Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

अपांगता प्रतिवेदन

Disability Report

Medical Disability Decision
DSHS 14-144A

अपांगता प्रतिवेदन फाराम, DSHS 14-144A ले चिकित्सकीय अपांगता निर्धारण गर्न अपांगता निर्धारण विभाग (Division of Disability Determination, DDDS)को प्रयोजनका लागि एक ग्राहकको अपांगता, चिकित्सकीय प्रमाण, र कामको इतिहाससम्बन्धी जानकारीहरु संकलन गर्छ।

सामाजिक कार्यकर्ताले DSHS 14-144A अगाडि बढाउँछन्। सामाजिक कार्यकर्ताले कामदारको नाम, सामुदायिक सेवा कार्यालय (Community Service Office, CSO) र टेलिफोन नम्बर फाराममा राखिएको बारेमा ध्यान दिनुपर्नेछ। आग्रह गरिएको अपांगता निर्णय अनुदानबिनाको चिकित्सकीय सहयोग (Non-Grant Medical Assistance, NGMA) का लागि हो वा कार्यकर्ताका लागि अपांगतासहितको स्वास्थ्य हेरचाह (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD)का लागि हो भन्ने जनाउन उचित बाकसमा चिह्न लगाउनु होला। अपांगता निर्णय प्याकेटमा पूरा भरिएको फाराम राख्नुस्।

१. सामाजिक कार्यकर्ताले ग्राहकको नाम, सामाजिक सुरक्षा नम्बर (Social Security Number, SSN) र अपांगता स्थिति जनाउन शीर्षक पूरा गर्नेछन्।

२. भाग-१ तपाईंको अवस्थाबारे जानकारी पूरा गर्नका लागि सामाजिक कार्यकर्ताले सहयोग गर्न सक्छन्। मिति ठ्याक्कै हुन जरुरी छैन तर महिना र वर्ष सही हुनुपर्छ।

३. भाग-२ तपाईंको चिकित्सकीय अभिलेखबारे जानकारी पूरा गर्नका लागि सामाजिक कार्यकर्ताले सहयोग गर्न सक्छन्। चिकित्सक र उपचार स्रोत संभव भएसम्म पूर्ण पहिचान गर्न जरुरी छ।

४. भाग-३ तपाईंको गतिविधिबारे जानकारी पूरा गर्नका लागि सामाजिक कार्यकर्ताले सहयोग गर्न सक्छन्। सामाजिक कार्यकर्ताले ग्राहकहरुको सीमितता स्पष्ट रुपमा पहिचान गर्न जानकारीहरुको समीक्षा गर्नुपर्छ।

५. भाग-४ तपाईंको शिक्षाबारे जानकारी पूरा गर्नका लागि सामाजिक कार्यकर्ताले ग्राहकलाई सहयोग गर्न सक्छन्। विशेष शिक्षा कक्षाहरु विद्यालय कक्षामा भएको भए लेखिनु पर्छ।

६. भाग-५ तपाईंले गर्नुभएको कामबारे जानकारी पूरा गर्नका लागि ग्राहकलाई सामाजिक कार्यकर्ताले सहयोग गर्न सक्छन्। व्यक्तिगत रोजगारदाताको नाम राख्नु पर्दैन, व्यवसायको किसिममात्र भए पुग्छ।

७. भाग-६ रिमार्क्स को आइटम १ पूरा गर्नका लागि ग्राहकलाई सामाजिक कार्यकर्ताले सहयोग गर्न सक्छन्। आइटम २ देखि ६सम्म सामाजिक कार्यकर्ताले पूरा गर्नुपर्नेछ।

Washington State Department of Social & Health Services
ESA Economic Services Administration

अपांगता प्रतिवेदन

Disability Report

Medical Disability Decision

आग्रह निम्नका लागि हो:

☐ अनुदानबिनाको चिकित्सकीय सहयोग (Non-Grant Medical Assistance, NGMA)

☐ कार्यकर्ताका लागि अपांगतासहितको स्वास्थ्य हेरचाह (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD)

यो फाराम सामाजिक सेवा कार्यकर्ताले दावीकर्ता वा दावीकर्ताका प्रतिनिधिसितको अन्तर्वार्ताको क्रममा पूरा गर्नुपर्नेछ। **कृपया तपाईंको क्षमताले भ्याएसम्म सबै आइटमहरुको जवाफ छाप्नुस्, टाइप गर्नुस् वा स्पष्टसित लेख्नुस्। सबै प्रश्नहरुको जवाफ लेख्नुस्। पूरा जवाफले दावी प्रक्रियालाई सहयोग गर्छ।** ***यदि तपाईंलाई फाराममा भएका कुनै पनि प्रश्नको कुनै पनि जवाफका लागि थप ठाउँ आवश्यक भए भाग ६ मा जानुस् वा थप कागज संलग्न गर्नुस्।***

१. दावीकर्ताको नाम / उपनाम	२. सामाजिक सुरक्षा नम्बर	३. टेलिफोन नम्बर (र स्थान कोड)
४. तेस्रो पक्ष सम्पर्क	नाम	टेलिफोन नम्बर (र स्थान कोड)
	ठेगाना	
५. तपाईंको अपांगतासम्बन्धी स्थिति कस्तो छ? तपाईंलाई काम गर्नबाट रोक्ने चोटपटक वा बिरामीबारे छोटकरीमा वर्णन गर्नुस्।		

भाग १. तपाईंको अवस्थाबारे जानकारी

१. तपाईंको अवस्थाले पहिलो पटक कुन मितिमा तपाईंलाई समस्या पाऱ्यो ? _____
महिना तारिख वर्ष

		हो	हैन
२ए.	माथिको आइटम १मा देखाइएको स्थितिपछिको मितिमा तपाईंले काम गर्नुभयो ? यदि तपाईंले **हैन** जवाफ दिनुभयो भने, तलको ३ए र ३बीमा जानुस.	☐	☐
२बी.	**यदि तपाईंले २एमा हो भन्ने जवाफ दिनुभएको छ भने,** तपाईंको अवस्थाले तपाईंलाई परिवर्तन गरेको छ:		
	तपाईंको रोजगार वा रोजगारीका जिम्मेवारी?	☐	☐
	तपाईंको काम गर्ने घण्टा?	☐	☐
	तपाईंको हाजिरी?	☐	☐
	तपाईंको कामसम्बन्धी अन्य केही?	☐	☐

२सी. **यदि तपाईंले २बीमा हो भन्ने जवाफ दिनुभएको छ भने,** बयान गर्नुस् तपाईंको कामको कारणबारे के परिवर्तन भएको छ, त्यो भएको मिति, र तपाईंको अवस्थाले यी परिवर्तन गर्न किन आवश्यक भयोः

३ए. तपाईंको अवस्थाका कारण तपाईंले काम गर्न कहिले रोक्नुभयो? _____
महिना तारिख वर्ष

३बी. बयान गर्नुस् तपाईंको अवस्थाले तपाईंलाई काम गर्नबाट कसरी रोकिरहेको छः

भाग २. तपाईंको चिकित्सकीय अभिलेखबारे जानकारी

१. तपाईंको अपांग स्थितिबारे पछिल्लो चिकित्सकीय अभिलेख भएका डाक्टरको बारेमा निम्न जानकारी भर्नुस्:	☐ **तपाईंको अपांग स्थितिका लागि तपाईंले कहिले पनि डाक्टरलाई भेट्नुभएको छैन भने यहाँ चिह्न लगाउनुस्।**
डाक्टरको नाम / क्लिनिक	टेलिफोन नमबर (र संख्या कोड)
ठेगाना	यो डाक्टरलाई पहिलो पटक भेट्नुभएको मिति
जाँच वा उपचार भएको तपाईंको रोग वा चोटपटक	यो डाक्टरलाई पछिल्लो पटक भेट्नुभएको मिति
प्राप्त उपचारको प्रकार वा औषधी (जस्तै शल्यचिकित्सा, केमोथेरापी, रेडियसन र बिरामी वा चोटपटकका लागि तपाईंले लिनुभएको औषधी, यदि थाहा छ भने। यदि कुनै उपचार वा औषधी प्राप्त भएको छैन भने छैन लेख्नुस्।	

२. तपाईंको अपांग स्थिति सुरु भएपछि तपाईंले अन्य कुनै डाक्टरहरु भेट्नुभएको छ ? ☐ छ ☐ छैन
यदि छ भने तलको जवाफ दिनुस्:

डाक्टरको नाम / क्लिनिक	टेलिफोन नमबर (र स्थान कोड)
ठेगाना	यो डाक्टरलाई पहिलो पटक भेट्नुभएको मिति

जाँच वा उपचार भएको तपाईंको रोग वा चोटपटक	यो डाक्टरलाई पछिल्लो पटक भेट्नुभएको मिति
प्राप्त उपचारको प्रकार वा औषधी (जस्तै शल्यचिकित्सा, केमोथेरापी, रेडियसन र बिरामी वा चोटपटकका लागि तपाईंले लिनुभएको औषधी, यदि थाहा छ भने। यदि कुनै उपचार वा औषधी प्राप्त भएको छैन भने छैन लेख्नुस्।	

यदि तपाईंले यो रोग वा चोटपटक लागेपछि अन्य डाक्टरहरु भेट्नुभएको छ भने माथिको जानकारीसहित थप पृष्ठहरु संलग्न गर्नुस्।

३. तपाईंको अपांग स्थितिका लागि तपाईंको अस्पतालमा उपचार भएको छ ? ☐ छ ☐ छैन

यदि छ भने तलको जवाफ दिनुस्:

अस्पतालको नाम	टेलिफोन नम्बर (र स्थान कोड)
ठेगाना	
तपाईं जानुभएको पछिल्लो मितिहरु	
जाँच वा उपचार भएको तपाईंको रोग वा चोटपटक	
प्राप्त उपचारको प्रकार वा औषधी (जस्तै शल्यचिकित्सा, केमोथेरापी, रेडियसन र बिरामी वा चोटपटकका लागि तपाईंले लिनुभएको औषधी, यदि थाहा छ भने। यदि कुनै उपचार वा औषधी प्राप्त भएको छैन भने छैन लेख्नुस्।	

४. यदि तपाईंको रोग वा चोटपटकका लागि अन्य अस्पतालहरुमा जानुभएको छ भने तलको जवाफ लेख्नुस्:

अस्पतालको नाम	टेलिफोन नम्बर (र स्थान कोड)
ठेगाना	
तपाईं जानुभएको पछिल्लो मितिहरु	
जाँच वा उपचार भएको तपाईंको रोग वा चोटपटक	
प्राप्त उपचारको प्रकार वा औषधी (जस्तै शल्यचिकित्सा, केमोथेरापी, रेडियसन र बिरामी वा चोटपटकका लागि तपाईंले लिनुभएको औषधी, यदि थाहा छ भने। यदि कुनै उपचार वा औषधी प्राप्त भएको छैन भने छैन लेख्नुस्।	

तपाईंको रोग वा चोटपटकका लागि तपाईं अन्य अस्पतालहरु वा क्लिनिकहरुमा जानुभएको भए नाम, मिति र कारणहरु भाग ६ मा लेख्नुस् वा थप पृष्ठहरु संलग्न गर्नुस्।

५. गत वर्ष तपाईंको निम्न कुनै परीक्षण भएको थियो ? तलका उचित बाकसहरुमा चिह्न लगाउनुस्, यदि तपाईंको जवाफ "छ" हो भने कहाँ र कहिले परीक्षण गरिएको लेख्नुस्।

परीक्षण	छ	छैन	कहाँ गरिएको	कहिले गरिएको
इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम	☐	☐		
छातीको एक्स रे	☐	☐		
अन्य एक्स रे (किसिम लेख्नुस्)	☐	☐		
श्वासप्रश्वास परीक्षणहरु	☐	☐		
रक्त परीक्षणहरु	☐	☐		
अन्य (लेख्नुस्):	☐	☐		

भाग २. औषधीको सूचि		
औषधिको नाम	सिफारिश गरेको (डाक्टरको नाम)	औषधीको कारण

यदि तपाईंले थप औषधीहरु प्रयोग गर्नुभएको छ भने थप पृष्ठहरु संलग्न गर्नुस् माथिको जानकारीसहित।

भाग ४. तपाईंको शिक्षाबारे जानकारी

१. **तपाईंले पूरा गर्नुभएको उच्च स्कू शिक्षा ?** _____ कुन वर्ष ? _____

२. तपाईं व्यापार र सीपमूलक विद्यालयमा जानुभएको छवा कुनै किसिमको विशेष प्रशिक्षण लिनुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन

यदि छ भने तलको जवाफ दिनुस्:

व्यापार वा सीपमूलक शिक्षाको प्रकार वा प्रशिक्षण	तपाईं सहभागी हुनुभएको अनुमानित मिति

कसरी यो शिक्षा वा प्रशिक्षण तपाईंको कुनै काममा प्रयोग भयो

भाग ५ तपाईंले गर्नुभएको कामबारे जानकारी

तपाईंले काम गर्न रोक्नुभन्दाअघि पछिल्लो १५ वर्षमा तपाईंले गरेका सबै कामहरु बारे लेख्नुस्, तपाईंको सामान्य कामबाट सुरु गरी। यसको अर्थ तपाईले लामो समयसम्म गर्नुभएको कामको प्रकार। यदि तपाईंसित छैटौं कक्षाको शिक्षा वा कम शिक्षा छ भने र भारी अदक्ष काम ३५ वर्षका लागि गर्नुभएको छ भने तपाईंले काम थाल्नुभएदेखिका सबै कामहरुको सूचि राख्नुस्। यदि तपाईंलाई थप ठाउँ चाहियो भने थप पृष्ठहरु प्रयोग गर्नुस् वा भाग छ प्रयोग गर्नुस्।

रोजगार शीर्षक	व्यवसायको किसिम	देखि	सम्म	दिन प्रति साता	भुक्तानी दर (प्रति घण्टा, दिन, साता, महिना वा वर्ष)

२ए. तपाईंको सामान्य रोजगार माथि सुचिकृत भएअनुसारमा तपाईंले:

	छ	छैन
मेसिनहरु, टुल्स वा कुनै किसिमको उपकरण प्रयोग गर्नुभयो?.....	☐	☐
प्राविधिक ज्ञान वा सीपको प्रयोग गर्नुभयो?	☐	☐
कुनै लेख्ने, प्रतिवेदन पूरा गर्ने वा अन्य समान जिम्मेवारी गर्नुभयो?	☐	☐
सुपरीवेक्षण जिम्मेवारी लिनुभयो:.....	☐	☐

२बी. छ लेखिएका सबै जवाफको बयानको पूर्ण विवरण दिनुस्। मेसिन, टुल्स वा तपाईंले प्रयोग गर्नुभएका उपकरणको प्रकार र तपाईंले गर्नुभएको कामको पूर्ण विवरण; प्रयोग भएका प्राविधिक ज्ञान वा सीप; तपाईंले लेख्नुभएको प्रतिवेदनको किसिम, प्रकृति र तपाईंले सुपरीवेक्षण गरेका व्यक्तिहरुको संख्या र किसिम।

२सी. तपाईंको सामान्य काममा सामान्य दिनमा हुने शारीरिक गतिविधिको किसिम र परिमाणको उत्कृष्ट जवाफ तल चिह्न लगाउनुस्।

प्रति दिन कति घण्टा तपाईं: हिँड्नुहुन्छ? ☐ ० ☐ १ ☐ २ ☐ ३ ☐ ४ ☐ ५ ☐ ६ ☐ ७ ☐ ८

उठ्नुहुन्छ? ☐ ० ☐ १ ☐ २ ☐ ३ ☐ ४ ☐ ५ ☐ ६ ☐ ७ ☐ ८

बस्नुहुन्छ? ☐ ० ☐ १ ☐ २ ☐ ३ ☐ ४ ☐ ५ ☐ ६ ☐ ७ ☐ ८

एक दिनमा तपाईं कति: मोडिनुहुन्छ? ☐ कहिल्यै नहुने ☐ कहिलेकाहीँ ☐ प्रायशः ☐ लगातार

तन्किनुहुन्छ? ☐ कहिल्यै नहुने ☐ कहिलेकाहीँ ☐ प्रायशः ☐ लगातार

उचाल्ने र बोक्ने: बयान गर्नुस् के बोक्नुभयो र कति टाढा लानुभयो।

तपाईंले उचालेको सबैभन्दा गह्रुँगो कति थियो ☐ १० एलबीएस. ☐ २० एलबीएस ☐ ५० एलबीएस ☐ १०० एलबीएस ☐ १०० भन्दा बढी एलबीएस

अक्सर उचाल्नुभएको वा बोक्नुभएको वजन? ☐ १० एलबीएसभन्दा माथि ☐ २५ एलबीएसभन्दा माथि ☐ ५० एलबीएसभन्दा माथि ☐ १०० एलबीएसभन्दा माथि

भाग ६. रिमार्क्स

१. कुनै अघिल्ला प्रश्नहरुको जवाफका लागि थप स्थान चाहिए यो भाग प्रयोग गर्नुस्। तपाईंको अपांगता दावीको निर्णय गर्न सहयोगी हुनसक्ने भनी तपाईंलाई लागेका कुनै थप जानकारी दिन पनि यो स्थानको प्रयोग गर्नुस्। (जस्तै अरु बिरामी वा चोटपटकहरुको जानकारी जुन माथि उल्लेख भएका छैनन्)

TO BE COMPLETED BY INTERVIEWER (अन्तर्वार्ता लिनेले भर्नुपर्ने)

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