Disability Report(የአካል ጉዳት ሪፖርት)

Medical Disability Decision(የጤና እክል ዉሳኔ)
DSHS 14-144A

የአካል ጉዳት ሪፖርት ቅጽ፣ DSHS 14-144A፣ Division of Disability Determination Services(የአካል ጉዳት ውሳኔ አገልግሎቶች ክፍል፣ DDDS) የህክምና እክልን ለመወሰን ስለ ደንበኛ የአካል ጉዳት፣ የህክምና ማስረጃ እና የስራ ታሪክ መረጃ ይሰበስባል።

የSocial Service Specialist (ማህበራዊ አገልግሎት ባለሞያው, SSS) የPublic Benefits Specialist (ሕዝብ ጥቅማ ጥቅሞች ባለሞያ, PBS) ወይም ውል የገባው የCase Manager (ጉዳይ አስተዳዳሪ) DSHS 14-144Aን ያስጀምራሉ። የተመደቡ ሰራተኞች የCommunity Service Office (ማህበረሰብ አገልግሎት ቢሮው, CSO) እና የስልክ ቁጥር በቅጹ ላይ መመዝገባቸውን ማረጋገጥ አለባቸው። የተጠየቀው የአካል ጉዳት ውሳኔ Non-Grant Medical Assistance(ግራንት የሌላቸው የሜዲካል ድጋፍ፣ NGMA) ወይም Healthcare for Workers with Disabilities(የጤና እንክብካቤ ለአካል ጉዳተኛ ሰራተኞች፣ HWD) መሆኑን ለማሳየት፣ በተገቢው ሳጥን ውስጥ ምልክት ያድርጉበት። ተሞልቶ የተጠናቀቀውን ቅጽ የአካል ጉዳት ውሳኔ ፓኬት ውስጥ ይጭምሩ።

1. የተመደቡ ሰራተኞች የደንበኛውን ስም፣ የSocial Security Number (ማህበራዊ ዋስትና ቁጥር, SSN) እና የጉዳት ሁኔታ የሚገልጸውን ርዕስ ያጠናቅቃሉ።

2. የተመደቡ ሰራተኞች ደንበኛው ክፍል 1 - ስለ ጤና ሁኔታዎ ያለ መረጃ የሚለውን እንዲያጠናቅቁ ሊረዱት ይችላሉ። ቀኖቹ ትክክለኛ መሆን የለባቸውም፣ ነገር ግን ወሩን እና ዓመተ ምህረቱን ሊያሳዩ ይገባል።

3. የተመደቡ ሰራተኞች ደነበኛው ክፍል 2 - ስለ ሕክምና መዝገቦችዎ ያለ መረጃ እንዲያሟሉ ሊረዱት ይችላሉ። ሐኪሞችን እና የሕክምና ምንጮችን በተቻለ መጠን በተሟላ ሁኔታ መለየት በጣም አስፈላጊ ነው።

4. የተመደቡ ሰራተኞች ደንበኛው ክፍል 3 - የመድኃኒት ዝርዝር የሚለውን እንዲያጠናቅቁ ሊረዱት ይችላሉ። SSS ወይም PBS የደንበኛው የመድሃኒት ዝርዝር በተቻለ መጠን የተሟላ መሆኑን ለማረጋገጥ መረጃን መከለስ አለባቸው።

5. የተመደቡ ሰራተኞች ደንበኛው ክፍል 4 - ስለ ትምህርትዎ ያለ መረጃ የሚለውን እንዲያጠናቅቁ ሊረዱት ይችላሉ። የት/ቤት ክፍሎች የልዩ ፍላጎት ትምህርት ከሆኑ ይህ በግልጽ መጠቀስ ይኖርበታል።

6. የተመደቡ ሰራተኞች ደንበኛው ክፍል 5 - ስለ ሠሩት ሥራ ያለ መረጃ የሚለውን እንዲያጠናቅቁ ሊረዱት ይችላሉ። የግል አሠሪዎች መዘርዘር የለባቸውም፣ መመዝገብ ያለበት የንግድ ሥራው ብቻ ነው።

7. የተመደቡ ሰራተኞች ደንበኛው ክፍል 6 - አስተያየቶች ውስጥ ያለውን ንጥል 1ን እንዲያጠናቅቁ ሊረዱት ይችላሉ። ከ2 እስከ 6 ያሉት ንጥሎች በSSS ወይም በPBS ሰራተኞች መሞላት ይኖርባቸዋል።

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Disability Report(የአካል ጉዳት ሪፖርት)

Medical Disability Decision (የጤና እክል ዉሳኔ)

ጥያቄው ለ፡-

☐ Non-Grant Medical Assistance (ግራንት የሌላቸው የሜዲካል ድጋፍ፣ NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities(የጤና እንክብካቤ የአካል ጉዳተኛ ለሆኑ ሠራተኞች፣ HWD)

ይህ ቅጽ DSHS የማህበራዊ አገልግሎት ባለሙያ፣ በህዝብ ጥቅማጥቅሞች ባለሙያ ወይም ውል በገባው የጉዳይ አስተዳዳሪ፣ ከጠያቂው ወይም ከጠያቂው ተወካይ ጋር በሚደረግ ቃለ መጠይቅ ወቅት የሚሞላ ነው። **እባክዎ ያትሙ፣ ይተይቡ ወይም በግልፅ ይፃፉ እና ሁሉንም እቃዎች በተቻለዎት መጠን ይመልሱ። ለሁሉም ጥያቄዎች መልስ ይስጡ። የተሟሉ መልሶች የይገባኛል ጥያቄውን ለማስኬድ ይረዳሉ። ቅጹ ላይ ላሉት ጥያቄዎች መልስ ለመስጠት ተጨማሪ ቦታ ከፈለጉ ወደ ክፍል 6 ይሂዱ ወይም ተጨማሪ ወረቀት ያያይዙ።**

1. የይገባኛል ጥያቄ ጠያቂው ስም / ተለዋጭ ስም	2. የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	የስልክ ቁጥር (እና የአካባቢ ኮድ)
4. ሶስተኛ ወገን አውቅያ	ስም አድራሻ	የስልክ ቁጥር (እና የአካባቢ ኮድ)

5. የአካል ጉዳተኛ ያደረግዎት ሁኔታ ምንድን ነው? ከስራ የሚከለክለውትን ጉዳት ወይም ህመም በአጭሩ ያስረዱን።

ክፍል 1. ስል ሁኔታዎ ያሉ መረጃዎች

1. ሁኔታህ መጀመሪያ ያሳሰብዎት መቼ ነበር? _____
   ወር/ ቀን/ ዓመት

	አዎ	አይ
2A. ከላይ በቁጥር 1 ላይ ከሚታየው ቀን በኋላ ሥራ ሠርተዋል? መልስዎ **አይ** ከሆነ፣ ወደ 3A እና 3B ይሂዱ፣ ከዚህ በታች	☐	☐
2B. **ለ2A መልስዎ አዎ ከሆነ፣** ሁኔታዎ የሚከተሉትን እንዲቀይሩ አድርግዎታል፡-		
ሥራዎ እና የሥራዎ ድርሻዎች?	☐	☐
የሥራ ሰዓትዎችዎ?	☐	☐
ተሳትፎዎ?	☐	☐
ስለ ሥራዎ ያሉ ማንኛውም መረጃዎች?	☐	☐

2C. **በ2B ውስጥ ላለ ማንኛውም ነገር አዎ ብለው ከመለሱ፣** በሥራዎ ሁኔታ ላይ ምን ለውጦች እንደነበሩ፣ የተከሰቱባቸውን ቀናት እና የእርስዎ ሁኔታ እነዚህን ለውጦች እንዴት እንደሚያስፈልግ በማብራራት ያስረዱን፡-

3A. በመጨረሻም ሁኔታዎ ሥራ እንዲያቆሙ ያደረገዎት መቼ ነው? _____
ወር/ ቀን/ ዓመት

3B. ሁኔታዎ አሁን እንዴት እንዳይሰሩ እንደከለከልዎት ያብራሩ፡-

ክፍል 2. ስል ጤና መዝገብዎ ያሉ መረጃዎች

1. ስለ የአካል ጉዳተኛ ሁኔታዎ የቅርብ ጊዜ የሕክምና መዛግብት ስላለው ዶክተር የሚከተሉትን መረጃዎች ያስገቡ፡-	☐ **ለአካል ጉዳተኛ ሁኔታዎ ሐኪም አይተው የማያውቁ ከሆነ እዚህ ጋር ምልክት ያድርጉ።**
የዶክተሩ ስም/ክሊኒኩ	የስልክ ቁጥር (እና የአካባቢ ኮድ)

አድራሻ	ዶክተሩን **<u>ለመጀመርያ</u>** ጊዜ ያዩበት ቀን
ምርመራ ወይም ህክምና የተደረገበት ህመም ወይም ጉዳት	ዶክተሩን **<u>ለመጨረሻ</u>** ጊዜ ያዩበት ቀን
የተቀበሉት የሕክምና ዓይነት ወይም የመድኃኒት ዓይነት (ማለትም፣ ቀዶ ጥገና፣ ኬሞቴራፒ፣ ጨረራ፣ እና ከታወቀ ለበሽታዎ ወይም ለጉዳትዎ የሚወስዷቸው መድኃኒቶች። ምንም አይነት ሕክምና ወይም መድሃኒት ከሌላ፣ **<u>ያለም</u>**በለው ይጻፉ።	
2. የአካል ጉዳትዎ ሁኔታ ከጀመረበት ጊዜ ጀምሮ በሌሎች ዶክተሮች ታይተዋል? ☐ አዎ ☐ አይ **አዎ ከሆነ፣ የሚከተሉትን ይመልሱ፦**	
የዶክተሩ ስም/ክሊኒኩ	የስልክ ቁጥር (እና የአካባቢ ኮድ)
አድራሻ	ዶክተሩን **<u>ለመጀመርያ</u>** ጊዜ ያዩበት ቀን
ምርመራ ወይም ህክምና የተደረገበት ህመም ወይም ጉዳት	ዶክተሩን **<u>ለመጨረሻ</u>** ጊዜ ያዩበት ቀን
የተቀበሉት የሕክምና ዓይነት ወይም የመድኃኒት ዓይነት (ማለትም፣ ቀዶ ጥገና፣ ኬሞቴራፒ፣ ጨረራ፣ እና ከታወቀ ለበሽታዎ ወይም ለጉዳትዎ የሚወስዷቸው መድኃኒቶች። ምንም አይነት ሕክምና ወይም መድሃኒት ከሌላ፣ **<u>ያለም</u>**በለው ይጻፉ።	
ከዚህ ህመም ወይም ጉዳት በኋላ ተጨማሪ ዶክተሮች ጋር ታይተው ከሆነ ተጨማሪ ገጾችን ከላይ ካለው መረጃ ጋር አያይዟቸው።	
3. ለአካል ጉዳት ሁኔታዎ በሆስፒታል ውስጥ ታክመው ያውቃሉ? ☐ አዎ ☐ አይ **አዎ ከሆነ፣ የሚከተሉትን ይመልሱ፦**	
የሆስፒታሉን ስም	የስልክ ቁጥር (እና የአካባቢ ኮድ)
አድራሻ	
ሄደው የታዩበት ቀን መቼ ነበር?	
ምርመራ ወይም ህክምና የተደረገበት ህመም ወይም ጉዳት	
የተቀበሉት የሕክምና ዓይነት ወይም የመድኃኒት ዓይነት (ማለትም፣ ቀዶ ጥገና፣ ኬሞቴራፒ፣ ጨረራ፣ እና ከታወቀ ለበሽታዎ ወይም ለጉዳትዎ የሚወስዷቸው መድኃኒቶች። ምንም አይነት ሕክምና ወይም መድሃኒት ከሌላ፣ **<u>ያለም</u>**በለው ይጻፉ።	
4. ለህመምዎ ወይም ጉዳትዎ በሌሎች ሆስፒታሎች ውስጥ ተክመው ከነበሩ የሚከተሉትን ይመልሱ፦	
የሆስፒታሉን ስም	የስልክ ቁጥር (እና የአካባቢ ኮድ)
አድራሻ	

ሄደው የታዩበት ቀን መቼ ነበር?

ምርመራ ወይም ህክምና የተደረገበት ህመም ወይም ጉዳት

የተቀበሉት የሕክምና ዓይነት ወይም የመድኃኒት ዓይነት (ማለትም፣ ቀዶ ጥገና፣ ኬሞቴራፒ፣ ጨረራ፣ እና ከታወቀ ለበሽታዎ ወይም ለጉዳትዎ የሚወስዷቸው መድኃኒቶች። ምንም አይነት ሕክምና ወይም መድሃኒት ከሌላ፣ **ያለም**ብለው ይጻፉ።

ለህመምዎ ወይም ጉዳትዎ በሌሎች ሆስፒታሎች ወይም ክሊኒኮች ውስጥ ከነበሩ፣ ስሞቹን፣ ቀናት እና ምክንያቶችን በክፍል 6 ላይ ወይም በተያያዙት ተጨማሪ ገጾች ላይ ይዘርዝሩት።

5. በባለፈው ዓመት ከሚከተሉት ውስጥ አንዳቸውንም ምርመራ ወስደው ነበር? ከታች ባለው ሳጥን ላይ ምልክት ያድርጉ እና “አዎ” ብለው ከመለሱ ምርመራው የትና መቼ እንደተደረገ ይንገሩን።

ምርመራ	አዎ	አይ	የት እንደተደረገ	መቼ እንደተደረገ
ኤሌክትሮካርዲዮግራም	☐	☐		
የደረት X-ray	☐	☐		
ሌላ x-ray (አይነቱን ይግለጹ)፦	☐	☐		
የትንፋሽ ምርመራዎች	☐	☐		
የደም ምርመራዎች	☐	☐		
ሌላ (ይግለጹ)፦	☐	☐		

ክፍል 3. የሕክምና ዝርዝሮች

የሕክምናው ስም	የታዘዘው በ(የዶክተሩ ስም)	የሕክምናው ምክንያት

ተጨማሪ መድሃኒቶችን ከተጠቀሙ፣ ተጨማሪ ገጾችን ከላይ ካለው መረጃ ጋር ያያይዙ።

ክፍል 4. ስለ ትምህርትዎ ያሉ መረጃዎች

1. **ትምህርትዎን ያጠናቀቁት ከፍተኛው እስከ ስንተኛ ክፍል ነው?** _____ በየትኛው ዓመተ ምህረት? _____

2. ወደ ንግድ ወይም የሙያ ትምህርት ቤት ገብተዋል ወይንስ ልዩ ሥልጠና ወስደዋል? ☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የሚከተሉትን ይመልሱ፦

የንግድ ወይም የሙያ ትምህርት ቤት ወይም የስልጠናው ዓይነት	የተሳተፉባቸው ግምታዊ ቀኖች

ይህ ትምህርት ወይም ስልጠና እርስዎ በሠሩት ሥራ እንዴት ጥቅም ላይ ውለዋል?

ደምበኛው ትምህርት ቤት እየተሳተፈ ከሆነ፣ እባክዎን የሚከተሉትን ያቅርቡ።

የትምህርት ቤቱን ስም፣ አድራሻዎን፣ እና የስልክ ቁጥሩን

የአስተማሪውን ስም

ክፍል 5. ስለ ስሩት ስራዎች ያሉ መረጃዎች

ሥራ ከማቆምዎ በፊት ባለፉት አምስት ዓመታት ውስጥ ያደረጓቸውን ሁሉንም ሥራዎች ይዘረዝሩ፣ ከተለመደው ሥራዎ ይጀምሩ። ይህ ማለት ረዘም ላለ ጊዜ የሰሩትን የሥራ አይነት ነው። የ6ኛ ክፍል ወይም ከዚያ ያነሰ ትምህርት ካለህ **እና** ለ 35 አመታት ወይም ከዚያ በላይ ከባድ ስራ ያልሰራህ ከሆነ መስራት ከጀመርክ ጀምሮ ያሏቸሁን ስራዎች በሙሉ ይዘርዝሩ። ተጨማሪ ቦታ ከፈለጉ፣ ተጨማሪ ገጾችን የጨምሩ ወይም ክፍል 6'ን ይጠቀሙ።

የስራ መደቡ መጠሪያ	የንግዱ አይነት	ከ	ወደ	በሳምንት ውስጥ ያሉ የሥራ ቀናት	የከፍያ መጠን(በሰዓት፣ በቀን፣ በሳምንት፣ በወር፣ ወይም በዓመት)

2A. ከላይ በተጠቀሰው መደበኛ ሥራችን፣ የሚከተሉትን አድርገዋል፡- አዎ አይ

ማሽኖችን፣ መሣሪያዎችን ወይም መሣሪያዎችን ማንኛውንም ዓይነት ተጠቅመዋል? ..... ☐ ☐

ቴክኒካል እውቀትን ወይም ክህሎቶችን ተጠቅመዋል? ..... ☐ ☐

የጻፉት፣ ሪፖርቶችን ያሟሉ ወይም ተመሳሳይ ተግባራትን ፈጽመዋል? ..... ☐ ☐

የመቆጣጠር ሃላፊነት ይኑርዎት፡- ..... ☐ ☐

2B. ሁሉንም አዎ የተባሉ መልሶችን፣ ስለተጠቀሙባቸው የማሽኖች፣ መሳሪያዎች ወይም መሳሪያዎች አይነት እና ያከናወኗቸውን ትክክለኛ ስራዎች ሙሉ መግለጫ፤ የተካተቱት የቴክኒክ እውቀት ወይም ክህሎቶች; ያደረጋችሁት የአጻጻፍ አይነት፣ እና የማንኛውም ሪፖርቶች ባህሪ; እና እርስዎ የሚቆጣጠሩት የሰዎች ብዛት እና የቁጥጥርዎ መጠንን በመስጠት ያብራሩ።

2C. ከታች ያለውን ምርጥ መልስ በማጣራት በተለመደው ቀን፣ መደበኛ የአካል ብቃትዎን እንቅስቃሴ ዓይነት እና መጠን ይግለጹ።

በቀን ምን ያህል ሰዓታት፡- ይራመዳሉ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

ይቆማሉ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

ይቀመጣሉ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

ምን ያህል በተደጋጋሚ፡- ያንሳሉ? ☐ በጭራሽ ☐ አልፎ-አልፎ ☐ በተደጋጋሚ ☐ በቋሚነት

ይደርሳሉ? ☐ በጭራሽ ☐ አልፎ-አልፎ ☐ በተደጋጋሚ ☐ በቋሚነት

ማንሳት እና መሸከም፡- ምን እንዳነሱ እና ምን ያህል ርቀት እንደሄዱ ያብራሩ፡-

ያነሱት ከባዱ ክብደት ምን ያህል ነበረ?

☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ 100 lbs. ☐ ከ 100 lbs በላይ

በተደጋጋሚ ያነሱት ወይም የተሸከሙት ክብደት ምን ያህል ነበር?

☐ እስከ 10 lbs. ☐ እስከ 25 lbs. ☐ እስከ 50 lbs. ☐ እስከ 100 lbs.

ክፍል 6. አስተያየት

1. ቀዳሚ ጥያቄዎችን ለመመለስ ይህንን ክፍል ለተጨማሪ ቦታ ይጠቀሙ። እንዲሁም፣ በአካል ጉዳተኝነት ጥያቄዎ(እንደ ከዚህ ቀደም ያልተዘረዘሩ ስለሌሎች በሽታዎች ወይም ጉዳቶች መረጃ ያሉ) ላይ ውሳኔ ለማድረግ ይጠቅማል ብለው የሚያስቡትን ማንኛውንም ተጨማሪ መረጃ ለመስጠት ይህንን ቦታ ይጠቀሙ።

To be Completed by Interviewer (በጠያቂው የሚሞላ)

2. የይገባኛል ጥያቄ አቅራቢው እንግሊዝኛ ይናገራል? ☐ አዎ ☐ አይ አይ ከሆነ፣ ምን ቋንቋ ነው የሚናገሩት፡-

3. የይገባኛል ጥያቄ አቅራቢው የይገባኛል ጥያቄውን/ዋን ለማስኬድ እርዳታ ያስፈልገዋል/ያስፈልጋታል? ☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የሶስተኛ ወገን ግንኙነትን በገጽ 1 ያጠናቅቁ።

4. የይገባኛል ጥያቄ አቅራቢውን ቃለ መጠይቅ ሲያደርጉ የትኞቹ ችግሮች እንደታዩ ያረጋግጡ።

☐ ማንበብ ☐ መጻፍ ☐ ጥያቄዎችን መመለስ ☐ መስማት
☐ መቀመጥ ☐ መረዳት ☐ እጆችን መጠቀም ☐ መተንፈስ
☐ ማየት ☐ መራመድ ☐ ሌላ(ያብራሩ)፡-

☐ **ምንም አልተስተዋለም**

ከላይ ከተጠቀሱት ነገሮች ውስጥ አንዳቸውም ከተመረጡ፣ ትክክለኛውን ችግር ይግለጹ፡-

5. በመጠባበቅ ላይ ያሉ ማንኛውም/ ወቅታዊ ግምገማዎች አሉ? ☐ አዎ ☐ አይ

☐ አካላዊ፤ ቀን፡- _____

☐ የአዕምሮ ጤና፤ ቀን፡- _____

6. ጠያቂውን ሙሉ በሙሉ ይግለጹት (ለምሳሌ፣ አጠቃላይ ግንባታ፣ ቁመት፣ ክብደት፣ ባህሪ፣ ማንኛውም ከላይ የተጠቀሱትን የሚጨምሩ ወይም የሚጨምሩ ችግሮች)፡-

የቃለ መጠየቅ ጠያቂው ፊርማ	ቀን	የቃለ መጠየቅ ጠያቂው ስም (በጽሁፍ ወይም ፕሪንት)
የቃለ መጠየቅ ጠያቂው የስልክ ቁጥር (እና የአካባቢ ኮድ)		Community Services Office (የማህበረሰብ አገልግሎቶች ጽህፈት ቤት)