Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

รายงานสำหรับคนพิการ

Disability Report

การตัดสินใจด้านความพิการในทางการแพทย์ (Medical Disability Decision)

DSHS 14-144A

แบบฟอร์มรายงานสำหรับคนพิการ DSHS 14-144A รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความพิการของผู้สมัคร หลักฐานทางการแพทย์ และประวัติการทำงานเพื่อให้แผนกกำหนดด้านความพิการ (DDDS) พิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความพิการในทางการแพทย์

นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ริเริ่มแบบฟอร์ม DSHS 14-144A โดยต้องให้แน่ใจว่าได้ระบุชื่อของนักสังคมสงเคราะห์ สำนักงานให้บริการในพื้นที่ (CSO) และหมายเลขโทรศัพท์ไว้ในแบบฟอร์ม ทำเครื่องหมายในช่องสี่เหลี่ยมเพื่อบอกให้รู้ว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับความพิการที่ร้องขอนั้นใช้สำหรับความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับเงินสนับสนุน (NGMA) หรือความช่วยเหลือด้านสุขภาพสำหรับผู้ทำงานที่มีความพิการ (HWD) แนบแบบฟอร์มที่กรอกสมบูรณ์แล้วกับเอกสารต่าง ๆ ที่จะใช้สำหรับการตัดสินใจด้านความพิการ

1. นักสังคมสงเคราะห์กรอกข้อมูลที่หัวแบบฟอร์ม ระบุชื่อ หมายเลขประกันสังคม (SSN) และสภาพความพิการของผู้ร้องขอ

2. นักสังคมสงเคราะห์อาจช่วยผู้ร้องขอกรอก <u>ส่วนที่ 1 – ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของคุณ</u> โดยไม่จำเป็นต้องระบุวันที่แน่นอน แต่ควรระบุเดือนและปี

3. นักสังคมสงเคราะห์อาจช่วยผู้ร้องขอกรอก <u>ส่วนที่ 2 – ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์</u> ควรระบุชื่อแพทย์และแหล่งการบำบัดรักษาให้ชัดเจนมากที่สุด

4. นักสังคมสงเคราะห์อาจช่วยผู้ร้องขอกรอก <u>ส่วนที่ 3 – ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมของคุณ</u> นักสังคมสงเคราะห์ควรตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าข้อจำกัดของผู้ร้องขอได้รับการระบุอย่างชัดเจน

5. นักสังคมสงเคราะห์อาจช่วยผู้ร้องขอกรอก <u>ส่วนที่ 4- ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาของคุณ</u> ควรระบุให้ชัดเจนหากได้รับการศึกษาพิเศษ

6. นักสังคมสงเคราะห์อาจช่วยผู้ร้องขอกรอก <u>ส่วนที่ 5 – ข้อมูลเกี่ยวกับงานที่คุณเคยทำ</u> ไม่ควรระบุนายจ้างเป็นรายบุคคล แต่ให้ระบุเฉพาะประเภทธุรกิจ

7. นักสังคมสงเคราะห์อาจช่วยผู้ร้องขอกรอก ข้อ 1 <u>ส่วนที่ 6 – หมายเหตุ</u> ข้อ 2 ถึง 6 ต้องกรอกโดยนักสังคมสงเคราะห์

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

รายงานเกี่ยวกับความพิการ
Disability Report
การตัดสินใจด้านความพิการทางการแพทย์

คำร้องนี้ใช้สำหรับ:
☐ ความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับเงินสนับสนุน (NGMA)
☐ ความช่วยเหลือด้านสุขภาพสำหรับคนงานที่มีความพิการ (HWD)

แบบฟอร์มนี้ต้องกรอกโดยนักบริการด้านสังคมสงเคราะห์ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ร้องขอหรือตัวแทนของผู้ร้องขอ **โปรดเขียนตัวบรรจง ชัดเจน และตอบคำถามทุกข้อให้ดีที่สุด ตอบคำถามทุกข้อ คำตอบที่สมบูรณ์จะช่วยในเรื่องการดำเนินการของคำร้อง *หากคุณต้องการพื้นที่ตอบคำถามมากกว่าที่จัดให้ ไปยังส่วนที่ 6 หรือแนบเอกสารเพิ่มเติม***

1. ชื่อผู้ร้อง / นามแฝง	2. หมายเลขประกันสังคม	3. หมายเลขโทรศัพท์ (และรหัสพื้นที่)
4. การติดต่อบุคคลที่สาม ชื่อ		หมายเลขโทรศัพท์ (และรหัสพื้นที่)
ที่อยู่		
5. สภาพความพิการของคุณคืออะไร อธิบายสั้นๆ เกี่ยวกับการบาดเจ็บหรืออาการป่วยที่ทำให้คุณไม่สามารถทำงานได้		

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของคุณ

1. คุณเริ่มมีอาการครั้งแรกวันไหน _____
เดือน วัน ปี

		ใช่	ไม่ใช่
2A.	คุณยังทำงานหลังจากวันที่ระบุในข้อหนึ่งชาหรือไม่ หากคำตอบของคุณคือ**ไม่ใช่ ให้ไปที่ข้อ** 3A และ 3B ข้างล่าง	☐	☐
2B.	**หากคำตอบของคุณในข้อ 2A คือใช่** อาการของคุณเป็นสาเหตุให้คุณต้องเปลี่ยน:		
	งานหรือหน้าที่รับผิดชอบในงานหรือไม่	☐	☐
	เวลาทำงานของคุณหรือไม่	☐	☐
	การเข้าทำงานหรือไม่	☐	☐
	เรื่องอื่นใดเกี่ยวกับงานหรือไม่	☐	☐

2C. **หากคำตอบของคุณตามรายการในข้อ 2B คือใช่** อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงในสภาพการทำงานของคุณ วันที่มีการเปลี่ยนแปลง และอาการของคุณมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อย่างไร:

3A. อาการของคุณทำให้คุณต้องหยุดทำงานเมื่อไหร่ _____
เดือน วัน ปี

3B. อธิบายว่าทำไมอาการของคุณมีผลให้คุณต้องหยุดทำงาน:

ส่วนที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์

1. ใส่ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ที่มีประวัติทางการแพทย์ล่าสุดเกี่ยวกับอาการพิการของคุณ:	☐ **ทำเครื่องหมายในช่องนี้หากว่าคุณไม่เคยพบแพทย์เพื่อตรวจอาการที่ทำให้คุณพิการ**
ชื่อของแพทย์ / คลินิค	หมายเลขโทรศัพท์ (และรหัสพื้นที่)
ที่อยู่	วันที่ที่คุณพบแพทย์คนนี้ครั้งแรก
ความเจ็บป่วยหรืออาการบาดเจ็บที่คุณได้รับการตรวจหรือรักษา	วันที่คุณพบแพทย์คนนี้ครั้งสุดท้าย
ประเภทของการรักษาหรือยาที่ได้รับ(เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายแสงและยาที่คุณรับประทานเพื่อรักษาอาการป่วยหรือบาดเจ็บ หากทราบชื่อยา หากไม่มีการบำบัดรักษาหรือการให้ยา เขียนว่า ไม่มี)	
2. คุณเคยไปพบแพทย์คนอื่นหรือไม่ตั้งแต่เริ่มมีอาการที่ทำให้เกิดความพิการ ☐ เคย ☐ ไม่เคย **หากเคย ตอบคำถามต่อไปนี้:**	
ชื่อของแพทย์ / คลินิค	หมายเลขโทรศัพท์ (และรหัสพื้นที่)
ที่อยู่	วันที่คุณพบแพทย์คนนี้ครั้งแรก

ความเจ็บป่วยหรืออาการบาดเจ็บที่คุณได้รับการตรวจหรือรักษา	วันที่คุณพบแพทย์คนนี้ครั้งสุดท้าย
ประเภทของการรักษาหรือยาที่ได้รับ(เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายแสงและยาที่คุณรับประทานเพื่อรักษาอาการป่วยหรือบาดเจ็บ หากทราบชื่อยา หากไม่มีการบำบัดรักษาหรือการให้ยา เขียนว่า ไม่มี)	
หากคุณเคยพบแพทย์อื่นตั้งแต่มีอาการป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ ให้แนบเอกสารเพิ่มโดยใส่รายละเอียดข้อมูลดังข้างต้น	
3. คุณเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสำหรับอาการพิการของคุณหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย **หากเคย ตอบคำถามต่อไปนี้**:	
ชื่อโรงพยาบาล	หมายเลขโทรศัพท์ (และรหัสพื้นที่)
ที่อยู่	
วันที่คุณเข้ารักษาที่โรงพยาบาล	
อาการป่วยหรือการบาดเจ็บที่คุณได้รับการตรวจหรือรักษา	
ประเภทของการรักษาหรือยาที่ได้รับ(เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายแสงและยาที่คุณรับประทานเพื่อรักษาอาการป่วยหรือบาดเจ็บ หากทราบชื่อยา หากไม่มีการบำบัดรักษาหรือการให้ยา เขียนว่า ไม่มี)	
4. หากคุณเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นสำหรับอาการป่วยหรือการบาดเจ็บ ตอบคำตามต่อไปนี้:	
ชื่อโรงพยาบาล	หมายเลขโทรศัพท์ (และรหัสพื้นที่)
ที่อยู่	
วันที่คุณเข้ารักษาที่โรงพยาบาล	
อาการป่วยหรือการบาดเจ็บที่คุณได้รับการตรวจหรือรักษา	
ประเภทของการรักษาหรือยาที่ได้รับ(เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายแสงและยาที่คุณรับประทานเพื่อรักษาอาการป่วยหรือบาดเจ็บ หากทราบชื่อยา หากไม่มีการบำบัดรักษาหรือการให้ยา เขียนว่า ไม่มี)	
หากคุณเคยพบแพทย์อื่นตั้งแต่มีอาการป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ ส่วนที่ 6 ให้แนบเอกสารเพิ่มโดยใส่รายละเอียดข้อมูลดังข้างต้น	
5. คุณเคยได้รับการตรวจเพื่อติดตามอาการในปีที่ผ่านมาหรือไม่ ทำเครื่องหมายในช่องที่เหมาะสมข้างล่างและหากคุณตอบว่า "เคย" ให้ระบุว่าที่ไหนและตรวจอะไรบ้าง	

การตรวจ	เคย	ไม่เคย	สถานที่ที่ได้รับการตรวจ	วันที่ได้รับการตรวจ
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	☐	☐		
เอ็กซ์เรย์หน้าอก	☐	☐		
เอ็กซ์เรย์อื่นๆ (โปรดระบุประเภท):	☐	☐		
ตรวจการหายใจ	☐	☐		
การตรวจเลือด	☐	☐		
อื่นๆ (ระบุ):	☐	☐		

ส่วนที่ 2 รายชื่อยา		
ชื่อยา	จ่ายโดย (ชื่อแพทย์)	เหตุผลของการให้ยา

หากคุณใช้ยามากกว่านี้ ให้แนบเอกสารเพิ่มเติม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาของคุณ

1. **การศึกษาขั้นสูงสุด** _____ **ปี** _____

2. คุณเข้าโรงเรียนด้านการค้าหรืออาชีวศึกษาหรือได้รับการอบรมพิเศษใดๆ หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่

หากใช่ ตอบคำถามต่อไปนี้:

ประเภทของโรงเรียนด้านการค้าหรืออาชีวศึกษาหรือการอบรม	วันที่เข้าเรียนโดยประมาณ

การเข้าเรียนหรือการอบรมนี้ได้นำมาใช้ในงานของคุณอย่างไร

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับงานที่คุณทำ

ระบุงานที่คุณเคยทำในช่วง 15 ปีที่ผ่านมาก่อนที่คุณจะหยุดทำงาน โดยเริ่มจากงานปกติของคุณ ซึ่งหมายถึงงานที่คุณทำนานที่สุด หากคุณมีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า และทำงานหนักที่ไม่ต้องทักษะความชำนาญตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ให้ใส่งานทั้งหมดที่คุณเคยทำตั้งแต่เริ่ม หากคุณต้องการพื้นที่มากกว่านี้ ให้แนบเอกสารเพิ่มหรือใช้ส่วนที่ 6

ตำแหน่งงาน	ประเภทของงาน	เริ่มทำงานตั้งแต่	จนถึง	จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์	อัตราค่าจ้าง (ต่อชั่วโมง ต่อวัน ต่อสัปดาห์ ต่อเดือนหรือต่อปี)

2A. งานปกติที่ระบุข้างต้นนั้น คุณ:

	ใช้	ไม่ใช้
ใช้เครื่องจักร เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใดๆ หรือไม่	☐	☐
ใช้ทักษะความรู้ทางเทคนิคหรือไม่	☐	☐
ต้องเขียน ทำรายงานให้สมบูรณ์หรือทำหน้าที่ที่คล้ายคลึงกันหรือไม่	☐	☐
มีความรับผิดชอบในการควบคุมงานหรือไม่	☐	☐

2B. อธิบายคำตอบของคุณเกี่ยวกับ: ประเภทของเครื่องจักร เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่คุณใช้และการปฏิบัติงานที่คุณทำอย่างชัดเจน ความรู้หรือทักษะทางเทคนิคที่เกี่ยวข้อง ประเภทของการเขียนที่ทำ และลักษณะของรายงาน จำนวนคนที่คุณดูแลและขอบเขตของความดูแล

2C. อธิบายลักษณะและจำนวนกิจกรรมทางกายภาพในงานของคุณที่เกี่ยวข้องระหว่างการทำงานโดยทำเครื่องหมายหน้าข้อที่เหมาะสมที่สุดข้างล่าง

คุณทำสิ่งต่อไปนี้กี่ชั่วโมงต่อวัน:	เดิน	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	ยืน	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
นั่ง		☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
คุณทำสิ่งเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ก้ม	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง			☐ บ่อย	☐ ต่อเนื่อง			
	เอื้อม	☐ ไม่เคย	☐ บางครั้ง			☐ บ่อย	☐ ต่อเนื่อง			

ยกและแบกของ: อธิบายว่าคุณยกหรือแบกอะไรเป็นระยะทางไกลแค่ไหน

สิ่งที่คุณยกมีน้ำหนักมากที่สุดเท่าไหร่ ☐ 10 ปอนด์ ☐ 20 ปอนด์ ☐ 50ปอนด์ ☐ 100 ปอนด์ ☐ มากกว่า 100 ปอนด์

สิ่งที่คุณยกเป็นประจำมีน้ำหนักเท่าไหร่ ☐ ประมาณ 10 ปอนด์ ☐ ประมาณ 25 ปอนด์ ☐ ประมาณ 50 ปอนด์ ☐ ประมาณ 100 ปอนด์

ส่วนที่ 6 หมายเหตุ

1. ใช้ส่วนนี้เป็นพื้นที่เพิ่มเติมเพื่อตอบคำถามก่อนหน้านี้ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่คุณคิดว่าจะมีประโยชน์ในการตัดสินใจสำหรับการร้องเรียนด้านความพิการของคุณ (เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรืออาการบาดเจ็บที่ไม่ได้ระบุไว้ก่อนหน้านี้)

ต้องกรอกให้สมบูรณ์โดยผู้สัมภาษณ์ (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