ ажиллахаа болисон хуртлээ жагсааж бичнэ үү. Хамгийн удаан ажилласан ажлаа жагсаах. Хэрвээ та 6 болон тийнээс доош анги төгссөн бөгөөд суулийн 35 юм уу түүнээс дээш жил зөвхөн хүнд хүчрийн ба боловсрол шаардлагагүй ажил гүйцэтгэж байсан бол ажиллаж эхэлсэн үесээ эхлэж жагсаана уу. Хэрвээ та илүү зай шаардлагатай бол нэмж хуудас хавсаргах юм уу 6-р бүлэгт бичнэ үү.

ЭРХЭЛСЭН АЖИЛ	БИЗНЕСИЙН ТӨРӨЛ	ЭХЭЛСЭН	ДУУССАН	7 ХОНГИЙН ХЭДЭН ӨДӨР АЖИЛЛАСАН	ЦАЛИНГИЙН ХУВИЛБАР (ЦАГААР, ӨДРӨӨР, 7 ХОНОГ БҮР, САР БҮР, ЭСВЭЛ ЖИЛЭЭР)

2A. Та дээр дурьдсан ердийн ажилдаа:

	ТИЙМ	ҮГҮЙ
Машин технологи болон ямар нэгэн багж хэрэгцэл ажиллуулсан?	☐	☐
Техникийн боловсрол, ур чадвартай ажилласан?	☐	☐
Тайлан бичих болон бичиг цаасны ажил хийсэн?	☐	☐
Хянан шалгах үүрэгтэй ажилласан:	☐	☐

2B. Хариултуудийг та бүрэн бүтнээр нь тайлбарлан бичнэ үү: ямар төрлийн машин, тоног төхөөрөмж ашиглаж яг ямар үйл ажиллагаа явуулсан; ямар техникийн ур чадвар боловсрол оролцоотойгоор; яг юу бичсэн ба тайлангийн үндсэн байдал; хэдэн хүнийг ямар төвшөнд хянаж шалгаж ажилласан.

2C. Энгийн ажлийн өдөрт ямар ямар ба хэр хэмжээний биеийн хүчний ажил хийдэг байсныг дараах хайрцагнуудаас тохиромжтойг нь сонгож тайлбарлана уу.

Та өдрийн хэдэн цаг:	Явдаг?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	Зогсдог?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	Суудаг?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8

Өдөрт хэдэн удаа: Бөхийдөг? ☐ Ер үгүй ☐ Заримдаа ☐ Олон удаа ☐ Байнгын
Сунадаг? ☐ Ер үгүй ☐ Заримдаа ☐ Олон удаа ☐ Байнгын

Өргөх ба Зөөх: хэр хол юу зөөснийг тайлбарлана уу.

Хамгийн хүнд нь хэдийн жинтэй байсан бэ? ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs ☐ 100 lbs –аас дээш

Хэдийн жинтэйг байнгийн өргөж зөөдөг байсан бэ? ☐ 10 lbs хүртэлх ☐ 25 lbs хүртэлх ☐ 50 lbs хүртэлх ☐ 100 lbs хүртэлх

БҮЛЭГ 6. САНУУЛГА

1. Энэхүү илүү зайг урдах асуулт хариулах ашиглах. Мөн энэ зайг та таны хөдөлмөрийн чадваргүй байдлыг тодорхойлоход хэрэг болж магадгүй гэсэн ямар нэгэн илүү мэдээ мэдэгдэл өгхөд ашиглаж болно (таны өөр урид нь, дээр дуридаагүй гэмтэл, өвчин зэрэг)

ЯРИЛЦЛАГА АВЧ БАЙГАА ХҮН БӨГЛӨХ (TO BE COMPLETED BY INTERVIEWER)

2. Does the claimant speak English? ☐ Yes ☐ No If no, what language doe he/she speak:

3. Does the claimant need assistance processing his or her claim? ☐ Yes ☐ No
If yes, complete the third party contact on Page 1.

4. Check which difficulties below, if any, were observed while interviewing the claimant.

☐ Reading ☐ Writing ☐ Answering questions ☐ Hearing
☐ Sitting ☐ Understanding ☐ Using hands ☐ Breathing
☐ Seeing ☐ Walking ☐ Other (specify):
☐ NONE OBSERVED

If any of the above items were checked, describe the exact difficulty involved:

5. Any pending/current GAU evaluations? ☐ Yes ☐ No

☐ Physical; date: _____

☐ Mental Health; date: _____

6. Describe the claimant fully (e.g., general build, height, weight, behavior, any difficulties that add to or supplement those noted above):

INTERVIEWER'S SIGNATURE DATE	INTERVIEWER'S NAME (TYPE OR PRINT)
INTERVIEWER'S TELEPHONE NUMBER (AND AREA CODE)	COMMUNITY SERVICES OFFICE