Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (Solicitare de documentație pentru starea medicală și capacitatea funcțională reziduală)

Stimate furnizor de servicii medicale:

Pentru ca toți clienții adulți să obțină asistență publică (TANF), aceștia sunt obligați să lucreze, să caute activ de lucru sau să facă unele cursuri pentru a lucra până la 40 de ore pe săptămână. Este posibil ca unii clienți să nu poată îndeplini această cerință din cauza problemelor legate de sănătate. Acești clienți pot avea nevoie de amânare temporară de la o activitate de muncă, pot fi capabili să participe doar pentru un număr limitat de ore, sau ar putea fi nevoiți să evite anumite tipuri de muncă.

_____ (numele clientului) ne-a spus că el/ea sau un membru al familiei pe care îl îngrijesc are o afecțiune medicală, mintală sau emoțională care îi împiedică sau le limitează capacitatea de a lucra, de a căuta de lucru sau de a participa la cursuri de instruire în vederea găsirii unui loc de muncă.

Vă rugăm să completați formularul anexat pentru a descrie aceste limitări medicale. **Dacă durata oricărei afecțiuni este mai mare de trei luni, vă rugăm să furnizați copii ale dovezilor medicale obiective (fișa de observație, rapoarte de laborator, imagistică și orice alt test de diagnostic) pentru a verifica starea.** Vă rugăm să facturați către DSHS, nu clientul, pentru orice costuri legate de furnizarea acestor informații.

Vom folosi aceste informații pentru a determina nivelul necesar de participare (până la 40 de ore pe săptămână) la aceste tipuri de activități și orice limitări de luat în considerare în elaborarea unui plan de activitate personalizat bazat pe nevoile medicale ale clientului.

Vă rugăm să furnizați acest formular completat și orice dovezi medicale obiective suplimentare până la _____ _____ (data limită). Dacă nu primim nicio informație medicală, este posibil să solicităm participarea cu normă întreagă, până la 40 de ore pe săptămână, la un loc de muncă, căutarea unui loc de muncă sau instruire în vedere găsirii unui loc de muncă, așa cum este descris mai sus. Dacă cerințele nu sunt îndeplinite, ajutorul social în numerar poate fi redus sau anulat.

Dacă aveți întrebări sau aveți nevoie de mai mult timp pentru a ne trimite informațiile, vă rugăm să mă sunați la _____ _____ (numărul funcționarului). Puteți trimite acest document completat și orice dovadă medicală la numărul nostru de fax la nivel național la 1-888-338-7410 sau îl puteți trimite prin poștă la DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Mulțumesc,

_____

Numele Funcționarului

WORKFIRST

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (Solicitare de documentație pentru starea medicală și capacitatea funcțională reziduală)

NUMELE CLIENTULUI	DATA NAȘTERII	NUMĂR DE IDENTIFICARE A CLIENTULUI

NUMELE PACIENTULUI EVALUAT, DACĂ ESTE DIFERIT DE CLIENTUL NUMIT MAI SUS

NUMELE ANGAJATULUI WORKFIRST	NUMĂR DE TELEFON

ADRESA COMMUNITY SERVICES OFFICE (BIROUL DE SERVICII COMUNITARE, CSO)

Pentru a ajuta departamentul să determine limitarea(le) persoanei menționate mai sus, vă rugăm să furnizați următoarele informații:

1. Această persoană are anumite probleme (vă rugăm să bifați căsuța) ☐ fizice, ☐ mintale, ☐ emoționale, sau ☐ de dezvoltare care necesită amenajări sau condiții speciale?
   ☐ Da ☐ Nu

2. Dacă da, care este tipul de afecțiune(i) și diagnosticul?

   Acest lucru este susținut de dovezi medicale obiective (testări, rapoarte de laborator etc.)?
   ☐ Da. Dacă da, vă rugăm să atașați la acest formular dovezi justificative.
   ☐ Nu. Dacă nu, vă rugăm să treceți la întrebarea 8.

3. Afecțiunile medicale enumerate mai sus limitează capacitatea persoanei de a lucra, de a căuta de lucru sau de a se pregăti pentru muncă?
   ☐ Da. Dacă da, bifați mai jos orice exemple aplicabile. ☐ Nu

   Exemple de limitări includ capacitatea:
   - ☐ de a ridica obiecte grele
   - ☐ de a sta în picioare sau așezați perioade lungi de timp
   - ☐ de a urma instrucțiuni
   - ☐ de a se apleca
   - ☐ de a se întinde
   - ☐ capacitatea de memorare
   - ☐ de a se concentra pe perioade lungi de timp,
   - ☐ de a face mișcări repetitive,
   - ☐ de a interacționa cu oamenii,
   - ☐ de a tolerata expunerea la substanțe chimice, sintetice
   - ☐ abilități motorii grosiere sau fine

   Vă rugăm să descrieți orice alte limitări specifice care nu sunt enumerate mai sus:

   Dacă da, această persoană ar trebui să fie supusă la următoarele limite de participare pe săptămână:
   ☐ 0 ore (nu poate participa) ☐ 1 – 10 ore ☐ 11 – 20 ore ☐ 21 – 30 ore ☐ 31 – 40 ore.

Barcode label

10353

4. Are această persoană limitări în ceea ce privește ridicarea și transportul? ☐ Da ☐ Nu
Dacă da, această persoană are următoarele limitări:

☐ Limitare severă: Incapabil/ă să ridice cel puțin 2 lire sau incapabil/ă să stea în picioare sau să meargă.

☐ Muncă sedentară: Poate ridica maxim 10 lire și să ridice sau să transporte frecvent articole precum dosare și unelte mici. O muncă sedentară poate necesita ridicatul de pe scaun, mersul pe jos și statul în picioare pentru perioade scurte.

☐ Muncă ușoară: Poate ridica maxim 20 lire și să ridice frecvent sau să transporte până la 10 lire. Chiar dacă greutatea ridicată poate fi neglijabilă, munca ușoară poate necesita mersul pe jos sau statul în picioare până la 6 din 8 ore pe zi, sau implică statul în picioare în cea mai mare parte a timpului, cu împingere și tragere ocazională a unor comenzi pentru brațe sau picioare.

☐ Muncă de nivel mediu: Poate ridica maxim 50 lire și să ridice frecvent sau să transporte până la 25 lire.

☐ Muncă grea: Poate ridica maxim 100 lire și să ridice frecvent sau să transporte până la 50 lire.

* Persoana poate îndeplini funcția timp de 2,5 până la 6 ore într-o zi de 8 ore și nu este necesar ca activitatea să fie continuă.

5. Afectează starea(le) acestei persoane capacitatea de a accesa servicii (cum ar fi utilizarea telefonului, primirea unui tratament, stabilirea și ținerea de întâlniri, utilizarea serviciilor de transport sau găsirea locațiilor serviciilor) sau de a se apăra?
☐ Da ☐ Nu

Dacă da, descrieți:

6. Starea acestei persoane este permanentă și cel mai probabil îi limitează capacitatea de a lucra, de a căuta de lucru sau de a se pregăti pentru a lucra?
☐ Da ☐ Nu; dacă starea nu este permanentă, cât timp este probabil că afecțiunea îi va limita capacitatea de a lucra, de a căuta de lucru sau de a se pregăti pentru a lucra. Vă rugăm să utilizați spațiul de mai jos pentru a indica numărul de săptămâni sau luni:

_____ Număr de săptămâni, sau
_____ Număr de luni.

7. a. Există un plan de tratament specific pe care l-ați făcut pentru a aborda starea de sănătate a acestei persoane?
☐ Da ☐ Nu

Dacă da, descrieți planul de tratament, inclusiv tipurile de servicii furnizate, durata și frecvența programărilor de tratament.

b. Cine va furniza și va monitoriza planul de tratament în curs al persoanei?

8. Există probleme specifice care necesită o evaluare sau investigare suplimentară? ☐ Da ☐ Nu

   Dacă da, vă rugăm să specificați ce tip de evaluare sau investigare ar putea fi necesară pentru a determina afecțiunile medicale și planul de abordare. Vă rugăm să indicați dacă sunt necesare trimiteri suplimentare către specialist.

9. Dacă pacientul evaluat este diferit de clientul numit din cauza impactului pe care starea pacientului îl are asupra capacității clientului de a participa, din cauza nevoii de a îngriji persoana de acasă, vă rugăm să completați următoarele.

   Având în vedere starea copilului/rudei adulte, bifați caseta corespunzătoare:

   ☐ Părintele/îngrijitorul poate participa în afara casei 0 – 10 ore pe săptămână.
   ☐ Părintele/îngrijitorul poate participa în afara casei 11 – 20 ore pe săptămână.
   ☐ Părintele/îngrijitorul poate participa în afara casei 21 – 30 ore pe săptămână.
   ☐ Părintele/îngrijitorul poate participa în afara casei mai mult de 30 ore pe săptămână.
   ☐ Vă rog să mă contactați pentru mai multe informații.

Cât timp vă așteptați ca părintele să trebuiască să ofere acest nivel de îngrijire: _____ Număr de săptămâni

_____ Număr de luni

Furnizor de servicii medicale / Furnizor de servicii de sănătătate mintale / Alți profesioniști

SEMNĂTURA	DATA	NUMĂR DE TELEFON

NUMELE CU MAJUSCULE ȘI FUNCȚIA

ADRESA POȘTALĂ	ORAȘUL	STATUL	CODUL POȘTAL
		WA	

Autorizarea de a elibera informații

Autorizez _____ să transmită cptre Department of Social and Health Services (Departamentul de Servicii Sociale și de Sănătate) informațiile de pe acest formular și orice informații din dosarul medical care confirmă starea de boală/vătămare care mă împiedică să lucrez, doar pentru a evalua capacitatea mea de a participa la Programul WorkFirst. Înțeleg că această autorizare include în mod specific teste de diagnosticare sau informații despre tratamentul pentru sănătatea mintală, abuzul de alcool sau droguri și rezultatul Sexually Transmitted Diseases (Boli cu transmitere sexuală, STD), inclusiv HIV/AIDS, atunci când astfel de informații fac parte din dosar. (Revised Code of Washington (Codul revizuit de la Washington, RCW) 78.24.105)

SEMNĂTURA PACIENTULUI	DATA

INSTRUCȚIUNI

Manager de caz / Asistent social DSHS WorkFirst: Scopul acestui formular este de a vă ajuta în elaborarea unui Individual Responsibility Plan (Plan de responsabilitate individuală) atunci când, ca urmare a unei afecțiuni medicale sau a incapacității, există un impact asupra capacității persoanei de a lucra, de a căuta de lucru, de a participa la cursuri de instruire și/sau de a accesa servicii. **Utilizarea acestui formular NU este obligatorie dacă există alte documente.** Puteți da acest formular solicitantului/destinatarului pentru a-l duce furnizorului de servicii profesionale corespunzător pentru completare sau îl puteți trimite direct furnizorului prin fax sau poștă. Dacă alegeți să trimiteți acest formular prin poștă, obțineți semnătura clientului pe ultima pagină și atașați plicul preplătit.

Clientul DSHS: Scopul acestui formular este de a aduna informații de la un furnizor de servicii medicale care va ajuta managerul de caz să vă revizuiască problemele de sănătate și să creeze un Individual Responsibility Plan (Plan de responsabilitate individuală) care se potrivește cel mai bine nevoilor și limitărilor dvs. specifice.

Medic / Furnizor de servicii medicale: Pentru ca clienții adulți să obțină ajutor social (TANF), aceștia trebuie să lucreze, să caute activ de lucru sau să urmeze cursuri de instruire pentru a lucra până la 40 de ore pe săptămână. Este posibil ca unii clienți să nu poată îndeplini această cerință din cauza problemelor legate de sănătate. Acești clienți pot avea nevoie de amânare temporară de la o activitate de muncă, pot fi capabili să participe doar pentru un număr limitat de ore, sau ar putea fi nevoiți să evite anumite tipuri de muncă. Vă rugăm să completați acest formular și să îl transmiteți clientului, să îl trimiteți la numărul nostru de fax național 1-888-338-7410 sau să îl trimiteți managerului de caz WorkFirst la DSHS, CSD - Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Trimiteți-ne orice note, scrisori sau alte documente pe care le aveți deja în evidențele dvs., care fac referire la limitările persoanei respective.