Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

IZVEŠTAJ O NESPOSOBNOSTI

DISABILITY REPORT

Odluka o zdravstvenoj nesposobnosti

DSHS 14-144A

Formular izveštaja o nesposobnosti, DSHS 14-144A, služi za prikupljanje informacija o nesposobnosti klijenta, medicinskim dokazima i radnoj istoriji koje će koristiti Odeljenje za određivanje nesposobnosti (Division of Disability Determination - DDDS) pri određivanju zdravstvene nesposobnosti.

Formular DSHS 14-144A započinje socijalni radnik. Socijalni radnik treba da proveri da li je u formular uneto ime radnika, Kancelarija javnih usluga (Community Service Office - CSO) i broj telefona. Označite odgovarajuće polje radi naznake da li je odluka o nesposobnosti zatražena za Zdravstvenu pomoć bez dotacija (Non-Grant Medical Assistance - NGMA) ili za Zdravstvenu zaštitu za radnike sa nesposobnošću (Healthcare for Workers with Disabilities - HWD). Dodajte popunjen formular u paket za odluku o nesposobnosti.

1. Socijalni radnik u zaglavlju navodi ime, broj socijalnog osiguranja (Social Security Number - SSN) i stanje nesposobnosti klijenta.

2. Socijalni radnik može pomoći klijentu u popunjavanju Dela 1 – Informacije o vašem stanju. Datumi ne moraju biti tačni, ali moraju navoditi mesec i godinu.

3. Socijalni radnik može pomoći klijentu u popunjavanju Dela 2 – Informacije o vašoj zdravstvenoj evidenciji. Važno je što potpunije navesti lekare i izvore lečenja.

4. Socijalni radnik može pomoći klijentu u popunjavanju Dela 3 – Informacije o vašim aktivnostima. Socijalni radnik treba da pregleda podatke da bi se uverio da su klijentova ograničenja jasno identifikovana.

5. Socijalni radnik može pomoći klijentu u popunjavanju Dela 4 – Informacije o vašem obrazovanju. Potrebno je napomenuti ukoliko su školski časovi bili časovi specijalnog obrazovanja.

6. Socijalni radnik može pomoći klijentu u popunjavanju Dela 5 – Informacije o radu koji ste obavljali. Nije potrebno navoditi pojedinačne poslodavce, već samo tip delatnosti.

7. Socijalni radnik može pomoći klijentu u popunjavanju stavke 1 u Delu 6 – Primedbe. Stavke od 2 do 6 treba da popuni socijalni radnik.

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

IZVEŠTAJ O NESPOSOBNOSTI
DISABILITY REPORT
Odluka o zdravstvenoj nesposobnosti

REQUEST IS FOR:
☐ Non-Grant Medical Assistance (NGMA)
☐ Healthcare for Workers with Disabilities (HWD)

Ovaj formular popunjava radnik socijalne službe tokom razgovora sa podnosiocem zahteva ili njegovim predstavnikom. **Popunite štampanim slovima, otkucajte ili čitko napisano dajte odgovore na sve stavke što bolje možete. Odgovorite na sva pitanja. Potpuni odgovori pomažu u obradi zahteva.** ***Ako vam je potrebno više prostora za odgovor na bilo koje pitanje u formularu, idite na deo 6 ili priložite dodatne listove.***

1. IME PODNOSIOCA ZAHTEVA	2. BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA	3. BROJ TELEFONA (SA POZIVNIM BROJEM)

4. KOJE JE VAŠE STANJE NESPOSOBNOSTI? UKRATKO OBJASNITE POVREDU ILI BOLEST KOJA VAS SPREČAVA DA RADITE.

DEO 1. PODACI O VAŠEM STANJU

1. Kog datuma ste prvi put imali problema sa svojim stanjem? _____ _____ _____
MESEC DAN GODINA

		DA	NE
2A.	Da li ste radili nakon datuma navedenog u stavci 1? Ako je vaš odgovor "ne", pređite na 3A i 3B	☐	☐
2B.	**Ako ste na 2A odgovorili "da"**, da li je vaše stanje prouzrokovalo promenu:		
	Vašeg posla ili obaveza na poslu?	☐	☐
	Vašeg broja radnih sati?	☐	☐
	Vaše prisutnosti?	☐	☐
	Bilo čega drugog u vezi sa vašim poslom?	☐	☐

2C. **Ako ste odgovorili "da" na bilo koju stavku pod 2B**, objasnite koje su bile promene u okolnostima vašeg rada, datum kada su nastupile i na koji način su postale neophodne zbog vašeg stanja:

3A. Kada vas je vaše stanje konačno sprečilo da radite? _____ _____ _____
MESEC DAN GODINA

3B. Objasnite kako vas vaše stanje sada sprečava da radite:

DEO 2. PODACI O VAŠOJ ZDRAVSTVENOJ EVIDENCIJI

1. Unesite sledeće podatke o lekaru kod koga je najnovija zdravstvena evidencija o vašem stanju nesposobnosti:

☐ **Ovde označite ukoliko podnosilac zahteva NEMA lekara.**

IME LEKARA	3. BROJ TELEFONA (SA POZIVNIM BROJEM)	KOLIKO ČESTO POSEĆUJETE OVOG LEKARA?
ADRESA		DATUM KADA STE PRVI PUT POSETILI OVOG LEKARA
OBOLJENJE ILI POVREDA ZA KOJU STE PROŠLI PREGLED ILI LEČENJE		DATUM KADA STE POSLEDNJI PUT POSETILI OVOG LEKARA

TIP LEČENJA ILI PRIMLJENI LEKOVI (NPR. OPERACIJA, HEMOTERAPIJA, ZRAČENJE I LEKOVI KOJE STE UZIMALI ZA OVU BOLEST ILI POVREDU, UKOLIKO SU POZNATI). UKOLIKO NIJE BILO PRIMLJENIH LEKOVA ILI LEČENJA, NAPIŠITE NIJEDAN.

2. Da li ste posećivali neke druge lekare od kad je počelo vaše stanje nesposobnosti? ☐ Da ☐ Ne
Ukoliko jeste, odgovorite na sledeće:

IME LEKARA	3. BROJ TELEFONA (SA POZIVNIM BROJEM)	KOLIKO ČESTO POSEĆUJETE OVOG LEKARA?
ADRESA		DATUM KADA STE PRVI PUT POSETILI OVOG LEKARA
OBOLJENJE ILI POVREDA ZA KOJU STE PROŠLI PREGLED ILI LEČENJE		DATUM KADA STE POSLEDNJI PUT POSETILI OVOG LEKARA

TIP LEČENJA ILI PRIMLJENI LEKOVI (NPR. OPERACIJA, HEMOTERAPIJA, ZRAČENJE I LEKOVI KOJE STE UZIMALI ZA OVU BOLEST ILI POVREDU, UKOLIKO SU POZNATI). UKOLIKO NIJE BILO PRIMLJENIH LEKOVA ILI LEČENJA, NAPIŠITE NIJEDAN.

Ukoliko ste posećivali još neke lekare od početka ove bolesti ili povrede, priložite dodatne stranice sa gore navedenim podacima.

DEO 2. PODACI O VAŠOJ ZDRAVSTVENOJ EVIDENCIJI (NASTAVAK)

3. Da li ste bili hospitalizovani ili klinički lečeni od vašeg stanja nesposobnosti? ☐ Da ☐ Ne
Ako jeste, odgovorite na sledeće:

IME BOLNICE ILI KLINIKE	ADRESA
BROJ PACIJENTA ILI KLINIKE	

Da li ste bili lečeni sa boravkom u ustanovi (proveli bar jednu noć)? ☐ Da ☐ Ne **Ukoliko jeste, odgovorite na sledeće:**		Da li ste bili lečeni ambulantno? ☐ Da ☐ Ne **Ukoliko jeste, koji su bili datumi vaših dolazaka?**
BROJ PACIJENTA ILI KLINIKE	BROJ PACIJENTA ILI KLINIKE	

OBOLJENJE ILI POVREDA ZA KOJU STE PROŠLI PREGLED ILI LEČENJE

TIP LEČENJA ILI PRIMLJENI LEKOVI (NPR. OPERACIJA, HEMOTERAPIJA, ZRAČENJE I LEKOVI KOJE STE UZIMALI ZA OVU BOLEST ILI POVREDU, UKOLIKO SU POZNATI). UKOLIKO NIJE BILO PRIMLJENIH LEKOVA ILI LEČENJA, NAPIŠITE NIJEDAN.

4. Ukoliko ste zbog vaše bolesti ili povrede bili u drugim bolnicama ili klinikama, odgovorite na sledeće:

IME BOLNICE ILI KLINIKE	ADRESA
BROJ PACIJENTA ILI KLINIKE	

Da li ste bili lečeni sa boravkom u ustanovi (proveli bar jednu noć)? ☐ Da ☐ Ne **Ukoliko jeste, odgovorite na sledeće:**		Da li ste bili lečeni ambulantno? ☐ Da ☐ Ne **Ukoliko jeste, koji su bili datumi vaših dolazaka?**
BROJ PACIJENTA ILI KLINIKE	PATIENT OR CLINIC NUMBER	

OBOLJENJE ILI POVREDA ZA KOJU STE PROŠLI PREGLED ILI LEČENJE

TIP LEČENJA ILI PRIMLJENI LEKOVI (NPR. OPERACIJA, HEMOTERAPIJA, ZRAČENJE I LEKOVI KOJE STE UZIMALI ZA OVU BOLEST ILI POVREDU, UKOLIKO SU POZNATI). UKOLIKO NIJE BILO PRIMLJENIH LEKOVA ILI LEČENJA, NAPIŠITE NIJEDAN.

Ukoliko ste zbog vaše bolesti ili povrede bili u drugim bolnicama ili klinikama, navedite imena, brojeve pacijenta ili klinike, datume i razloge u delu 6 ili priložite dodatne stranice.

5. Da li ste obavili neki od sledećih testova tokom prošle godine? Označite odgovarajuće polje i ako je odgovor "da", dajte podatke o vremenu i mestu testa.

TEST	DA	NE	MESTO OBAVLJANJA	VREME OBAVLJANJA
Elektrokardiogram	☐	☐		
Rendgenski snimak pluća	☐	☐		
Drugi rendgenski snimci (precizirajte tip):	☐	☐		
Test disanja	☐	☐		
Ispitivanja krvne slike	☐	☐		
Drugo (precizirajte):	☐	☐		

6. Ukoliko imate Medicaid karticu, vaš broj je: _____

DEO 2. PODACI O VAŠIM AKTIVNOSTIMA

1. Da li vam je lekar rekao da na bilo koji način smanjite ili ograničite aktivnosti? ☐ Da ☐ Ne
Ukoliko jeste, navedite ime lekara i ono što vam je rekao o smanjivanju ili ograničavanju aktivnosti.

DEO 2. PODACI O VAŠIM AKTIVNOSTIMA (NASTAVAK)

2. Opišite vaše svakodnevne aktivnosti u sledećim oblastima i za svaku od njih navedite šta i koliko radite i koliko često.

- Održavanje domaćinstva (uključujući kuvanje, čišćenje, kupovinu i sitne kućne poslove)
- Rekreativne aktivnosti i hobiji (lov, ribolov, kuglanje, pešačenje, muzički instrumenti itd.)
- Društveni kontakti (posećivanje prijatelja, rođaka, suseda)
- Ostalo (vožnja automobila, motocikla, autobusom itd.)

DEO 4. PODACI O VAŠEM OBRAZOVANJU

1. Koji je najviši stepen obrazovanja koji ste postigli? _____ Koje godine? _____
2. Da li ste pohađali zanatsku ili strukovnu školu ili imali neku vrstu specijalne obuke? ☐ Da ☐ Ne
   Ukoliko jeste, odgovorite na sledeće:

TIP ZANATSKE ILI STRUKOVNE ŠKOLE ILI OBUKE	PRIBLIŽNI DATUMI POHAĐANJA

KAKO SU OVO ŠKOLOVANJE ILI OBUKA KORIŠĆENI U BILO KOM POSLU KOJI STE OBAVLJALI

DEO 5. PODACI O POSLU KOJI STE OBAVLJALI

Navedite sve poslove koje ste imali tokom poslednjih 15 godina pre nego što ste prestali sa radom, počevši sa vašim uobičajenim poslom, odnosno vrstom posla koji ste najduže obavljali. Ukoliko imate obrazovanje na nivou šestog razreda ili niže, **i** obavljali ste samo teške fizičke poslove tokom 35 ili više godina, navedite sve poslove koje ste imali od kada ste počeli da radite. Ako vam je potrebno još prostora, priložite dodatne stranice ili koristite deo 6.

NAZIV POSLA	TIP DELATNOSTI	OD	DO	DANA NEDELJNO	IZNOS PLATE (PO SATU, DNEVNO, NEDELJNO, MESEČNO ILI GODIŠNJE)

2A. Da li ste na vašem uobičajenom poslu navedenom gore:

	DA	NE
Koristili mašine, alate ili opremu bilo koje vrste?	☐	☐
Koristili tehničko znanje ili veštine?	☐	☐
Vršili bilo kakvo pisanje, popunjavali izveštaje ili obavljali slične dužnosti?	☐	☐
Imali nadzorne odgovornosti:	☐	☐

2B. Objasnite sve odgovore sa “da” dajući puni opis: tipa mašina, alata ili opreme koje ste koristili i tačne postupke koje ste obavljali; pomenutog tehničkog znanja ili veština; tipa pisanja koje ste vršili i prirodu bilo kakvih izveštaja; broj ljudi koje ste nadzirali i obim nadzora.

DEO 5. PODACI O POSLU KOJI STE OBAVLJALI (NASTAVAK)

2C. Označavanjem najboljeg odgovora opišite vrstu i količinu fizičke aktivnosti koju je obuhvatao vaš uobičajeni posao tokom tipičnog dana.

Koliko sati na dan ste:										
	Hodali?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	Stajali?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	Sedeli?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8

Koliko često na dan ste:					
	Saginjali se?	☐ Nikad	☐ Povremeno	☐ Često	☐ Stalno
	Posezali za stvarima?	☐ Nikad	☐ Povremeno	☐ Često	☐ Stalno

Podizali i nosili: opišite šta ste podizali i koliko daleko ste to nosili.

Koja je bila najveća težina koju ste podizali? ☐ 4,5kg (10 lbs.) ☐ 9kg (20 lbs.) ☐ 23kg (50 lbs.) ☐ 45kg (100 lbs.) ☐ Preko 45kg (100 lbs.)

Koju težinu ste često podizali ili nosili? ☐ Do 4,5kg (10 lbs.) ☐ Do 11kg (25 lbs.) ☐ Do 23 kg (50 lbs.) ☐ Do 45kg (100 lbs.)

DEO 6. PRIMEDBE

1. Koristite ovaj deo kao dodatni prostor za odgovore na prethodna pitanja. Takođe koristite ovaj prostor za bilo kakve dodatne informacije za koje mislite da će biti od pomoći u donošenju odluke kod vašeg zahteva za dodelu statusa nesposobnosti (kao što su podaci o drugim bolestima ili povredama koji ranije nisu navedeni).

POPUNJAVA SOCIJALNI RADNIK
TO BE COMPLETED BY SOCIAL WORKER

		YES	NO
2.	Does the claimant speak English? If no, what language doe he/she speak:	☐	☐
3.	Does the claimant need assistance processing his or her claim? ..... If yes, give the name, relationship, and telephone number of a person willing to assist the claimant.	☐	☐
4.	Can the claimant (or the claimant's representative) be readily reached by telephone with no communication problems due to language, speak or hearing difficulties?	☐	☐

5. 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):

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

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

SOCIAL WORKER'S SIGNATURE	DATE	SOCIAL WORKER'S NAME (TYPE OR PRINT)
SOCIAL WORKER'S TELEPHONE NUMBER (INCLUDE AREA CODE)		COMMUNITY SERVICES OFFICE