चिकित्सा अवस्था र बाँकी रहेको कार्यक्षमता सम्बन्धी कागजातको अनुरोध

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

आदरणीय स्वास्थ्य सेवा प्रदायक:

वयस्क सेवाग्राहीहरूले सार्वजनिक सहायता (TANF) प्राप्त गर्नका लागि, उनीहरूले प्रति हप्ता 40 घण्टासम्म काम गर्न, सक्रिय रूपमा काम खोज्न वा कामका लागि तालिम लिन आवश्यक हुन्छ। स्वास्थ्यसम्बन्धी समस्याहरूका कारण केही सेवाग्राहीहरू यो आवश्यकता पूरा गर्न असमर्थ हुन सक्छन्। यी सेवाग्राहीहरूलाई कामको गतिविधिबाट अस्थायी स्थगन आवश्यक पर्न सक्छ, सीमित घण्टाका लागि मात्र सहभागी हुन सक्षम हुन सक्छन्, वा केही निश्चित प्रकारका कामसम्बन्धी गतिविधिहरूबाट बच्न आवश्यक पर्न सक्छ।

_____ (सेवाग्राहीको नाम) ले हामीलाई उहाँहरू, वा उहाँहरूले हेरचाह गर्ने परिवारको सदस्यलाई चिकित्सा, मानसिक वा भावनात्मक अवस्था रहेको छ जसले उनीहरूको काम गर्ने, काम खोज्ने वा कामका लागि तालिममा सहभागी हुने क्षमतालाई रोक्छ वा सीमित गर्छ भनी बताउनुभएको छ।

यी चिकित्सा सीमितताहरू वर्णन गर्न कृपया संलग्न फाराम भर्नुहोस्। **यदि कुनै अवस्थाको अवधि तीन महिनाभन्दा बढी छ भने, कृपया अवस्था प्रमाणित गर्न वस्तुगत चिकित्सा प्रमाणका प्रतिलिपिहरू (चार्ट नोटहरू, प्रयोगशाला, इमेजिङ र अन्य कुनै निदानात्मक परीक्षण) उपलब्ध गराउनुहोस्।** यो जानकारी उपलब्ध गराउनेसँग सम्बन्धित कुनै पनि लागतका लागि कृपया DSHS लाई बिल पठाउनुहोस्, सेवाग्राहीलाई होइन।

हामी यस जानकारीको प्रयोग यी प्रकारका गतिविधिहरूमा आवश्यक सहभागिताको स्तर (प्रति हप्ता 40 घण्टासम्म) र सेवाग्राहीको चिकित्सा आवश्यकताहरूमा आधारित अनुकूलित गतिविधि योजना विकास गर्दा विचार गर्नुपर्ने कुनै पनि सीमितताहरू निर्धारण गर्न गर्नेछौं।

कृपया यो भरिएको फाराम र कुनै थप वस्तुगत चिकित्सा प्रमाण सम्ममा उपलब्ध गराउनुहोस् _____ (अन्तिम मिति)। यदि हामीले कुनै चिकित्सा जानकारी प्राप्त गरेनौं भने, हामीले माथि वर्णन गरिएबमोजिम काम, कामको खोजी वा कामका लागि तालिममा प्रति हप्ता 40 घण्टासम्मको पूर्ण-कालीन सहभागिताको माग गर्न सक्छौं। यदि आवश्यकताहरू पूरा भएनन् भने, नगद सुविधाहरू कटौती वा समाप्त गर्न सकिन्छ।

यदि तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् वा हामीलाई जानकारी पठाउन थप समय चाहिन्छ भने, कृपया मलाई मा कल गर्नुहोस् _____ (कामदारको नम्बर)। तपाईंले यो भरिएको कागजात र कुनै पनि चिकित्सा प्रमाण हाम्रो राज्यव्यापी फ्याक्स नम्बर 1-888-338-7410 मा पठाउन वा DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699 मा हुलाकबाट पठाउन सक्नुहुन्छ।

धन्यवाद,

_____

कामदारको नाम

DSHS
WASHINGTON STATE
Department of Social and Health Services

WORKFIRST

चिकित्सा अवस्था र बाँकी रहेको कार्यक्षमता सम्बन्धी कागजातको अनुरोध

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

सेवाग्राहीको नाम	जन्ममिति	सेवाग्राही पहिचान नम्बर

यदि मूल्याङ्कन गरिएको बिरामी माथि नाम दिइएको सेवाग्राहीभन्दा फरक भएमा बिरामीको नाम

WORKFIRST कर्मचारीको नाम	टेलिफोन नम्बर

सामुदायिक सेवा कार्यालय (CSO) को ठेगाना

माथि नाम दिइएको व्यक्तिको सीमितता(हरू) निर्धारण गर्न विभागलाई मद्दत गर्न, कृपया निम्न जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्:

1. के यस व्यक्तिसँग विशेष प्रबन्ध वा ध्यान आवश्यक पर्ने विशिष्ट (कृपया बाकसमा टिक लगाउनुहोस्) ☐ शारीरिक, ☐ मानसिक, ☐ भावनात्मक, वा ☐ विकासात्मक समस्याहरू छन्?
   ☐ छ ☐ छैन

2. यदि छ भने, अवस्था(हरू) को प्रकार र निदान के हो?

   के यो वस्तुगत चिकित्सा प्रमाणहरू (परीक्षण, प्रयोगशाला रिपोर्टहरू, आदि) द्वारा समर्थित छ?

   ☐ छ। यदि छ भने, कृपया यस फाराममा समर्थन गर्ने प्रमाण संलग्न गर्नुहोस्।

   ☐ छैन। यदि छैन भने, कृपया प्रश्न 8 मा उल्लेख गर्नुहोस्।

3. के माथि सूचीबद्ध चिकित्सा अवस्था(हरू) ले यस व्यक्तिको काम गर्ने, काम खोज्ने, वा कामका लागि तयारी गर्ने क्षमतालाई सीमित गर्छ?

   ☐ छ। यदि गर्छ भने, तल लागू हुने कुनै पनि उदाहरणहरूमा टिक लगाउनुहोस्। ☐ गर्दैन

   सीमितताका उदाहरणहरूमा निम्न क्षमताहरू समावेश छन्:

   ☐ भारी वस्तुहरू उठाउने
   ☐ लामो अवधिसम्म उभिने वा बस्ने
   ☐ निर्देशनहरू पालना गर्ने
   ☐ निहुरिने
   ☐ माथि हात तन्काउने
   ☐ स्मरण शक्ति कायम राख्ने
   ☐ लामो अवधिसम्म ध्यान केन्द्रित गर्ने,
   ☐ दोहोरिने चालहरू गर्ने,
   ☐ मानिसहरूसँग अन्तरक्रिया गर्ने,
   ☐ रसायन, सिन्थेटिक सामग्रीहरूको सम्पर्कमा आउँदा सहन सक्ने
   ☐ स्थूल वा फाइन मोटर सीपहरू

   कृपया माथि सूचीबद्ध नगरिएका कुनै अन्य विशिष्ट सीमितताहरू वर्णन गर्नुहोस्:

   यदि छ भने, यस व्यक्तिलाई प्रति हप्ता निम्न सहभागिता सीमाहरूमा सीमित गरिनुपर्छ:

   ☐ 0 घण्टा (सहभागी हुन असमर्थ) ☐ 1 – 10 घण्टा ☐ 11 – 20 घण्टा ☐ 21 – 30 घण्टा ☐ 31 – 40 घण्टा।

Barcode label

10353

4. के यस व्यक्तिलाई सामान उठाउने र बोक्ने कुरामा कुनै सीमितताहरू छन्? ☐ छ ☐ छैन

यदि छ भने, यस व्यक्तिलाई निम्न सीमितताहरू छन्:

☐ गम्भीर रूपमा सीमित: कम्तिमा 2 पाउन्ड उठाउन असमर्थ वा उभिन वा हिँड्न असमर्थ।

☐ बसेर गरिने काम: अधिकतम 10 पाउन्ड उठाउन सक्ने र फाइलहरू र साना उपकरणहरू जस्ता वस्तुहरू बारम्बार* उठाउन वा बोक्न सक्ने। बसेर गरिने काममा छोटो अवधिका लागि बस्न, हिँड्न र उभिन आवश्यक हुन सक्छ।

☐ हल्का काम: अधिकतम 20 पाउन्ड उठाउन सक्ने र 10 पाउन्डसम्म बारम्बार* उठाउन वा बोक्न सक्ने। उठाइएको तौल नगण्य भए तापनि, हल्का काममा प्रति दिन 8 घण्टामध्ये 6 घण्टासम्म हिँड्न वा उभिन आवश्यक हुन सक्छ, वा बेलाबेलामा* हात वा खुट्टाको नियन्त्रणहरू धकेल्ने र तान्ने कार्यसहित धेरैजसो समय बस्नुपर्ने हुन सक्छ।

☐ मध्यम काम: अधिकतम 50 पाउन्ड उठाउन सक्ने र 25 पाउन्डसम्म बारम्बार* उठाउन वा बोक्न सक्ने।

☐ भारी काम: अधिकतम 100 पाउन्ड उठाउन सक्ने र 50 पाउन्डसम्म बारम्बार* उठाउन वा बोक्न सक्ने।

* व्यक्तिले 8-घण्टाको दिनमा 2.5 देखि 6 घण्टासम्म यो कार्य सम्पादन गर्न सक्षम छ र कार्यसम्पादन निरन्तर हुनुपर्छ भन्ने आवश्यक छैन।

5. के यस व्यक्तिको अवस्था(हरू) ले उनीहरूको सेवाहरूमा पहुँच प्राप्त गर्ने (जस्तै टेलिफोनको प्रयोग गर्ने, उपचार प्राप्त गर्ने, अपोइन्टमेन्टहरू लिने र पालना गर्ने, यातायात सेवाहरू प्रयोग गर्ने, वा सेवाहरूको स्थानहरू पत्ता लगाउने) वा आफ्नो लागि वकालत गर्ने क्षमतामा प्रभाव पार्छ?
☐ छ ☐ छैन

यदि पार्छ भने, वर्णन गर्नुहोस्:

6. के यस व्यक्तिको अवस्था स्थायी हो र यसले उनीहरूको काम गर्ने, काम खोज्ने, वा कामका लागि तालिम लिने क्षमतालाई सीमित गर्ने सम्भावना छ?
☐ हो ☐ होइन; यदि अवस्था स्थायी होइन भने, यस व्यक्तिको अवस्थाले उनीहरूको काम गर्ने, काम खोज्ने, वा कामका लागि तालिम लिने क्षमतालाई सम्भवतः कति लामो समयसम्म सीमित गर्नेछ। हप्ता वा महिनाहरूको संख्या जनाउन कृपया तलको खाली ठाउँ प्रयोग गर्नुहोस्:

_____ हप्ताहरूको संख्या वा

_____ महिनाहरूको संख्या।

7. a. के तपाईंले यस व्यक्तिको स्वास्थ्यसम्बन्धी अवस्थालाई सम्बोधन गर्न कुनै विशिष्ट उपचार योजना बनाउनुभएको छ?
☐ छ ☐ छैन

यदि छ भने, प्रदान गरिएका सेवाहरूको प्रकार, अवधि, र उपचार अपोइन्टमेन्टहरूको आवृत्ति सहित उपचार योजनाको वर्णन गर्नुहोस्।

b. व्यक्तिको चलिरहेको उपचार योजना कसले प्रदान र अनुगमन गर्नेछ?

8. के त्यहाँ थप मूल्याङ्कन वा परीक्षण आवश्यक पर्ने विशिष्ट समस्याहरू छन्? ☐ छ ☐ छैन

यदि छन् भने, चिकित्सा अवस्थाहरू निर्धारण गर्न र सम्बोधन गर्ने योजना बनाउन कस्तो प्रकारको परीक्षण वा मूल्याङ्कन आवश्यक पर्न सक्छ कृपया खुलाउनुहोस्। यदि विशेषज्ञकहाँ कुनै थप रेफरलहरू आवश्यक छन् भने कृपया खुलाउनुहोस्।

9. यदि बिरामीको अवस्थाले सेवाग्राहीको घरमा उक्त व्यक्तिको हेरचाह गर्नुपर्ने भएकोले सेवाग्राहीको सहभागी हुने क्षमतामा पार्ने प्रभावको कारणले गर्दा, मूल्याङ्कन भइरहेको बिरामी माथि नाम दिइएको सेवाग्राहीभन्दा फरक छ भने, कृपया निम्न जानकारी भर्नुहोस्।

बच्चाको / वयस्क नातेदारको अवस्थालाई ध्यानमा राख्दै, उपयुक्त बाकसमा टिक लगाउनुहोस्:

☐ आमाबुवा / हेरचाहकर्ता प्रति हप्ता 0 – 10 घण्टा घर बाहिर सहभागी हुन सक्छन्।

☐ आमाबुवा / हेरचाहकर्ता प्रति हप्ता 11 - 20 घण्टा घर बाहिर सहभागी हुन सक्छन्।

☐ आमाबुवा / हेरचाहकर्ता प्रति हप्ता 21 - 30 घण्टा घर बाहिर सहभागी हुन सक्छन्।

☐ आमाबुवा / हेरचाहकर्ता प्रति हप्ता 30 घण्टाभन्दा बढी घर बाहिर सहभागी हुन सक्छन्।

☐ थप जानकारीका लागि कृपया मलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

आमाबुवाले कति लामो समयसम्म यस स्तरको हेरचाह प्रदान गर्न आवश्यक हुन्छ भन्ने तपाईं अपेक्षा गर्नुहुन्छ: _____ हप्ताहरूको संख्या

_____ महिनाहरूको संख्या

चिकित्सा / मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रदायक / अन्य पेशेवर

हस्ताक्षर	मिति	टेलिफोन नम्बर

छापिएको नाम र पद

पत्राचार गर्ने ठेगाना	सहर	राज्य	जिप कोड
		WA	

जानकारी खुलासा गर्ने अधिकार

म लाई _____ WorkFirst Program मा सहभागी हुने मेरो क्षमताको मूल्याङ्कन गर्ने एकमात्र उद्देश्यका लागि, मलाई काम गर्नबाट रोक्ने रोग/चोटपटकको अवस्थालाई प्रमाणित गर्ने यस फाराममा भएको जानकारी र कुनै पनि चिकित्सा रेकर्डको जानकारी खुलासा गरी Department of Social and Health Services लाई प्रदान गर्ने अधिकार दिन्छु। म यो कुरा बुझ्छु कि यस खुलासामार्फत दिइने जानकारीमा विशेष गरी मानसिक स्वास्थ्य, मदिरा वा लागुपदार्थ दुर्व्यसन र HIV/AIDS लगायत यौनसम्पर्कबाट सर्ने रोगहरू (STD) को नतिजा सम्बन्धी निदानात्मक परीक्षण वा उपचारको जानकारी समावेश हुन्छ, यदि त्यस्तो जानकारी रेकर्डको हिस्सा हो भने। (Revised Code of Washington (RCW) 78.24.105)

बिरामीको हस्ताक्षर	मिति

निर्देशनहरू

DSHS WorkFirst केस म्यानेजर / सामाजिक कार्यकर्ता: चिकित्सा अवस्था वा असक्षमताको परिणाम स्वरूप, व्यक्तिको काम गर्ने, काम खोज्ने, तालिममा सहभागी हुने र/वा सेवाहरूमा पहुँच प्राप्त गर्ने क्षमतामा प्रभाव परेको अवस्थामा व्यक्तिगत उत्तरदायित्व योजना विकास गर्न तपाईंलाई मद्दत गर्नु यस फारामको उद्देश्य हो। **यदि अन्य कागजात अवस्थित छ भने यस फारामको प्रयोग अनिवार्य छैन।** तपाईंले यो फाराम आवेदक / प्राप्तकर्तालाई भर्नका लागि उपयुक्त पेशेवर सेवा प्रदायककहाँ लैजान दिन सक्नुहुन्छ वा तपाईंले यसलाई फ्याक्स वा हुलाकमार्फत सिधै प्रदायकलाई उपलब्ध गराउन सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंले यो फाराम हुलाकबाट पठाउने छनौट गर्नुहुन्छ भने, अन्तिम पृष्ठमा सेवाग्राहीको हस्ताक्षर प्राप्त गर्नुहोस्, र हुलाक खर्च तिरिएको खाम संलग्न गर्नुहोस्।

DSHS ग्राहक: यस फारामको उद्देश्य चिकित्सा प्रदायकबाट जानकारी सङ्कलन गर्नु हो जसले तपाईंको केस म्यानेजरलाई तपाईंको स्वास्थ्य समस्याहरूको समीक्षा गर्न र तपाईंको विशिष्ट आवश्यकता र सीमितताहरूमा सबैभन्दा राम्रोसँग मिल्ने व्यक्तिगत उत्तरदायित्व योजना सिर्जना गर्न मद्दत गर्नेछ।

चिकितषक / स्वास्थ्य सेवा प्रदायक: वयस्क सेवाग्राहीहरूले सार्वजनिक सहायता (TANF) प्राप्त गर्नका लागि, उनीहरूले प्रति हप्ता 40 घण्टासम्म काम गर्न, सक्रिय रूपमा काम खोज्न वा कामका लागि तालिम लिन आवश्यक हुन्छ। स्वास्थ्यसम्बन्धी समस्याहरूका कारण केही सेवाग्राहीहरू यो आवश्यकता पूरा गर्न असमर्थ हुन सक्छन्। यी सेवाग्राहीहरूलाई कामको गतिविधिबाट अस्थायी स्थगन आवश्यक पर्न सक्छ, सीमित घण्टाका लागि मात्र सहभागी हुन सक्षम हुन सक्छन्, वा केही निश्चित प्रकारका कामसम्बन्धी गतिविधिहरूबाट बच्न आवश्यक पर्न सक्छ। कृपया यो फाराम भर्नुहोस् र यसलाई सेवाग्राहीलाई दिनुहोस्, हाम्रो राज्यव्यापी फ्याक्स नम्बर 1-888-338-7410 मा पठाउनुहोस्, वा WorkFirst केस म्यानेजरलाई DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699 मा पठाउनुहोस्। व्यक्तिको सीमितताहरूलाई सम्बोधन गर्ने तपाईंको रेकर्डमा पहिल्यै रहेका कुनै पनि नोटहरू, पत्रहरू वा अन्य कागजातहरू हामीलाई पठाउनुहोस्।