Disability Report (Rapport sur les personnes handicapées)
Medical Disability Decision (Décision sur la déficience médicale)
DSHS 14-144A

Le formulaire de Rapport sur les personnes handicapées, DSHS 14-144A, rassemble des informations sur le handicap d'un client, les preuves médicales et les antécédents professionnels, qui seront utilisées par la Division of Disability Determination Services (Division des services de détermination du handicap, DDDS) pour déterminer la déficience médicale.

Le Social Service Specialist (Spécialiste du service social, SSS), le Public Benefits Specialist (Spécialiste des prestations publiques, PBS) ou le gestionnaire de cas sous contrat remplit le formulaire DSHS 14-144A. Le personnel désigné doit s'assurer que le Community Service Office (Bureau de service communautaire, CSO) et son numéro de téléphone figurent sur le formulaire. Cochez la case appropriée pour indiquer que la décision sur la déficience demandée concerne la Non-Grant Medical Assistance (Assistance médicale non subventionnée, NGMA) ou les Healthcare for Workers with Disabilities (Soins de santé pour les travailleurs handicapés, HWD). Ajouter le formulaire rempli au dossier de décision sur la déficience.

1. Le personnel désigné remplit l'en-tête en indiquant le nom, le Social Security Number (Numéro de sécurité sociale, SSN) et l'état invalidant du client.

2. Le personnel désigné peut aider le client à remplir la Partie 1 - Informations sur votre état de santé. Les dates ne doivent pas nécessairement être exactes, mais doivent correspondre au mois et à l'année.

3. Le personnel désigné peut aider le client à remplir la Partie 2 - Renseignements sur vos dossiers médicaux. Il est important d'identifier les médecins et les sources de traitement de la manière la plus complète possible.

4. Le personnel désigné peut aider le client à remplir la Partie 3 – Liste des médicaments. Le SSS ou le PBS doit examiner les informations pour s'assurer que la liste des médicaments du client est aussi exhaustive que possible.

5. Le personnel désigné peut aider le client à remplir la Partie 4 - Informations sur votre éducation. Il convient de noter si les cours de l'école étaient des cours d'éducation spécialisée.

6. Le personnel désigné peut aider le client à remplir la Partie 5 - Informations sur le travail que vous avez exercé. Vous devez mentionner uniquement le type d'activités, et pas les employeurs individuels.

7. Le personnel désigné peut aider le client à remplir le point 1 de la Partie 6 -Remarques. Les points 2 à 6 doivent être remplis par le personnel du SSS ou du PBS.

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Disability Report (Rapport sur les personnes handicapées)

Medical Disability Decision
(Décision sur la déficience médicale)

La demande porte sur :

☐ Non-Grant Medical Assistance (Assistance médicale non subventionnée, NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities (Soins de santé pour les travailleurs handicapés, HWD)

Ce formulaire est rempli par un agent des services sociaux du DSHS, un spécialiste des prestations sociales ou un gestionnaire de dossier sous contrat, lors d'un entretien avec le demandeur ou son représentant. **Veuillez écrire clairement en lettres moulées ou dactylographiées et répondez à toutes les questions au mieux de vos capacités. Répondez à toutes les questions. Les réponses complètes facilitent le traitement de la demande. Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre à l'une des questions du formulaire, passez à la partie 6 ou joignez des feuilles supplémentaires.**

1. Nom / pseudonyme du demandeur	2. Numéro de sécurité sociale	Numéro de téléphone (et indicatif régional)

4. Contact tiers	Nom	Numéro de téléphone (et indicatif régional)
	Adresse	

5. Quel est votre état invalidant ? Décrivez brièvement la blessure ou la maladie qui vous empêche de travailler.

Partie 1. Informations sur votre état de santé

1. À quelle date votre état de santé vous a-t-il gêné pour la première fois ? _____
Mois / Jour / Année

	Oui	Non
2A. Avez-vous travaillé après la date indiquée au point 1 ci-dessus ? Si votre réponse est **Non**, passez aux points 3A et 3B. ci-dessous.	☐	☐
2B. **Si votre réponse au point 2A est affirmative,** votre état de santé vous a-t-il amené à changer :		
Votre travail ou vos tâches ?	☐	☐
Vos heures de travail ?	☐	☐
Votre assiduité ?	☐	☐
Autre chose à propos de votre travail ?	☐	☐

2C. **Si votre réponse à un élément du point 2B est affirmative,** indiquez quels ont été les changements dans vos conditions de travail, les dates auxquelles ils se sont produits et comment votre état de santé a rendu ces changements nécessaires :

3A. Quand votre état de santé vous a-t-il finalement contraint à cesser de travailler ? _____
Mois / Jour / Année

3B. Précisez en quoi votre état de santé vous empêche désormais de travailler :

Partie 2. Informations sur vos dossiers médicaux

1. Saisissez les informations suivantes concernant le médecin qui dispose des dossiers médicaux les plus récents concernant votre état invalidant :	☐ **Cochez cette case si vous n'avez jamais consulté de médecin pour votre état invalidant.**
Nom du médecin / Clinique	Numéro de téléphone (et indicatif régional)

Adresse	Date de la **première** consultation avec ce médecin
Maladie ou blessure pour laquelle vous avez subi un examen ou un traitement	Date de la **dernière** consultation avec ce médecin
Type de traitement ou de médicaments reçus (par exemple, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, et les médicaments que vous prenez pour votre maladie ou votre blessure, si vous les connaissez). Si vous n'avez reçu ni traitement ni médicament, écrivez **aucun**.	
2. Avez-vous consulté d'autres médecins depuis le début de votre état de santé invalidant ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui, répondez à ce qui suit :**	
Nom du médecin / Clinique	Numéro de téléphone (et indicatif régional)
Adresse	Date de la **première** consultation avec ce médecin
Maladie ou blessure pour laquelle vous avez subi un examen ou un traitement	Date de la **dernière** consultation avec ce médecin
Type de traitement ou de médicaments reçus (par exemple, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, et les médicaments que vous prenez pour votre maladie ou votre blessure, si vous les connaissez). Si vous n'avez reçu ni traitement ni médicament, écrivez **aucun**.	
Si vous avez consulté d'autres médecins depuis le début de cette maladie ou cet accident, veuillez joindre des pages supplémentaires contenant les informations ci-dessus.	
3. Avez-vous été traité dans un hôpital pour votre état de santé invalidant ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui, répondez à ce qui suit :**	
Nom de l'hôpital	Numéro de téléphone (et indicatif régional)
Adresse	
Quelles ont été les dates de vos visites ?	
Maladie ou blessure pour laquelle vous avez subi un examen ou un traitement	
Type de traitement ou de médicaments reçus (par exemple, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, et les médicaments que vous prenez pour votre maladie ou votre blessure, si vous les connaissez). Si vous n'avez reçu ni traitement ni médicament, écrivez **aucun**.	
4. Si vous avez séjourné dans d'autres hôpitaux pour votre maladie ou votre blessure, répondez à ce qui suit :	
Nom de l'hôpital	Numéro de téléphone (et indicatif régional)
Adresse	

Quelles ont été les dates de vos visites ?
Maladie ou blessure pour laquelle vous avez subi un examen ou un traitement
Type de traitement ou de médicaments reçus (par exemple, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, et les médicaments que vous prenez pour votre maladie ou votre blessure, si vous les connaissez). Si vous n'avez reçu ni traitement ni médicament, écrivez **aucun**.

Si vous avez séjourné dans d'autres hôpitaux ou cliniques pour votre maladie ou votre blessure, indiquez les noms, les dates et les raisons dans la partie 6 ou joignez des pages supplémentaires.

5. Avez-vous subi l'un des tests suivants au cours de l'année écoulée ? Cochez la case appropriée ci-dessous et, si vous répondez « oui », indiquez où et quand le test a été effectué.

Test	Oui	Non	Effectué où	Effectué quand
Électrocardiogramme	☐	☐		
Radiographie pulmonaire	☐	☐		
Autre radiographie (préciser le type) :	☐	☐		
Tests respiratoires	☐	☐		
Tests sanguins	☐	☐		
Autre (préciser) :	☐	☐		

Partie 3. Liste des médicaments

Nom du médicament	Prescrit par (nom du médecin)	Raison de la prise de médicaments

Si vous utilisez plus de médicaments, joignez des pages supplémentaires avec les informations ci-dessus.

Partie 4. Informations sur votre éducation

1. **Quel est le niveau scolaire le plus élevé que vous ayez atteint ?** _____ Quelle année ? _____
2. Avez-vous appris un métier ou suivi une école professionnelle ou avez-vous bénéficié d'une formation spécialisée ? ☐ Oui ☐ Non
   Si oui, répondez à ce qui suit :

Type de métier ou d'école professionnelle ou formation	Dates approximatives
Comment cet enseignement ou cette formation ont-ils été utiles dans le cadre de votre travail ?	

Si le client est scolarisé, veuillez fournir les informations suivantes.
Nom, adresse et numéro de téléphone de l'école
Nom de la personne enseignante

Partie 5. Informations sur le travail que vous avez exercé

Citez tous les emplois que vous avez occupés au cours des cinq dernières années avant de cesser de travailler, en commençant par votre travail habituel. Il s'agit du type de travail que vous avez effectué le plus longtemps. Si votre scolarité s'est arrêtée en 6e année ou moins **et** que vous n'avez effectué que des travaux musculaires non qualifiés pendant 35 ans ou plus, énumérez tous les emplois que vous avez occupés depuis que vous avez commencé à travailler. Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez des pages supplémentaires ou utilisez la partie 6.

Intitulé du poste	Type de métier	De	À	Jours par semaine	Taux de rémunération (par heure, jour, semaine, mois ou année)

2A. Dans le cadre de votre travail habituel mentionné ci-dessus, avez-vous :

	Oui	Non
Utilisé des machines, des outils ou des équipements de toute nature ?.....	☐	☐
Utilisé des connaissances ou des compétences techniques ?	☐	☐
Rédigé des textes, rempli des rapports ou effectué des tâches similaires ?.....	☐	☐
Assumé des responsabilités de supervision :	☐	☐

2B. Expliquez toutes les réponses affirmatives en donnant une description complète : des types de machines, d'outils ou d'équipements que vous avez utilisés et de l'opération exacte que vous avez effectuée ; des connaissances ou des compétences techniques requises ; du type de rédaction que vous avez effectué et de la nature des rapports ; du nombre de personnes que vous avez supervisées et de l'étendue de votre supervision.

2C. Décrivez le type et la quantité d'activité physique que votre travail habituel implique au cours d'une journée type en cochant la meilleure réponse ci-dessous.

Combien d'heures par jour deviez-vous : Marcher ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Rester debout ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Rester assis ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

À quelle fréquence quotidienne deviez-vous : Vous courber ? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Fréquemment ☐ Constamment

Vous étirer ? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Fréquemment ☐ Constamment

Levage et transport : décrivez la charge soulevée et la distance parcourue :

Quel est le poids le plus lourd que vous ayez soulevé ?
☐ 5 kg. ☐ 10 kg. ☐ 23 kg. ☐ 45 kg. ☐ Plus de 45 kg.

Quel était le poids que vous souleviez ou portiez fréquemment ?
☐ Jusqu'à 5 kg. ☐ Jusqu'à 11 kg. ☐ Jusqu'à 23 kg. ☐ Jusqu'à 45 kg.

Partie 6. Remarques

1. Utilisez cette section comme espace supplémentaire pour répondre aux questions précédentes. Utilisez également cet espace pour donner toute information supplémentaire que vous jugez utile à la prise de décision concernant votre demande de prestations d'invalidité (par exemple, des informations sur d'autres maladies ou blessures qui n'ont pas été mentionnées précédemment).

To be Completed by Interviewer (À remplir par l'enquêteur (enquêtrice))

2. Le demandeur (la demandeuse) parle-t-il (elle) anglais ? ☐ Oui ☐ Non Si non, parle-t-il (elle) :
3. Le demandeur (la demandeuse) a-t-il (elle) besoin d'aide pour traiter sa demande ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui, compléter le contact tiers à la page 1.**
4. Cochez les difficultés ci-dessous, le cas échéant, qui ont été observées lors de l'entretien avec le demandeur (la demandeuse).

   ☐ Lecture ☐ Écriture ☐ Réponse aux questions ☐ Écoute
   ☐ Position assise ☐ Compréhension ☐ Utilisation des mains ☐ Respiration
   ☐ Vision ☐ Marche ☐ Autre (préciser) :
   ☐ **Aucune difficulté observée**

   Si l'un des points ci-dessus a été coché, décrivez précisément la difficulté rencontrée :

5. Y a-t-il des évaluations ABD en cours ou en attente ? ☐ Oui ☐ Non
   ☐ Physique ; date : _____
   ☐ Santé mentale ; date : _____
6. Décrivez en détail le demandeur (la demandeuse) (par exemple, sa corpulence, sa taille, son poids, son comportement, toutes les difficultés qui complètent celles mentionnées ci-dessus) :

Signature de l'enquêteur (enquêtrice)	Date	Nom de l'enquêteur (enquêtrice) (à la machine ou en lettres moulées)
Numéro de téléphone (et indicatif régional) de l'enquêteur (enquêtrice)		Community Services Office (Bureau des services communautaires)