Disability Report(장애 보고서)

Medical Disability Decision(의학적 장애 판정)
DSHS 14-144A

장애 보고서 양식 DSHS 14-144A는 고객의 장애, 의학적 증거 및 근로 이력에 대한 정보를 수집하여 Division of Disability Determination Services(장애 판정 서비스부, DDDS)에서 의학적 장애를 판정하는 데 사용합니다.

Social Service Specalist (사회복지 전문인력, SSS), Public Benefits Specialist (공공급여 담당자, PBS) 또는 계약된 사례관리자가 DSHS 14-144A를 작성합니다. 지정된 담당자는 해당 양식에 Community Service Office (지역사회 서비스 사무소, CSO)와 전화번호가 기재되어 있는지 확인해야 합니다. 해당 확인란을 선택하여 요청하는 장애 판정이 Non-Grant Medical Assistance(비보조금 의료 지원, NGMA) 또는 Healthcare for Workers with Disabilities(장애인 근로자 의료 서비스, HWD)에 해당하는지 표시합니다. 작성한 양식을 장애 판정 패킷에 추가합니다.

1. 지정된 담당자는 고객의 이름, Social Security Number (사회보장번호, SSN), 그리고 장애 상태가 표시.

2. 지정된 담당자는 고객이 제1부 '귀하의 상태에 대한 정보'를 작성할 수 있도록 도울 수 있습니다. 날짜는 정확하지 않아도

3. 지정된 담당자는 고객이 제2부 '귀하의 진료기록에 대한 정보'를 작성할 수 있도록 도울 수 있습니다. 의사와 치료 제공처.

4. 지정된 담당자는 고객이 제3부 '복용 약물 목록'을 작성할 수 있도록 도울 수 있습니다. SSS 또는 PBS는 고객의 약물 목록이 가능한 한 완전하게 작성되었는지 확인하기 위해 해당 정보를 검토해야 합니.

5. 지정된 담당자는 고객이 제4부 '귀하의 교육에 대한 정보'를 작성할 수 있도록 도울 수 있습니다. 학교 수업이 특수교육 수.

6. 지정된 담당자는 고객이 제5부 '귀하가 수행한 업무에 대한 정보'를 작성할 수 있도록 도울 수 있습니다. 개별 고용주는 기재하지 말고, 사업의 유형만 기재해야 합니.

7. 지정된 담당자는 제6부 '비고'의 항목 1을 작성할 수 있도록 고객을 도울 수 있습니다. 항목 2부터 6까지는 SSS 또는 PBS 담당.

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Disability Report(장애 보고서)

Medical Disability Decision(의학적 장애 판정)

요청 대상.

☐ Non-Grant Medical Assistance(비보조금 의료 지원, NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities(장애인 근로자 의료 서비스, HWD)

이 양식은 청구인 또는 청구인의 대리인과의 면담 중에 DSHS 사회복지 담당자, 공공급여 담당자 또는 계약 사례관리자가 작성합니다. **정자체, 타이핑, 또는 명확한 글씨체로 작성하고 모든 항목에 최선을 다해 답변해 주세요. 모든 질문에 답하세요. 상세하게 작성한 답변은 청구 사항을 처리하는데 도움이 됩니다. 양식의 질문에 답변할 공간이 더 필요한 경우 파트 6으로 이동하거나 양식서를 첨부하세요.**

1. 청구인 이름 / 가명	2. 사회보장번호	전화번호(및 지역 번호)

4. 연락 가능한 타인 연락처	이름	전화번호(및 지역 번호)
	주소	

5. 어떤 장애 상태인가요? 일을 할 수 없는 이유가 된 부상이나 질병에 대해 간략하게 설명하세요.

파트 1. 귀하의 상태 관련 정보

1. 증상이 처음으로 불편하게 느껴진 날짜는 언제인가요? _____
   월 / 일 / 연도

	예	아니요
2A. 위 1번 항목에 기재한 날짜 이후에 근로 활동을 하셨나요? **아니요**로 답한 경우, 아래 3A와 3B로 이동합니다	☐	☐
2B. **2A에 예라고 답한 경우,** 귀하의 상태가 다음과 같은 상황을 야기했나요?		
귀하의 직업 또는 직무를 바꿔야 했나요?	☐	☐
근무 시간을 바꿔야 했나요?	☐	☐
출근 상황을 바꿔야 했나요?	☐	☐
근로 활동 관련 다른 상황을 바꿔야 했나요?	☐	☐

2C. **2B의 항목 중 하나라도 '예'라고 답한 경우,** 근로 활동 환경의 변경 사항, 변경한 날짜, 이러한 변경이 필요하게 된 이유를 설명하세요.

3A. 귀하의 상태로 인해 언제부터 근로 활동을 그만두게 되셨나요? _____
월 / 일 / 연도

3B. 현재 귀하의 상태로 인해 왜 근로 활동을 하지 못하고 있는 이유를 설명하세요.

파트 2. 의료 기록 관련 정보

1. 귀하의 장애 상태에 대한 가장 최근의 의료 기록을 가지고 있는 의사에 대해 다음 정보를 입력하세요.	☐ **장애 상태로 인해 의사의 진료를 받은 적이 없다면 여기에 표시하세요.**
의사 이름 / 병원명	전화번호(및 지역 번호)

주소	**처음으로** 위 의사의 진료를 받은 날짜
검사나 치료를 받은 질병 또는 부상	**마지막으로** 위 의사에게 진료를 받은 날짜
받은 치료 또는 의약품의 유형(예. 수술, 화학 요법, 방사선, 질병이나 부상을 위해 복용한 의약품(알고 있는 경우)). 받은 치료나 약이 없는 경우, **없음**이라고 쓰세요.	
2. 장애 상태가 시작된 이후 다른 의사를 만나본 적이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요 **예라고 답한 경우, 다음에 답하세요.**	
의사 이름 / 병원명	전화번호(및 지역 번호)
주소	**처음으로** 위 의사의 진료를 받은 날짜
검사나 치료를 받은 질병 또는 부상	**마지막으로** 위 의사에게 진료를 받은 날짜
받은 치료 또는 의약품의 유형(예. 수술, 화학 요법, 방사선, 질병이나 부상을 위해 복용한 의약품(알고 있는 경우)). 받은 치료나 약이 없는 경우, **없음**이라고 쓰세요.	
해당 질병이나 부상이 발생한 이후, 추가로 의사의 진찰을 받았다면, 위의 정보가 포함된 양식서 페이지를 추가로 첨부하세요.	
3. 귀하의 장애 상태로 인해 병원에서 치료를 받은 적이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요 **예라고 답한 경우, 다음에 답하세요.**	
병원 이름	전화번호(및 지역 번호)
주소	
방문 날짜는 언제였나요?	
검사나 치료를 받은 질병 또는 부상	
받은 치료 또는 의약품의 유형(예. 수술, 화학 요법, 방사선, 질병이나 부상을 위해 복용한 의약품(알고 있는 경우)). 받은 치료나 약이 없는 경우, **없음**이라고 쓰세요.	
4. 질병이나 부상으로 인해 다른 병원에 입원한 적이 있는 경우 다음에 답하세요.	
병원 이름	전화번호(및 지역 번호)
주소	

방문 날짜는 언제였나요?
검사나 치료를 받은 질병 또는 부상
받은 치료 또는 의약품의 유형(예. 수술, 화학 요법, 방사선, 질병이나 부상을 위해 복용한 의약품(알고 있는 경우)). 받은 치료나 약이 없는 경우, **없음**이라고 쓰세요.

질병이나 부상으로 인해 다른 병원이나 진료소를 방문한 적이 있는 경우, 파트 6에 이름, 날짜 및 사유를 기재하거나 양식서 페이지를 추가로 첨부하세요.

5. 작년에 다음 중 어느 하나에 해당하는 검사를 받은 적이 있나요? 아래에서 해당하는 상자에 표시하고, '예'라고 답한 경우, 검사를 한 장소와 시간을 기재해 주세요.

검사	예	아니요	검사 장소	검사 날짜
심전도	☐	☐		
가슴 엑스레이	☐	☐		
기타 엑스레이 (유형 기재).	☐	☐		
호흡 검사	☐	☐		
혈액 검사	☐	☐		
기타 (기재).	☐	☐		

파트 3. 약물 치료 목록

약물 이름	처방 의사 (의사 이름)	약물 치료 사유

더 많은 종류의 약을 사용한 경우, 위의 정보가 포함된 양식서 페이지를 추가로 첨부하세요.

파트 4. 교육 관련 정보

1. **최종 졸업 학력은 무엇인가요?** _____ 졸업 연도는 언제인가요? _____
2. 실업 학교또는 직업 학교를 다녔거나 특별한 교육을 받은 적이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요
   예라고 답한 경우, 다음에 답하세요.

실업 학교나 직업 학교 또는 받은 교육 유형	대략적인 참석 일수
해당 학교 교육이나 훈련이 어떤 업무에 어떻게 활용되었나요?	

고객이 학교에 재학 중인 경우 다음 정보를 기재해 주세요.
학교 이름, 주소 및 전화번호
교사 이름

파트 5. 귀하가 수행한 작업 관련 정보

근로 활동을 그만두기 전 지난 5년 동안 가졌던 모든 직업을 평소 다니던 직장부터 나열하세요. 가장 오래동안 근무한 근로 활동 종류를 기재하세요. 학력이 6학년 이하이며 그리고 35년 이상 막노동 활동만을 한 경우, 근로 활동을 시작한 이래로 종사한 모든 직종을 기재하세요. 공간이 더 필요한 경우 양식서 페이지를 추가로 첨부하거나 파트 6에 기재하세요.

직업 이름	업종 유형	시작일	종료일	주당 근무일 수	급여율(시간당, 일당, 주당, 월당, 연봉)

2A. 위에 나열한 평소 직업에서 다음 활동을 했는지 표시하세요.

	예	아니요
어떤 종류의 기계나 도구 또는 장비를 사용했나요?	☐	☐
기술적 지식이나 기술을 사용했나요?	☐	☐
글을 쓰거나 보고서를 작성하거나 이와 유사한 업무를 수행했나요?	☐	☐
감독 책임 업무를 담당했나요?	☐	☐

2B. 모든 '예' 답변에 대해, 사용했던 기계, 도구 또는 장비의 종류와 수행했던 정확한 작업, 관련된 기술 지식 또는 기술, 작성한 보고서의 유형과 성격, 감독 책임 업무를 수행한 경우 감독했던 직원의 수와 감독 범위 등을 자세히 설명하세요.

2C. 아래에서 가장 알맞은 답을 선택하여 평소 하루 동안 수행했던 신체 활동의 종류와 분량을 설명하세요.

하루에 몇 시간 동안:

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

서 있었나요? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

앉아 있었나요? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

하루에 얼마나 자주:

몸을 숙였나요? ☐ 한 번도 없음 ☐ 가끔 ☐ 수시로 ☐ 계속

팔을 뻗었나요? ☐ 한 번도 없음 ☐ 가끔 ☐ 수시로 ☐ 계속

상차 작업 및 운반: 상차 작업한 물건과 운반한 거리를 기재하세요.

들어올렸던 물건 중 가장 무거운 무게는 얼마였나요?
☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ 100 lbs. ☐ 100 lbs. 이상

자주 들었거나 옮긴 무게는 어느 정도였나요?
☐ 최대 10 lbs. ☐ 최대 25 lbs. ☐ 최대 50 lbs. ☐ 최대 100 lbs.

파트 6. 비고

1. 이 공간을 사용하여 이전 질문에 대한 답변을 추가로 작성할 수 있습니다. 또한 이 공간을 사용하여 장애 청구 판정에 도움이 될 것으로 생각되는 추가 정보(예: 위에 나열하지 않은 다른 질병이나 부상에 대한 정보)를 기재하세요.

To be Completed by Interviewer(인터뷰 담당 직원이 작성)

2. 청구인은 영어를 사용하나요? ☐ 예 ☐ 아니요 아니요 답한 경우, 사용하는 언어를 기재하세요.

3. 청구인이 자신의 청구를 처리하는데 도움이 필요한가요? ☐ 예 ☐ 아니요
예라고 답한 경우, 1페이지의 연락 가능한 타인 연락처를 기재하세요.

4. 청구인과 인터뷰하는 동안 청구인이 어려움을 겪는 어떤 점이 있었는지 아래에 표시하세요.

☐ 읽기 ☐ 쓰기 ☐ 질문에 답하기 ☐ 듣기
☐ 앉아있기 ☐ 이해하기 ☐ 손을 사용하기 ☐ 숨쉬기
☐ 보기 ☐ 걷기 ☐ 기타 (기재).

☐ **관찰된 어려움 없음**

위 항목 중 표시한 항목이 하나라도 있으면 어려움의 정도를 정확하게 설명해 주세요.

5. 보류 중이거나 현재 진행 중인 ABD 평가가 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요

☐ 신체적; 날짜: _____

☐ 정신 건강; 날짜: _____

6. 청구인에 대해 자세히 설명하세요(예: 일반적인 체격, 키, 체중, 행동, 위에 언급된 사항에 추가하거나 보완할 청구인이 겪는 어려움).

인터뷰 담당 직원 서명	날짜	인터뷰 담당 직원 이름 (타이핑 또는 정자체)
인터뷰 담당자의 전화번호 (및 지역 코드)		Community Services Office(커뮤니티 서비스 사무소)