Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

Raport dotyczący niepełnosprawności

Disability Report

Decyzja na temat niepełnosprawności w aspekcie medycznym

DSHS 14-144A

Formularz Raport dotyczący niepełnosprawności, DSHS 14-144A, gromadzi informacje na temat niepełnosprawności klienta, dokumentacji medycznej oraz historię pracy do wykorzystania przez Wydział Przyznający Świadczenia w ramach Niepełnosprawności (Division of Disability Determination, DDDS) przy określaniu niepełnosprawności w aspekcie medycznym.

Specjalista ds. Usług Socjalnych (Social Service Specialist, SSS) lub Specjalista ds. usług Finansowych (Financial Service Specialist, FSS) inicjuje wypełnienie formularza DSHS 14-144A. SSS lub FSS winien upewnić się, że Biuro Usług Społecznych (Community Service Office, CSO) oraz numer telefonu są podane na formularzu. Należy zaznaczyć odpowiednie pole, aby wskazać, że prośba o wydanie decyzji o przyznanie niepełnosprawności jest o Pomoc Medyczną Niepochodzącą z Zapomogi (Non-Grant Medical Assistance, NGMA) lub z Opieki Zdrowotnej dla Pracowników Niepełnosprawnych (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD). Należy dodać wypełniony formularz do pakietu przeznaczonego do podjęcia decyzji na temat niepełnosprawności.

1. SSS lub FSS uzupełnia nagłówek, włącznie z imieniem i nazwiskiem, numerem Ubezpieczenia Społecznego (Social Security Number, SSN) oraz dolegliwość przyczyniającą się do niepełnosprawności klienta.

2. SSS lub FSS może pomóc klientowi wypełnić Część 1 - Informacja na temat Pana(i) stanu zdrowia. Daty nie muszą być dokładne, ale powinny uwzględniać miesiąc i rok.

3. SSS lub FSS może pomóc klientowi wypełnić Część 2 - Informacja na temat Pana(i) dokumentacji medycznej. Ważne, aby podać wszystkich swoich lekarzy oraz miejsca leczenia tak dokładnie, jak tylko możliwe.

4. SSS lub FSS może pomóc klientowi wypełnić Część 3 - Informacja na temat Pana(i) zajęć. SSS lub FSS winien sprawdzić informacje, aby upewnić się, że ograniczenia klienta są wyraźnie podane.

5. SSS lub FSS może pomóc klientowi wypełnić Część 4 - Informacja na temat Pana(i) edukacji. Należy podać, czy klasy w szkole obejmowały klasy pedagogiki specjalnej.

6. SSS lub FSS może pomóc klientowi wypełnić Część 5 - Informacja na temat wykonywanej przez Pana(ią) pracy. Nie należy podawać poszczególnych pracodawców, tylko rodzaj branży

7. SSS lub FSS może pomóc klientowi wypełnić punkt 1 w Części 6 - Uwagi. Punkty 2 do 6 muszą zostać wypełnione przez SSS lub FSS.

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

Raport dotyczący niepełnosprawności

Disability Report

Decyzja na temat niepełnosprawności w aspekcie medycznym

WNIOSEK JEST O:
- ☐ Pomoc Medyczną Niepochodzącą z Zapomogi (Non-Grant Medical Assistance, NGMA)
- ☐ Opiekę Zdrowotną dla Pracowników Niepełnosprawnych (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD).

Niniejszy formularz zostanie wypełniony przez pracownika socjalnego lub finansowego DSHS podczas wywiadu z osobą wysuwającą roszczenie lub jego(jej) przedstawicielem. **Proszę drukować, pisać na maszynie lub pisać wyraźnie i udzielić odpowiedzi na wszystkie punkty, najlepiej jak Pan(i) potrafi. Należy udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania. W pełni udzielone odpowiedzi pomogą rozpatrzeć Pana(i) roszczenie. *Jeżeli potrzebuje Pan(i) więcej miejsca na udzielenie odpowiedzi na dowolne pytanie w tym formularzu, proszę przejść do części 6 lub dołączyć dodatkowe kartki.***

1. IMIĘ I NAZWISKO OSOBY SKŁADAJĄCEJ ROSZCZENIE / PSEUDONIM	2. NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SOCIAL SECURITY)	3. NUMER TELEFONU (ORAZ NUMER KIERUNKOWY)
4. KONTAKT DO OSOBY TRZECIEJ — IMIĘ I NAZWISKO		NUMER TELEFONU (ORAZ NUMER KIERUNKOWY)
ADRES		

5. PROSZĘ PODAĆ PRZYCZYNĘ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI? PROSZĘ OPISAĆ POKRÓTCE URAZ LUB CHOROBĘ, KTÓRA NIE POZWALA PANU(I) PRACOWAĆ.

CZĘŚĆ 1. INFORMACJE NA TEMAT PANA(I) STANU ZDROWIA

1. Kiedy to zaczęło Panu(i) dolegać? _____ MIESIĄC DZIEŃ ROK

		Tak	Nie
2A.	Czy pracował(a) Pan(i) po dacie wskazanej w punkcie 1 powyżej? Jeżeli odpowiedź brzmi **NIE**, należy przejść do 3A i 3B poniżej.	☐	☐
2B.	**Jeżeli odpowiedź na 2A brzmi tak,** czy Pana(i) dolegliwość spowodowała zmianę:		
	Pana(i) obowiązków w pracy?	☐	☐
	Pana(i) godzin pracy?	☐	☐
	Pana(i) frekwencję?	☐	☐
	Czegokolwiek innego w Pana(i) pracy?	☐	☐

2C. **Jeżeli odpowiedź na dowolny punkt w 2B brzmi tak,** proszę podać jakie zmiany nastąpiły w warunkach Pana(i) pracy, daty, kiedy miały one miejsce, oraz w jaki sposób Pana(i) dolegliwość przyczyniła się do tych zmian:

3a. Kiedy Pana(i) dolegliwość całkiem uniemożliwiła Panu(i) pracę? _____ MIESIĄC DZIEŃ ROK

3b. Proszę wytłumaczyć, jak Pana(i) dolegliwość uniemożliwia Panu(i) pracę:

CZĘŚĆ 2. INFORMACJE NA TEMAT DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Proszę podać następujące informacje o lekarzu, który posiada Pana(i) ostatnią dokumentację medyczną na temat Pana(i) dolegliwości powodującej niepełnosprawność:

☐ **Proszę kliknąć tutaj, jeżeli nigdy nie był(a) Pan(i) u lekarza z powodu dolegliwości powodującej niepełnosprawność.**

IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA / KLINIKA	NUMER TELEFONU (ORAZ NUMER KIERUNKOWY)
ADRES	DATA PANA(I) PIERWSZEJ WIZYTY U TEGO LEKARZA
CHOROBĘ LUB URAZ, NA SKUTEK KTÓRYCH MIAŁ(A) PAN(I) BADANIE LUB BYŁ(A) PAN(I) LECZONY(A)	DATA PANA(I) OSTATNIEJ WIZYTY U TEGO LEKARZA

RODZAJ UZYSKANEGO LECZENIA LUB PRZYJMOWANYCH LEKÓW (NP., OPERACJA, CHEMIOTERAPIA, RADIACJA I LEKI, KTÓRE PAN(I) PRZYJMUJE NA SWOJĄ CHOROBĘ LUB URAZ, JEŻELI SĄ ZNANE). JEŻELI NIE BYŁO LECZENIA LUB LEKÓW, WPISAĆ BRAK.

2. Czy od czasu wystąpienia swojej dolegliwości, widział(a) się Pan(i) z innym lekarzem? ☐ Tak ☐ Nie
Jeżeli tak, proszę podać następujące:

IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA / KLINIKA	NUMER TELEFONU (ORAZ NUMER KIERUNKOWY)
ADRES	DATA PANA(I) PIERWSZEJ WIZYTY U TEGO LEKARZA

CHOROBĘ LUB URAZ, NA SKUTEK KTÓRYCH MIAŁ(A) PAN(I) BADANIE LUB BYŁ(A) PAN(I) LECZONY(A)	DATA PANA(I) OSTATNIEJ WIZYTY U TEGO LEKARZA
RODZAJ UZYSKANEGO LECZENIA LUB PRZYJMOWANYCH LEKÓW (NP., OPERACJA, CHEMIOTERAPIA, RADIACJA I LEKI, KTÓRE PAN(I) PRZYJMUJE NA SWOJĄ CHOROBĘ LUB URAZ, JEŻELI SĄ ZNANE). JEŻELI NIE BYŁO LECZENIA LUB LEKÓW, WPISAĆ BRAK.	

Jeżeli widział(a) się Pan(i) z dodatkowymi lekarzami od czasu tej choroby lub urazu, proszę dołączyć dodatkowe kartki z powyższymi informacjami.

3. Czy był(a) Pan(i) leczony(a) w szpitalu na swoją dolegliwość powodującą niepełnosprawność? ☐ Tak ☐ Nie
Jeżeli tak, proszę podać następujące:

NAZWĘ SZPITALA	NUMER TELEFONU (ORAZ NUMER KIERUNKOWY)
ADRES	
JAKIE BYŁY DATY PANA(I) WIZYT?	
CHOROBĘ LUB URAZ, NA SKUTEK KTÓRYCH MIAŁ(A) PAN(I) BADANIE LUB BYŁ(A) PAN(I) LECZONY(A)	
RODZAJ UZYSKANEGO LECZENIA LUB PRZYJMOWANYCH LEKÓW (NP., OPERACJA, CHEMIOTERAPIA, RADIACJA I LEKI, KTÓRE PAN(I) PRZYJMUJE NA SWOJĄ CHOROBĘ LUB URAZ, JEŻELI SĄ ZNANE). JEŻELI NIE BYŁO LECZENIA LUB LEKÓW, WPISAĆ BRAK.	

4. Jeżeli był(a) Pan(i) w innych szpitalach z powodu swojej choroby lub urazu, proszę podać następujące:

NAZWĘ SZPITALA	NUMER TELEFONU (ORAZ NUMER KIERUNKOWY)
ADRES	
JAKIE BYŁY DATY PANA(I) WIZYT?	
CHOROBĘ LUB URAZ, NA SKUTEK KTÓRYCH MIAŁ(A) PAN(I) BADANIE LUB BYŁ(A) PAN(I) LECZONY(A)	
RODZAJ UZYSKANEGO LECZENIA LUB PRZYJMOWANYCH LEKÓW (NP., OPERACJA, CHEMIOTERAPIA, RADIACJA I LEKI, KTÓRE PAN(I) PRZYJMUJE NA SWOJĄ CHOROBĘ LUB URAZ, JEŻELI SĄ ZNANE). JEŻELI NIE BYŁO LECZENIA LUB LEKÓW, WPISAĆ BRAK.	

Jeżeli był(a) Pan(i) w innych szpitalach lub klinikach z powodu tej choroby lub urazu, proszę podać nazwy, daty oraz powody w Części 6 lub dołączyć dodatkowe kartki.

5. Czy miał(a) Pan(i) jakiekolwiek z podanych badań w przeciągu ostatniego roku? Proszę zaznaczyć odpowiednie pole poniżej i, jeżeli odpowiedź brzmi „tak”, proszę podać gdzie i kiedy badanie zostało wykonane.

BADANIE	TAK	NIE	GDZIE ZOSTAŁO WYKONANE	KIEDY ZOSTAŁO WYKONANE
Elektrokardiogram	☐	☐		
Prześwietlenie klatki piersiowej	☐	☐		
Inne prześwietlenie (wyszczególnić rodzaj):	☐	☐		
Badania oddechu	☐	☐		
Badania krwi	☐	☐		
Inne (wyszczególnić):	☐	☐		

CZĘŚĆ 2. LISTA LEKÓW		
NAZWA LEKU	PRZEPISANY PRZEZ (IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA)	PRZYCZYNA PRZEPISANIA LEKU

Jeżeli stosuje Pan(i) więcej leków, proszę dołączyć dodatkowe kartki z powyższymi informacjami.

CZĘŚĆ 4. INFORMACJE NA TEMAT PANA(I) EDUKACJI

1. **Jaki jest najwyższy stopień uzyskanego przez Pana(ią) wykształcenia?** _____

   W którym roku? _____

2. Czy uczęszczał(a) Pan(i) do szkoły zawodowej lub technikum, lub ukończył(a) Pan(i) specjalne szkolenie? ☐ Tak ☐ Nie
   Jeżeli tak, proszę podać następujące:

RODZAJ SZKOŁY ZAWODOWEJ LUB TECHNIKUM LUB SZKOLENIA	PRZYBLIŻONE DATY UCZĘSZCZANIA

JAK WYKORZYSTAŁ(A) PAN(I) TĄ EDUKACJĘ LUB SZKOLENIE W WYKONYWANEJ PRZEZ SIEBIE PRACY

CZĘŚĆ 5. INFORMACJE NA TEMAT WYKONYWANEJ PRZEZ PANA(IĄ) PRACY

Proszę podać wszystkie prace, które Pan(i) miał(miała) w ciągu ostatnich 15 lat, zanim przestał(a) Pan(i) pracować, zaczynając od pracy zwykle wykonywanej. To znaczy pracy, którą Pan(i) najdłużej wykonywał(a). Jeżeli ma Pan(i) wykształcenie na poziomie 6tej klasy lub niższe, I wykonywał(a) Pan(i) tylko ciężką pracę niewymagającą kwalifikacji przez 35 lat lub więcej, proszę podać wszystkie prace, które Pan(i) wykonywał(a) od czasu rozpoczęcia pracy. Jeżeli potrzebuje Pan(i) więcej miejsca, proszę dołączyć dodatkowe kartki lub skorzystać z Części 6.

STANOWISKO W PRACY	RODZAJ BRANŻY	OD	DO	DNI W TYGODNIU	STAWKA PŁACY (GODZINNA, TYGODNIOWA, MIESIĘCZNA LUB ROCZNA)

2A. Czy w swojej zwykłej pracy podanej powyżej:

	TAK	NIE
Używał(a) Pan(i) maszyn, narzędzi lub dowolnego sprzętu?	☐	☐
Wykorzystywał(a) Pan(i) wiedzy lub umiejętności technicznych?	☐	☐
Pisał(a) Pan(i) pisma, wypełniał(a) sprawozdania lub wykonywał(a) podobne obowiązki?	☐	☐
Wykonywał(a) obowiązki przełożonego:	☐	☐

2B. Proszę wytłumaczyć wszystkie odpowiedzi podając pełen opis: rodzaju używanych maszyn, narzędzi lub sprzętu oraz dokładnych wykonywanych przez Pana(ią) operacji; wykorzystaną wiedzę techniczną lub umiejętności; rodzaj pisanych przez Pana(ią) pism oraz charakter dowolnych sprawozdań, i ilość osób nad którymi prowadził(a) Pan(i) nadzór i zasięg Pana(i) nadzoru.

2C. Proszę zaznaczyć najlepszą odpowiedź poniżej opisując rodzaj i ilość aktywności fizycznej wykorzystywanej przez Pana(ią) podczas zwykłego dnia w pracy.

Ile godzin dziennie spędza Pan(i) na:

Chodząc?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
Stojąc?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
Siedząc?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8

Ile razy dziennie się Pan(i): Zgina się ? ☐ Nigdy ☐ Czasami ☐ Często ☐ Stale

Sięga? ☐ Nigdy ☐ Czasami ☐ Często ☐ Stale

Podnosi i nosi: proszę opisać co było podnoszone i jak daleko było noszone.

Jaka była najcięższa waga podniesiona przez Pana(ią)? ☐ 10 funtów ☐ 20 funtów ☐ 50 funtów ☐ 100 funtów ☐ Ponad 100 funtów

Jaka była waga przeważnie noszona lub podnoszona przez Pana(ią)? ☐ Do 10 funtów ☐ Do 25 funtów ☐ Do 50 funtów ☐ Do 100 funtów

CZĘŚĆ 6. UWAGI

1. W tej części proszę udzielić dodatkowych odpowiedzi na poprzednie pytania. Proszę również wykorzystać to miejsce na podanie dodatkowych informacji, które według Pana(i) będą pomocne w podjęciu decyzji na temat Pana(i) roszczenia o przyznanie niepełnosprawności (takich jak informacji o innych chorobach lub urazach, które nie zostały przedtem podane).

WYPEŁNIA OSOBA UDZIELAJĄCA WYWIADU

2. Czy osoba składająca roszczenie mówi po angielsku? ☐ Tak ☐ Nie Jeżeli nie, jakim językiem posługuje się ta osoba:

3. Czy osoba składająca roszczenie wymaga pomocy podczas rozpatrywania jego lub jej roszczenia? ☐ Tak ☐ Nie **Jeżeli tak, proszę podać kontakt do osoby trzeciej na Stronie 1.**

4. Jeżeli zaobserwowano trudności, podczas wywiadu z osobą składającą roszczenie, proszę je zaznaczyć poniżej.

☐ Czytanie ☐ Pisanie ☐ Udzielanie odpowiedzi na pytania ☐ Słuchanie
☐ Siedzenie ☐ Zrozumienie ☐ Użycie rąk ☐ Oddychanie
☐ Widzenie ☐ Chodzenie ☐ Inne (wyszczególnić):
☐ NIC NIE ZAOBSERWOWANO

Jeżeli żadna z podanych powyżej nie została zaznaczona, proszę dokładnie opisać występujące trudności:

5. Dowolne oceny w trakcie/ obecne ABD? ☐ Tak ☐ Nie

☐ Fizykalne; data: _____

☐ Zdrowia psychicznego; data: _____

6. Proszę dokładnie i w pełni opisać osobę składającą roszczenie (np. e.g., ogólną budowę, wzrost, wagę, zachowanie i wszelkie trudności, które mogą uzupełnić to, co podano powyżej):

PODPIS OSOBY PROWADZĄCEJ WYWIAD	DATA	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PROWADZĄCEJ WYWIAD (PISAĆ NA MASZYNIE LUB DRUKOWAĆ)
NUMER TELEFONU (ORAZ NUMER KIERUNKOWY)		BIURO USŁUG SPOŁECZNYCH