# Disability Report (تقرير الإعاقة)

Medical Disability Decision (قرار الإعاقة الطبية)

DSHS 14-144A

تجمع استمارة Disability Report (تقرير الإعاقة)، DSHS 14-144A، المعلومات حول إعاقة العميل، والدليل الطبي، وتاريخ العمل لاستخدامها بواسطة Division of Disability Determination Services (قسم خدمات تحديد الإعاقة، DDDS) لتحديد الإعاقات الطبية.

يقوم Social Service Specialist (أخصائي الخدمات الاجتماعية، SSS)، أو Public Benefits Specialist (أخصائي المزايا العامة، PBS)، أو مدير الحالة متعاقد ببدء نموذج DSHS 14-144A. ويجب على الموظفين المخصصين التأكد من تسجيل Community Service Office (مكتب خدمات المجتمع، CSO) ورقم الهاتف في النموذج. ضع علامة على الصندوق المناسب للإشارة إلى أن قرار الإعاقة المطلوب مخصص لـ Non-Grant Medical Assistance (مساعدة طبية من غير منحة، NGMA) أو Disabilities Healthcare for Workers with (رعاية صحية للعاملين ذوي الإعاقة، HWD). أضف الاستمارة المكتملة إلى حزمة قرار الإعاقة.

1. يقوم الموظف المختص بإكمال بيانات العنوان لتوضيح اسم العميل، ورقم Social Security Number (رقم الضمان الاجتماعي، SSN)، والحالة المُسببة للإعاقة.

2. يمكن للموظف المختص مساعدة العميل في استكمال الجزء 1 - معلومات عن حالتك. ولا يُشترط أن تكون التواريخ دقيقة، لكن يجب أن توضح الشهر والسنة.

3. يمكن للموظف المختص مساعدة العميل في ملء الجزء 2 - والذي يتضمن معلومات عن سجلاته الطبية. ومن المهم ذكر أسماء الأطباء ومصادر العلاج بأكبر قدر ممكن من الشمول.

4. يمكن للموظف المختص مساعدة العميل في ملء الجزء 3 - قائمة الأدوية، وينبغي على SSS أو PBS مراجعة المعلومات للتأكد من أن قائمة أدوية العميل مكتملة قدر الإمكان.

5. قد يساعد الموظف المختص العميل في استكمال الجزء 4 - معلومات عن تعليمك، ينبغي توضيح ما إذا كانت صفوف المدرسة صفوف تعليم خاص.

6. يمكن للموظف المختص مساعدة العميل في ملء الجزء 5 - معلومات عن العمل الذي قمت به. لا ينبغي ذكر أسماء أصحاب العمل كل على حدة، بل يقتصر الأمر على نوع النشاط التجاري.

7. يجوز للموظف المختص مساعدة العميل في ملء البند 1 من الجزء 6 - الملاحظات. أما البنود من 2 إلى 6 فيجب أن يملأها موظفو SSS أو PBS.

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

# Disability Report (تقرير الإعاقة)

Medical Disability Decision (قرار الإعاقة الطبية)

طلب من أجل:

☐ Non-Grant Medical Assistance (مساعدة طبية من غير منحة، NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities (الرعاية الصحية للعاملين ذوي الإعاقة، HWD)

يتم استكمال هذا النموذج بواسطة أخصائي الخدمات الاجتماعية في DSHS أو أخصائي المزايا العامة أو مدير الحالة المتعاقد، وذلك أثناء مقابلة مع مقدم الطلب أو ممثله. **يرجى طباعة جميع العناصر أو كتابتها بالكمبيوتر أو كتابتها يدويًا والإجابة عليها كلها بقدر استطاعتك. أجب على جميع الأسئلة. تساعد الإجابات الكاملة في معالجة الطلب. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر للإجابة على أي من الأسئلة في الاستمارة، اذهب إلى الجزء 6 أو أرفق أوراقًا.**

| 1. اسم مقدم الطلب / اسم الشهرة | 2. Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي) | رقم الهاتف (ورمز المنطقة) |
|---|---|---|
| | | |

| 4. الطرف الثالث للتواصل | الاسم | رقم الهاتف (ورمز المنطقة) |
|---|---|---|
| | العنوان | |

5. ما هي الحالة المسببة للإعاقة؟ صِف بإيجاز الإصابة أو المرض الذي يمنعك من العمل.

## جزء 1. معلومات حول حالتك

1. في أي تاريخ بدأت حالتك تسبب لك الضيق؟ _____
الشهر / اليوم / السنة

| | نعم | لا |
|---|---|---|
| 2A. هل عملت بعد التاريخ الموضح في العنصر رقم 1 أعلاه؟ إذا أجبت بـ **لا**، اذهب إلى3A و3B أدناه. | ☐ | ☐ |
| 2B. **إذا أجبت بنعم على 2A**، هل سببت لك حالتك تغييرًا في: | | |
| عملك أو مهام وظيفتك؟ | ☐ | ☐ |
| ساعات عملك؟ | ☐ | ☐ |
| حضورك؟ | ☐ | ☐ |
| أي شيء آخر بخصوص عملك؟ | ☐ | ☐ |

2C. **إذا أجبت بنعم على أي من العناصر في 2B** وضّح ماذا كانت التغييرات في بيئة عملك وتاريخ حدوثها وكيف تسببت حالتك في جعل تلك التغييرات ضرورية:

3A. متى بدأت حالتك تجعلك تتوقف أخيرًا عن العمل؟ _____
الشهر / اليوم / السنة

3B. وضّح كيف تمنعك حالتك الآن من العمل:

## الجزء 2. معلومات حول سجلاتك الطبية

| 1. أدخِل المعلومات التالية حول الطبيب الذي لديه آخر سجلات طبية حول حالتك المسببة للإعاقة: | ☐ **ضع علامة هنا إذا لم تقابل أي طبيب أبدًا بخصوص حالتك المسببة للإعاقة.** |
|---|---|
| اسم الطبيب / العيادة | رقم الهاتف (ورمز المنطقة) |
| العنوان | تاريخ **أول** زيارة لهذا الطبيب |

| | |
|---|---|
| المرض أو الإصابة الذي أجريت فحصًا أو علاجًا من أجلهما | تاريخ **آخر** زيارة لهذا الطبيب |
| نوع العلاج أو الأدوية التي تلقيتها (بمعنى، جراحة وعلاج كيميائي وعلاج بالإشعاع والأدوية التي تأخذها من أجل مرضك أو إصابتك، إذا كانت معروفة. إن لم يكن هناك علاج أو دواء، اكتب **لا يوجد**. | |
| 2. هل قابلت أي أطباء آخرين منذ بدأت حالتك المسببة للإعاقة؟ ☐ نعم ☐ لا<br>**إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عما يلي:** | |
| اسم الطبيب / العيادة | رقم الهاتف (ورمز المنطقة) |
| العنوان | تاريخ **أول** زيارة لهذا الطبيب |
| المرض أو الإصابة الذي أجريت فحصًا أو علاجًا من أجلهما | تاريخ **آخر** زيارة لهذا الطبيب |
| نوع العلاج أو الأدوية التي تلقيتها (بمعنى، جراحة وعلاج كيميائي وعلاج بالإشعاع والأدوية التي تأخذها من أجل مرضك أو إصابتك، إذا كانت معروفة. إن لم يكن هناك علاج أو دواء، اكتب **لا يوجد**. | |
| **إذا قابلت أطباء آخرين منذ حدوث هذا المرض أو هذه الإصابة، أضف صفحات إضافية مع المعلومات المذكورة أعلاه.** | |
| 3. هل تم علاجك في مستشفى من قبل بسبب حالتك المسببة للإعاقة؟ ☐ نعم ☐ لا<br>**إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عما يلي:** | |
| اسم المستشفى | رقم الهاتف (ورمز المنطقة) |
| العنوان | |
| ما تواريخ آخر زيارات لك؟ | |
| المرض أو الإصابة الذي أجريت فحصًا أو علاجًا من أجلهما | |
| نوع العلاج أو الأدوية التي تلقيتها (بمعنى، جراحة وعلاج كيميائي وعلاج بالإشعاع والأدوية التي تأخذها من أجل مرضك أو إصابتك، إذا كانت معروفة. إن لم يكن هناك علاج أو دواء، اكتب **لا يوجد**. | |
| 4. إذا ذهبت من قبل إلى مستشفيات أخرى من أجل مرضك أو إصابتك، أجب عما يلي: | |
| اسم المستشفى | رقم الهاتف (ورمز المنطقة) |
| العنوان | |
| ما تواريخ آخر زيارات لك؟ | |
| المرض أو الإصابة الذي أجريت فحصًا أو علاجًا من أجلهما | |

نوع العلاج أو الأدوية التي تلقيتها (بمعنى، جراحة وعلاج كيميائي وعلاج بالإشعاع والأدوية التي تأخذها من أجل مرضك أو إصابتك، إذا كانت معروفة. إن لم يكن هناك علاج أو دواء، اكتب **لا يوجد**.

**إذا سبق أن ذهبت إلى مستشفيات أخرى أو عيادات من أجل مرضك أو إصابتك، أدرج أسماءها و والتواريخ والأسباب في جزء 6 أو أرفق صفحات إضافية.**

5. هل خضعت لأي من الاختبارات التالية في السنة الماضية؟ ضع علامة حول الصندوق المناسب أدناه، وإذا أجبت بـ"نعم"، أجب عن مكان إجراء الاختبار وتوقيته.

| الاختبار | نعم | لا | أين تم إجراؤه | متى تم إجراؤه |
|---|---|---|---|---|
| رسم القلب | ☐ | ☐ | | |
| أشعة سينية على الصدر | ☐ | ☐ | | |
| أنواع أشعة سينية أخرى (حدد النوع): | ☐ | ☐ | | |
| اختبارات تنفس | ☐ | ☐ | | |
| اختبارات دم | ☐ | ☐ | | |
| أخرى (حددها): | ☐ | ☐ | | |

**جزء 3. قائمة الأدوية**

| اسم الدواء | وُصِف بواسطة (اسم الطبيب) | سبب وصف الدواء |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**إذا كنت تستخدم أدوية أكثر، أرفق صفحات إضافية مع المعلومات الواردة أعلاه.**

**جزء 4. معلومات حول تعليمك**

1. **ما أعلى سنة دراسية أكملتها؟** _____ أي سنة؟ _____

2. هل حضرت مدرسة تجارية أو وظيفية أو تلقيت أي نوع من التدريب الخاص؟ ☐ نعم ☐ لا
**إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عما يلي:**

| نوع المدرسة التجارية أو الوظيفية أو التدريب | التواريخ التقريبية لحضورها |
|---|---|
| | |

هل تم استخدام هذه الدراسة أو هذا التدريب في أي عمل اشتغلته؟

**إذا كان العميل يحضر المدرسة، يُرجى تقديم المعلومات التالية.**

اسم المدرسة وعنوانها ورقم الهاتف

اسم المدرس

**جزء 5. معلومات حول العمل الذي قمت به**

أدرج جميع الوظائف التي اشتغلت فيها في آخر خمس سنوات قبل توقفك عن العمل، بداية من وظيفتك المعتادة. هذا يعني نوع العمل الذي اشتغلته لأطول مدة. إذا كنت قد استكملت التعليم حتى الصف الـ6 أول أقل **و**لم تعمل سوى في وظائف شاقة غير ماهرة لمدة 35 عامًا أو أكثر، أدرج جميع الوظائف التي اشتغلت فيها منذ بداية عملك. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، أرفق صفحات إضافية أو استخدم الجزء 6.

| المسمى الوظيفي | نوع النشاط | من | إلى | الأيام كل أسبوع | نسبة الأجر (في الساعة أو اليوم أو الأسبوع أو السنة) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2A. في وظيفتك المعتادة المدرجة أعلاه، هل قمت بـ: نعم ☐ لا ☐

استخدام الماكينات أو الأدوات أو المعدات من أي نوع؟ ☐ ☐

استخدام معرفة أو مهارات تقنية؟ ☐ ☐

أي نوع من الكتابة أو استكمال التقارير أو أداء مهام مشابهة؟ ☐ ☐

تولي مسؤوليات إشرافية: ☐ ☐

2B. فسّر جميع الإجابات بنعم عبر تقديم وصف كامل لـ: أنواع الماكينات أو الأدوات أو المعدات التي استخدمتها والعمليات المحددة التي قمت بها؛ المعرفة أو المهارات الفنية المستخدمة؛ نوع الكتابة الذي قمت به وطبيعة أي تقارير؛ وعدد الأشخاص الذين أشرفت عليهم ونطاق إشرافك.

2C. صِف نوع النشاط الجسدي ومقداره الذي كان في وظيفتك المعتادة خلال يوم معتاد عبر التحقق من الإجابات المدرجة أدناه.

كم استغرقت من الساعات في اليوم في: المشي؟ ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8

الوقوف؟ ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8

الجلوس؟ ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8

ماذا كان المعدل اليومي لقيامك بـ: الانحناء؟ ☐ مطلقًا ☐ أحيانًا ☐ بصورة متكررة ☐ باستمرار

الامتداد؟ ☐ مطلقًا ☐ أحيانًا ☐ بصورة متكررة ☐ باستمرار

الحمل والرفع: صِف ما كان يتم رفعه ومسافة حمله:

ما أثقل وزن حملته؟

☐ 10 أرطال ☐ 20 رطلًا ☐ 50 رطلًا ☐ 100 رطل ☐ أكثر من 100 رطل

ما الوزن الذي رفعته أو حملته بصورة متكررة؟

☐ حتى 10 أرطال ☐ حتى 25 رطلًا ☐ حتى 50 رطلًا ☐ حتى 100 رطل

## جزء 6. الملاحظات

1. استخدم هذا القسم ليكون مساحة إضافية للإجابة على أي أسئلة سابقة. واستخدم هذه المساحة أيضًا لإعطاء أي معلومات إضافية ترى أنها قد تكون مفيدة في اتخاذ قرار بشأن طلب الإعاقة الخاص بك (مثل معلومات حول أمراض أخرى أو إصابات غير مدرجة في السابق).

## To be Completed by Interviewer (يتم استكماله بواسطة القائم بالمقابلة)

2. هل يتحدث مقدم الطلب هذا الإنجليزية؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بلا، ما اللغات الذي يتحدثها/تتحدثها:

3. هل يحتاج مقدم الطلب إلى مساعدة في معالجة طلبه أو طلبها؟ ☐ نعم ☐ لا
**إذا كانت الإجابة بنعم، استكمل الطرف الثالث للاتصال في صفحة 1.**

4. ضع علامة حول أي من الصعوبات الواردة أدناه، إن وُجِدت، مما تم ملاحظته أثناء مقابلة مقدم الطلب.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ القراءة | ☐ الكتابة | ☐ إجابة الأسئلة | ☐ الاستماع |
| ☐ الجلوس | ☐ الفهم | ☐ استخدام اليدين | ☐ التنفس |
| ☐ الرؤية | ☐ السير | ☐ غير ذلك (حدده): | |

☐ **لم يتم ملاحظة أي صعوبات**

إذا تم وضع علامة حول أي من العناصر، صِف الصعوبة المحددة القائمة:

5. أي تقييمات ABD معلقة / حالية؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ جسدية؛ التاريخ: _____

☐ صحة ذهنية؛ التاريخ: _____

6. صِف مقدم الطلب وصفًا كاملًا (على سبيل المثال، البنية الكلية، الطول، الوزن، السلوك، أي صعوبات تضيف أو تكمل تلك الواردة أعلاه):

| | | |
|---|---|---|
| توقيع القائم بالمقابلة | التاريخ | اسم القائم بالمقابلة (مكتوبًا بالكمبيوتر أو مطبوعًا) |
| رقم هاتف القائم بالمقابلة (ورمز المنطقة) | | Community Services Office<br>(مكتب الخدمات المجتمعية) |