Disability Report (विकलांगता रिपोर्ट)

Medical Disability Decision (चिकित्सीय विकलांगता निर्णय)
DSHS 14-144A

Disability Report (विकलांगता रिपोर्ट) फॉर्म, DSHS 14-144A, चिकित्सीय विकलांगता के निर्धारण में Division of Disability Determination Services (विकलांगता निर्धारण सेवा प्रभाग, DDDS) द्वारा उपयोग के लिए ग्राहक की विकलांगता, चिकित्सा साक्ष्य और कार्य इतिहास के बारे में जानकारी एकत्र करता है।

The Social Service Specialist (सामाजिक सेवा विशेषज्ञ, SSS) या Public Benefits Specialist (सार्वजनिक लाभ विशेषज्ञ, PBS) या अनुबंधित केस प्रबंधक DSHS 14-144A शुरू करते हैं। निर्दिष्ट कर्मचारी को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि फॉर्म पर Community Service Office (सामुदायिक सेवा कार्यालय, CSO), और टेलीफोन नंबर नोट किया गया है। यह दर्शाने के लिए कि अनुरोधित विकलांगता निर्णय Healthcare for Workers with Disabilities (विकलांग श्रमिकों के लिए स्वास्थ्य देखभाल, HWD) या Non-Grant Medical Assistance (गैर-अनुदान चिकित्सा सहायता , NGMA) के लिए है, संबंधित बॉक्स पर निशान लगाएं। भरे हुए फॉर्म को विकलांगता निर्णय पैकेट में जोड़ें।

1. क्लाइंट का नाम, Social Security Number (सामाजिक सुरक्षा नंबर, SSN) और विकलांगता की स्थिति को निर्दिष्ट करने के लिए, निर्दिष्ट कर्मचारी शीर्षक को पूरा करता है।

2. निर्दिष्ट कर्मचारी भाग 1 - आपकी स्थिति के बारे में जानकारी को पूरा करने में ग्राहक की सहायता कर सकते हैं। तारीखों का सटीक होना जरूरी नहीं है, लेकिन उनमें महीना और साल दिखना चाहिए।

3. निर्दिष्ट कर्मचारी ग्राहक को भाग 2 - आपके मेडिकल रिकॉर्ड के बारे में जानकारी को पूरा करने में सहायता कर सकते हैं। यथासंभव चिकित्सकों और उपचार स्रोतों की पहचान करना महत्वपूर्ण है।

4. निर्दिष्ट कर्मचारी भाग 3 - दवा सूची को पूरा करने में ग्राहक की सहायता कर सकते हैं। SSS या PBS को जानकारी की समीक्षा करनी चाहिए ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि ग्राहक की दवा सूची यथासंभव पूर्ण है।

5. निर्दिष्ट कर्मचारी भाग 4 - आपकी शिक्षा के बारे में जानकारी को पूरा करने में ग्राहक की सहायता कर सकते हैं। इस बात पर ध्यान दिया जाना चाहिए कि क्या स्कूल की कक्षाएं विशेष शिक्षा कक्षाएं थीं।

6. निर्दिष्ट कर्मचारी भाग 5 - आपके द्वारा किए गए कार्य के बारे में जानकारी को पूरा करने में ग्राहक की सहायता कर सकते हैं। व्यक्तिगत नियोक्ताओं को सूचीबद्ध नहीं किया जाना चाहिए, केवल व्यवसाय के प्रकार को सूचीबद्ध किया जाना चाहिए।

7. निर्दिष्ट कर्मचारी ग्राहक को भाग 6 में आइटम 1 - टिप्पणियां पूरा करने में सहायता कर सकते हैं। आइटम 2 से 6 SSS या PBS कर्मचारियों द्वारा पूरा किया जाना चाहिए।

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Disability Report
(विकलांगता रिपोर्ट)
Medical Disability Decision
(चिकित्सीय विकलांगता निर्णय)

अनुरोध निम्न के लिए है:
☐ Non-Grant Medical Assistance (गैर अनुदान चिकित्सा सहायता, NGMA)
☐ Healthcare for Workers with Disabilities (विकलांग श्रमिकों के लिए स्वास्थ्य देखभाल, HWD)

यह फॉर्म DSHS सामाजिक सेवाओं, सार्वजनिक लाभ विशेषज्ञों या अनुबंधित केस प्रबंधक द्वारा दावेदार या दावेदार के प्रतिनिधि के साथ एक साक्षात्कार के दौरान पूरा किया जाता है। **कृपया प्रिंट करें, टाइप करें या स्पष्ट रूप से लिखें और अपनी सर्वोत्तम क्षमता के अनुसार सभी प्रश्नों का उत्तर दें। <u>सभी प्रश्नों के उत्तर दें</u>. संपूर्ण उत्तर दावे पर कार्रवाई करने में मदद करते हैं। यदि आपको फॉर्म में किसी प्रश्न का उत्तर देने के लिए अधिक स्थान की आवश्यकता है, तो भाग 6 पर जाएँ या शीट संलग्न करें।**

1. दावेदार का नाम / उपनाम	2. सामाजिक सुरक्षा संख्या	टेलीफोन नंबर (और क्षेत्र कोड)
4. तृतीय पक्ष संपर्क — नाम		टेलीफोन नंबर (और क्षेत्र कोड)
पता		

5. आपकी अक्षमता की स्थिति क्या है? उस चोट या बीमारी का संक्षेप में वर्णन करें जो आपको काम करने से रोकती है।

भाग 1. आपकी स्थिति के बारे में जानकारी

1. आपकी स्थिति ने सबसे पहले आपको किस तारीख को परेशान किया? _____
महीना / दिन / साल

	हां	नहीं
2A. क्या आपने ऊपर आइटम 1 में दर्शाई गई तारीख के बाद काम किया? यदि आपका उत्तर **नहीं** है, तो नीचे 3A और 3B पर जाएं।	☐	☐
2B. **यदि आपने 2A का उत्तर हां में दिया है,**तो क्या आपकी स्थिति के कारण आपमें बदलाव आया है:		
आपका कार्य या कार्य कर्तव्य?	☐	☐
आपके काम के घंटे?	☐	☐
आपकी उपस्थिति?	☐	☐
आपके काम के बारे में और कुछ?	☐	☐

2C. **यदि आपने 2B में किसी भी आइटम का उत्तर हां में दिया है,**तो बताएं कि आपके कार्य परिस्थितियों में क्या परिवर्तन हुए, वे कब हुए, और आपकी स्थिति ने इन परिवर्तनों को कैसे आवश्यक बना दिया:

3A. आपकी स्थिति के कारण आपको अंततः कब काम करना बंद करना पड़ा? _____
महीना/दिन/वर्ष

3B. बताएं कि अब आपकी स्थिति किस प्रकार आपको काम करने से रोकती है:

भाग 2. आपके मेडिकल रिकॉर्ड के बारे में जानकारी

1. उस डॉक्टर के बारे में निम्नलिखित जानकारी दर्ज करें जिसके पास आपकी विकलांगता की स्थिति के बारे में नवीनतम मेडिकल रिकॉर्ड हैं:	☐ **यदि आपने अपनी विकलांगता की स्थिति के लिए कभी किसी डॉक्टर को नहीं देखा है तो यहां देखें।**
डॉक्टर का नाम / क्लिनिक	टेलीफोन नंबर (और क्षेत्र कोड)
पता	जिस तारीख को आपने **<u>पहली</u>** बार इस डॉक्टर को दिखाया था

बीमारी या चोट जिसके लिए आपकी जांच या इलाज कराया गया हो	जिस तारीख को आपने **आखरी** बार इस डॉक्टर को दिखाया था
उपचार या प्राप्त दवाओं का प्रकार (जैसे, सर्जरी, कीमोथेरेपी, विकिरण, और आपकी बीमारी या चोट के लिए आपके द्वारा ली जाने वाली दवाएं, यदि ज्ञात हो)। अगर कोई इलाज या दवा न हो तो कुछ भी **नहीं** लिखें	
2. क्या आपने अपनी विकलांगता की स्थिति शुरू होने के बाद से किसी अन्य डॉक्टर को दिखाया है? ☐ हां ☐ नहीं **यदि हां, तो निम्नलिखित का उत्तर दें:**	
डॉक्टर का नाम / क्लिनिक	टेलीफोन नंबर (और क्षेत्र कोड)
पता	जिस तारीख को आपने **पहली** बार इस डॉक्टर को दिखाया था
बीमारी या चोट जिसके लिए आपकी जांच या इलाज कराया गया हो	जिस तारीख को आपने **आखरी** बार इस डॉक्टर को दिखाया था
उपचार या प्राप्त दवाओं का प्रकार (जैसे, सर्जरी, कीमोथेरेपी, विकिरण, और आपकी बीमारी या चोट के लिए आपके द्वारा ली जाने वाली दवाएं, यदि ज्ञात हो)। अगर कोई इलाज या दवा न हो तो कुछ भी **नहीं** लिखें	
यदि इस बीमारी या चोट के बाद आपने अतिरिक्त डॉक्टरों को दिखाया है, तो उपरोक्त जानकारी के साथ अतिरिक्त पेज संलग्न करें।	
3. क्या आपकी विकलांगता की स्थिति के लिए किसी अस्पताल में इलाज कराया गया है? ☐ हाँ ☐ नहीं **यदि हां, तो निम्नलिखित का उत्तर दें:**	
अस्पताल का नाम	टेलीफोन नंबर (और क्षेत्र कोड)
पता	
आपकी यात्रा की तारीखें क्या थीं?	
बीमारी या चोट जिसके लिए आपकी जांच या इलाज कराया गया हो	
उपचार या प्राप्त दवाओं का प्रकार (जैसे, सर्जरी, कीमोथेरेपी, विकिरण, और आपकी बीमारी या चोट के लिए आपके द्वारा ली जाने वाली दवाएं, यदि ज्ञात हो)। अगर कोई इलाज या दवा न हो तो कुछ भी **नहीं** लिखें	
4. यदि आप अपनी बीमारी या चोट के लिए अन्य अस्पतालों में गए हैं, तो निम्नलिखित उत्तर दें:	
अस्पताल का नाम	टेलीफोन नंबर (और क्षेत्र कोड)
पता	

आपकी यात्रा की तारीखें क्या थीं?
बीमारी या चोट जिसके लिए आपकी जांच या इलाज कराया गया हो
उपचार या प्राप्त दवाओं का प्रकार (जैसे, सर्जरी, कीमोथेरेपी, विकिरण, और आपकी बीमारी या चोट के लिए आपके द्वारा ली जाने वाली दवाएं, यदि ज्ञात हो)। अगर कोई इलाज या दवा न हो तो कुछ भी **नहीं** लिखें

यदि आप अपनी बीमारी या चोट के लिए अन्य अस्पतालों या क्लीनिकों में गए हैं, तो भाग 6 में नाम, तारीखें और कारण सूचीबद्ध करें या अतिरिक्त पेज संलग्न करें।

5. क्या आपने पिछले वर्ष निम्नलिखित में से कोई परीक्षण कराया था? नीचे उपयुक्त बॉक्स को चेक करें और, यदि आप "हाँ" उत्तर देते हैं, तो बताएं कि परीक्षण कहाँ और कब किया गया था।

परीक्षण	हाँ	नहीं	कहां किया गया	कब किया
इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम	☐	☐		
छाती का एक्स-रे	☐	☐		
अन्य एक्स-रे (प्रकार बताएं):	☐	☐		
श्वास परीक्षण	☐	☐		
रक्त परीक्षण	☐	☐		
अन्य (स्पष्ट करें):	☐	☐		

भाग 3. दवा सूची

दवा का नाम	द्वारा निर्धारित (डॉक्टर का नाम)	दवा लेने का कारण

यदि आप अधिक दवाओं का उपयोग करते हैं, तो उपरोक्त जानकारी के साथ अतिरिक्त पेज संलग्न करें।

भाग 4. आपकी शिक्षा के बारे में जानकारी

1. **आपने स्कूल में कौन सी उच्चतम कक्षा पूरी की है?** _____ कौन से साल? _____
2. क्या आप व्यापार या व्यावसायिक स्कूल गए हैं या किसी प्रकार का विशेष प्रशिक्षण प्राप्त किया है? ☐ हां ☐ नहीं
   यदि हां, तो निम्नलिखित का उत्तर दें:

व्यापार या व्यावसायिक स्कूल या प्रशिक्षण का प्रकार	आपके द्वारा उपस्थित होने की अनुमानित तिथियाँ

आपके द्वारा किए गए किसी भी कार्य में इस स्कूली शिक्षा या प्रशिक्षण का उपयोग कैसे किया गया है?

यदि क्लायंट स्कूल जाता है, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें।

स्कूल का नाम, पता और फ़ोन नंबर

शिक्षक का नाम

भाग 5. आपके द्वारा किए गए कार्य के बारे में जानकारी

अपने सामान्य जॉब्स से शुरू करते हुए, पिछले पांच वर्षों में आपने जो भी जॉब्स किये, उनकी सूची बनाएँ। इसका मतलब यह है कि आपने सबसे ज्यादा समय तक किस तरह का काम किया। यदि आपकी शिक्षा 6वीं कक्षा या उससे कम है **और** आपने 35 साल या उससे अधिक समय तक केवल भारी अकुशल श्रम किया है, तो काम करना शुरू करने के बाद से आपके पास मौजूद सभी जॉब्स की सूची बनाएं। यदि आपको अधिक स्थान की आवश्यकता है, तो या तो अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें या भाग 6 का उपयोग करें।

जॉब टाइटल	बिज़नेस का प्रकार	यहां से	यहां तक	प्रति सप्ताह दिन	वेतन की दर (प्रति घंटा, दिन, सप्ताह, महीना या वर्ष)

2A. ऊपर सूचीबद्ध आपके सामान्य कार्य में, क्या आपने: हां नहीं

किसी भी प्रकार की मशीनों, औजारों या उपकरणों का उपयोग किया? ..... ☐ ☐

तकनीकी ज्ञान अथवा कौशल का उपयोग किया? ..... ☐ ☐

कोई लेखन कार्य किया, रिपोर्ट पूरी की, या इसी तरह के अन्य कार्य किए? ..... ☐ ☐

पर्यवेक्षी जिम्मेदारियां: ..... ☐ ☐

2B. सभी हाँ उत्तरों को पूर्ण विवरण देकर स्पष्ट करें: आपके द्वारा उपयोग की जाने वाली मशीनों, उपकरणों या उपकरणों के प्रकार और आपके द्वारा किया गया सटीक संचालन; इसमें शामिल तकनीकी ज्ञान या कौशल; आपके द्वारा किया गया लेखन का प्रकार और किसी भी रिपोर्ट का स्वरुप; और आपके द्वारा पर्यवेक्षित लोगों की संख्या और आपके पर्यवेक्षण की सीमा।

2C. नीचे दिए गए सर्वश्रेष्ठ उत्तर की जाँच करके एक सामान्य दिन के दौरान आपके सामान्य कार्य में शामिल शारीरिक गतिविधि के प्रकार और मात्रा का वर्णन करें।

आप प्रतिदिन कितने घंटे करते हैं:
पैदल चलना? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
खड़े रहना? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
बैठना? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

एक दिन में आपने कितनी बार:
झुकते हैं? ☐ कभी नहीं ☐ कभी-कभी ☐ बार-बार ☐ लगातार
पहुँचते हैं? ☐ कभी नहीं ☐ कभी-कभी ☐ बार-बार ☐ लगातार

उठाना और ले जाना: वर्णन करें कि क्या उठाया गया था और इसे कितनी दूर तक ले जाया गया था:

आपके द्वारा उठाया गया सबसे भारी वजन कौन सा था?

☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ 100 lbs. ☐ 100 lbs से अधिक

आप अक्सर कितना वजन उठाते और ले जाते थे?

☐ 10 lbs तक ☐ 25 lbs तक ☐ 50 lbs तक ☐ 100 lbs तक

भाग 6. टिप्पणियाँ

1. पिछले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए अतिरिक्त स्थान के लिए इस अनुभाग का उपयोग करें। साथ ही, इस स्थान का उपयोग कोई भी अतिरिक्त जानकारी देने के लिए करें जो आपको लगता है कि आपके विकलांगता दावे में निर्णय लेने में सहायक होगी (जैसे कि अन्य बीमारियों या चोटों के बारे में जानकारी जो पहले सूचीबद्ध नहीं हैं)।

To be Completed by Interviewer(साक्षात्कारकर्ता द्वारा पूरा किया जाना चाहिए)

2. क्या दावेदार अंग्रेज़ी बोलता है? ☐ हाँ ☐ नहीं यदि नहीं, तो वह कौन सी भाषा बोलता/बोलती है?:

3. क्या दावेदार को अपने दावे पर कार्रवाई करने में सहायता की आवश्यकता है? ☐ हाँ ☐ नहीं
   यदि हाँ, तो पेज 1 पर तृतीय पक्ष संपर्क पूरा करें।

4. जाँच करें कि दावेदार का साक्षात्कार करते समय नीचे दी गई कौन सी कठिनाइयाँ, यदि कोई हों, जो देखी गई हो|

   ☐ पढ़ना ☐ लिखना ☐ सवालों के जवाब देना ☐ सुनना
   ☐ बैठना ☐ समझना ☐ हाथों का उपयोग करना ☐ साँस लेना
   ☐ देखना ☐ पैदल चलना ☐ अन्य (स्पष्ट करें):
   ☐ **कोई देखा नहीं गया**

   यदि उपरोक्त में से किसी भी आइटम को चुना गया हो, तो उसमें शामिल सटीक कठिनाई का वर्णन करें:

5. क्या कोई लंबित/वर्तमान ABD मूल्यांकन है? ☐ हाँ ☐ नहीं
   ☐ शारीरिक; दिनांक: _____
   ☐ मानसिक स्वास्थ्य; दिनांक: _____

6. दावेदार का पूरा वर्णन करें (उदाहरण के लिए, सामान्य शारीरिक गठन, ऊंचाई, वजन, व्यवहार, कोई भी कठिनाई जो ऊपर बताई गई कठिनाइयों को बढ़ाती या पूरक करती है):

साक्षात्कारकर्ता के हस्ताक्षर	दिनांक	साक्षात्कारकर्ता का नाम (टाइप या प्रिंट)
साक्षात्कारकर्ता का टेलीफोन नंबर (और क्षेत्र कोड)		Community Services Office (सामुदायिक सेवा कार्यालय)