Disability Report(Хөгжлийн бэрхшээлийн тайлан)

Medical Disability Decision(Эмнэлгийн хөгжлийн бэрхшээлийн шийдвэр)
DSHS 14-144A

Хөгжлийн бэрхшээлийн тайлангийн маягт DSHS 14-144A нь эмнэлгийн хөгжлийн бэрхшээлийг тодорхойлоход Division of Disability Determination Services (DDDS)(Хөгжлийн бэрхшээлийг тодорхойлох үйлчилгээний хэлтэс)-т ашиглахын тулд үйлчлүүлэгчийн хөгжлийн бэрхшээл, эмнэлгийн нотлох баримт, ажлын түүхийн талаарх мэдээллийг цуглуулдаг.

Social Service Specialist (SSS) (Нийгмийн үйлчилгээний мэргэжилтэн), Public Benefits Specialist (PBS) (Нийтийн тэтгэмжийн мэргэжилтэн) эсвэл гэрээт тохиолдлын менежер нь DSHS 14-144A-г эхлүүлнэ. Томилогдсон ажилтан нь Community Service Office (CSO) (Олон нийтийн үйлчилгээний газар) болон утасны дугаарыг маягт дээр тэмдэглэсэн байх ёстой. Хөгжлийн бэрхшээлийн шийдвэрийн хүсэлт нь Non-Grant Medical Assistance (NGMA)(Эмнэлгийн буцалтгүй тусламж) эсвэл Healthcare for Workers with Disabilities (HWD)(Хөгжлийн бэрхшээлтэй ажилчдын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ) гэдгийг харуулахын тулд тохирох нүдийг чагтална уу. Хөгжлийн бэрхшээлтэйн шийдвэрийн багцад бөглөсөн маягтаа нэмнэ үү.

1. Томилогдсон ажилтан нь үйлчлүүлэгчийн нэр, Social Security Number (SSN) (Нийгмийн даатгалын дугаар) болон хөгжлийн бэрхшээлийн нөхцөлийг тэмдэглэхийн тулд гарчгийг бөглөнө.

2. Томилогдсон ажилтан нь үйлчлүүлэгчид 1-р хэсэг - Таны нөхцөл байдлын талаарх мэдээлэл-ийг бөглөхөд тусалж болно. Огноо нь тодорхой байх албагүй боловч сар, жилийг тусгасан байх ёстой.

3. Томилогдсон ажилтан нь үйлчлүүлэгчид 2-р хэсэг - Таны эрүүл мэндийн бүртгэлийн талаарх мэдээлэл-ийг бөглөхөд тусалж болно. Эмч болон эмчилгээний эх үүсвэрүүдийг аль болох бүрэн тодорхойлох нь чухал.

4. Томилогдсон ажилтан нь үйлчлүүлэгчид 3-р хэсэг - Эмийн жагсаалт-ыг бөглөхөд тусалж болно. SSS эсвэл PBS нь үйлчлүүлэгчийн эмийн жагсаалтыг аль болох бүрэн байлгахын тулд мэдээллийг хянаж үзэх ёстой.

5. Томилогдсон ажилтан нь үйлчлүүлэгчид 4-р хэсэг - Таны боловсролын талаарх мэдээлэл-ийг бөглөхөд тусалж болно. Сургуулийн ангиуд нь Тусгай боловсролын анги байсан эсэхийг тэмдэглэх ёстой.

6. Томилогдсон ажилтан нь үйлчлүүлэгчид 5-р хэсэг - Таны хийсэн ажлын талаарх мэдээлэл-ийг бөглөхөд тусалж болно. Хувь хүний ажил олгогчдыг жагсаах ёсгүй, зөвхөн бизнесийн төрлийг бичих ёстой.

7. Томилогдсон ажилтан нь үйлчлүүлэгчид 6-р хэсэг - Тайлбар-ын 1-р зүйлийг бөглөхөд тусалж болно. 2-оос 6 хүртэлх зүйлүүдийг SSS эсвэл PBS-ийн ажилтнууд бөглөнө.

DSHS
WASHINGTON STATE
Department of Social and Health Services

Disability Report(Хөгжлийн бэрхшээлийн тайлан)

Medical Disability Decision(Эмнэлгийн хөгжлийн бэрхшээлийн шийдвэр)

Хүсэлт нь:

- ☐ Non-Grant Medical Assistance (NGMA)(Эмнэлгийн буцалтгүй тусламж)
- ☐ Healthcare for Workers with Disabilities (HWD)(Хөгжлийн бэрхшээлтэй ажилчдын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ)

Энэхүү маягтыг DSHS-ийн нийгмийн үйлчилгээний мэргэжилтэн, Public Benefits Specialist (PBS) (Нийтийн тэтгэмжийн мэргэжилтэн) эсвэл гэрээт тохиолдлын менежер нь нэхэмжлэгч эсвэл түүний төлөөлөгчтэй ярилцах үеэр бөглөнө. **Хэвлэх, шивэх эсвэл тодорхой бичнэ үү мөн бүх зүйлд чадах чинээгээрээ хариулна уу. Бүх асуултад хариулна уу. Бүрэн хариулт нь нэхэмжлэлийг боловсруулахад тусална. Хэрэв танд маягтын аль нэг асуултад хариулах нэмэлт зай хэрэгтэй бол 6-р хэсэг рүү очих эсвэл хуудас хавсаргана уу.**

1. Нэхэмжлэгчийн нэр / Хоч	2. Нийгмийн даатгалын дугаар	Утасны дугаар (мөн бүсийн код)
4. Гуравдагч этгээд Холбоо барих — Нэр		Утасны дугаар (мөн бүсийн код)
Хаяг		

5. Таны хөгжлийн бэрхшээлийн нөхцөл байдал ямар байна вэ? Таныг ажиллахад саад болж буй гэмтэл, өвчний талаар товч тайлбарлана уу.

1-р хэсэг. Таны нөхцөл байдлын талаарх мэдээлэл

1. Таны нөхцөл байдал хамгийн анх таныг хэзээ зовоосон бэ? _____
   Сар / Өдөр / Жил

	Тийм	Үгүй
2A. Та дээрх 1-р зүйлд заасан өдрөөс хойш ажилласан уу? Хэрэв та **Үгүй** гэж хариулсан бол 3A болон 3B руу очно уу. доорх.	☐	☐
2B. **Хэрэв та 2A-д тийм гэж хариулсан бол,** Таны нөхцөл байдал таныг өөрчлөхөд хүргэсэн үү:		
Таны ажил эсвэл ажлын үүрэг?	☐	☐
Таны ажлын цаг?	☐	☐
Таны ирц?	☐	☐
Таны ажлын талаар өөр зүйл байна уу?	☐	☐

2C. **Хэрэв та 2B-ийн аль нэг зүйлд тийм гэж хариулсан бол** таны ажлын нөхцөл байдалд ямар өөрчлөлт орсон, тэдгээр нь гарсан огноо, таны нөхцөл байдал эдгээр өөрчлөлтийг хэрхэн хийх шаардлагатай болсныг тайлбарлана уу:

3A. Таны нөхцөл байдал хэзээ таныг ажиллахыг зогсоосон бэ? _____
Сар / Өдөр / Жил

3B. Таны нөхцөл байдал таныг ажиллахад тань хэрхэн саад болж байгааг тайлбарлана уу:

2-р хэсэг. Таны эрүүл мэндийн бүртгэлийн талаарх мэдээлэл	
1. Таны хөгжлийн бэрхшээлтэй байдлын талаар хамгийн сүүлийн үеийн эмнэлгийн бүртгэлтэй эмчийн талаарх дараах мэдээллийг оруулна уу:	☐ **Хэрэв та хөгжлийн бэрхшээлтэй гэдгээрээ эмчид үзүүлж байгаагүй бол энд сонгоно уу.**
Эмчийн нэр / Эмнэлэг	Утасны дугаар (мөн бүсийн код)
Хаяг	Энэ эмчид **анх** үзүүлсэн огноо
Таны үзлэг, эмчилгээ хийлгэсэн өвчин, гэмтэл	Энэ эмчид **сүүлд** үзүүлсэн огноо
Эмчилгээний төрөл эсвэл хүлээн авсан эм (жишээ нь, мэс засал, хими эмчилгээ, цацраг туяа, хэрэв мэдэгдэж байгаа бол таны өвчин, гэмтлийн үед хэрэглэж буй эм). Хэрэв эмчилгээ эсвэл эм байхгүй бол **аль нь ч биш** гэж бичнэ үү.	
2. Та хөгжлийн бэрхшээлтэй болсноос хойш өөр эмчид үзүүлж байсан уу? ☐ Тийм ☐ Үгүй **Хэрэв тийм бол дараах асуултад хариулна уу:**	
Эмчийн нэр / Эмнэлэг	Утасны дугаар (мөн бүсийн код)
Хаяг	Энэ эмчид **анх** үзүүлсэн огноо
Таны үзлэг, эмчилгээ хийлгэсэн өвчин, гэмтэл	Энэ эмчид **сүүлд** үзүүлсэн огноо
Эмчилгээний төрөл эсвэл хүлээн авсан эм (жишээ нь, мэс засал, хими эмчилгээ, цацраг туяа, хэрэв мэдэгдэж байгаа бол таны өвчин, гэмтлийн үед хэрэглэж буй эм). Хэрэв эмчилгээ эсвэл эм байхгүй бол **аль нь ч биш** гэж бичнэ үү.	
Хэрэв та энэ өвчин, гэмтлийн дараа нэмэлт эмч нарт хандсан бол дээрх мэдээлэл бүхий нэмэлт хуудсыг хавсаргана уу.	
3. Та хөгжлийн бэрхшээлтэй гэдгээрээ эмнэлэгт эмчлүүлж байсан уу? ☐ Тийм ☐ Үгүй **Хэрэв тийм бол дараах асуултад хариулна уу**	
Эмнэлгийн нэр	Утасны дугаар (мөн бүсийн код)
Хаяг	
Таны эмнэлэгч очсон огноо хэзээ вэ?	
Таны үзлэг, эмчилгээ хийлгэсэн өвчин, гэмтэл	
Эмчилгээний төрөл эсвэл хүлээн авсан эм (жишээ нь, мэс засал, хими эмчилгээ, цацраг туяа, хэрэв мэдэгдэж байгаа бол таны өвчин, гэмтлийн үед хэрэглэж буй эм). Хэрэв эмчилгээ эсвэл эм байхгүй бол **аль нь ч биш** гэж бичнэ үү.	

4. Хэрэв та өвчин, гэмтэл бэртлийнхээ улмаас өөр эмнэлэгт хэвтэж байсан бол дараах асуултад хариулна уу:

Эмнэлгийн нэр	Утасны дугаар (мөн бүсийн код)
Хаяг	
Таны эмнэлэгт очсон огноо хэзээ вэ?	
Таны үзлэг, эмчилгээ хийлгэсэн өвчин, гэмтэл	
Эмчилгээний төрөл эсвэл хүлээн авсан эм (жишээ нь, мэс засал, хими эмчилгээ, цацраг туяа, хэрэв мэдэгдэж байгаа бол таны өвчин, гэмтлийн үед хэрэглэж буй эм). Хэрэв эмчилгээ эсвэл эм байхгүй бол **<u>аль нь ч биш</u>** гэж бичнэ үү.	

Хэрэв та өвчин, гэмтлийн улмаас өөр эмнэлэг, эмнэлгүүдэд байсан бол 6-р хэсэгт нэр, огноо, шалтгааныг жагсаан бичих буюу нэмэлт хуудсыг хавсаргана уу.

5. Та сүүлийн нэг жилд дараах шинжилгээнд хамрагдсан уу? Доорх тохирох нүдийг чагтална уу, хэрэв та "тийм" гэж хариулсан бол шинжилгээг хаана, хэзээ хийснийг бичнэ үү.

Шинжилгээ	Тийм	Үгүй	Хаана хийгдсэн	Хэзээ хийгдсэн
Зүрхний бичлэг	☐	☐		
Цээжний рентген зураг	☐	☐		
Бусад рентген зураг (төрлийг зааж өгнө үү):	☐	☐		
Амьсгалын шинжилгээ	☐	☐		
Цусны шинжилгээ	☐	☐		
Бусад (тодорхой заах):	☐	☐		

3-р хэсэг. Эмийн жагсаалт

Эмийн нэр	(Эмчийн нэр) бичсэн	Эмийн шалтгаан

Хэрэв та илүү олон эм хэрэглэдэг бол дээрх мэдээлэл бүхий нэмэлт хуудсыг хавсаргана уу.

4-р хэсэг. Таны боловсролын талаарх мэдээлэл

1. **Таны төгссөн сургуулийн хамгийн дээд анги хэд вэ?** _____ Хэдэн жил? _____
2. Та худалдаа, мэргэжлийн сургуульд явсан уу, эсвэл ямар нэгэн тусгай сургалтад хамрагдсан уу? ☐ Тийм ☐ Үгүй
   Хэрэв тийм бол дараах асуултад хариулна уу:

Худалдаа, мэргэжлийн сургууль, сургалтын төрөл	Таны оролцсон ойролцоо огноо
Энэ сургууль эсвэл сургалтыг таны хийсэн аливаа ажилд хэрхэн ашигласан бэ?	

Хэрэв үйлчлүүлэгч сургуульд сурч байгаа бол дараах мэдээллийг өгнө үү.

Сургуулийн нэр, хаяг болон утасны дугаар

Багшийн нэр

5-р хэсэг. Таны хийсэн ажлын талаарх мэдээлэл

Ердийн ажлаасаа эхлээд ажлаа зогсоохоосоо өмнө сүүлийн таван жилд хийж байсан бүх ажлаа жагсаана уу. Энэ нь таны хамгийн удаан хийсэн ажил гэсэн үг. Хэрэв та 6-р ангийн боловсролтой **<u>ба</u>** 35 ба түүнээс дээш жил зөвхөн хүнд мэргэжилгүй хөдөлмөр эрхэлж байсан бол ажиллаж эхэлснээсээ хойш хийсэн бүх ажлынхаа жагсаалтыг бичнэ үү. Хэрэв танд илүү зай хэрэгтэй бол нэмэлт хуудас хавсаргах эсвэл 6-р хэсгийг ашиглана уу.

Ажлын нэр	Бизнесийн төрөл	-Ээс	Хүртэл	Долоо хоногийн өдрүүд	Цалингийн хувь хэмжээ (цаг, өдөр, долоо хоног, сар, жилээр)

2A. Дээр дурдсан ердийн ажилд та: Тийм Үгүй

Ямар ч төрлийн машин, багаж хэрэгсэл, тоног төхөөрөмж ашигладаг уу? ☐ ☐

Техникийн мэдлэг, ур чадвар ашигладаг уу? ☐ ☐

Бичих, тайлан бөглөх эсвэл үүнтэй төстэй үүрэг гүйцэтгэдэг үү? ☐ ☐

Хяналтын үүрэг хариуцлага хүлээдэг үү: ☐ ☐

2B. "Тийм" гэсэн бүх хариултыг тайлбарлахдаа: ашигласан машин, багаж хэрэгсэл, тоног төхөөрөмжийн төрлүүд болон гүйцэтгэсэн үйлдлүүдээ бүрэн тайлбарлана уу; холбогдох техникийн мэдлэг, ур чадвар; таны хийсэн бичгийн төрөл, аливаа тайлангийн шинж чанар; мөн таны удирдаж байсан хүмүүсийн тоо болон таны хяналтын цар хүрээ.

2C. Доорх хамгийн сайн хариултыг шалгах замаар ердийн өдрийн ажилдаа ямар төрлийн биеийн тамирын дасгал хийдгээ тодорхойлно уу.

Та өдөрт хэдэн цаг:
Алхах? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
Зогсох? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
Суух? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Та өдөрт хэдэн удаа:
Бөхийх? ☐ Хэзээ ч үгүй ☐ Хааяа ☐ Олон дахин ☐ Байнга
Хүрэх? ☐ Хэзээ ч үгүй ☐ Хааяа ☐ Олон дахин ☐ Байнга

Өргөх болон зөөх: Юу өргөсөн, хэр хол зайд аваачсаныг тайлбарлана уу:

Таны өргөсөн хамгийн хүнд жин юу байв?
☐ 10 фунт. ☐ 20 фунт. ☐ 50 фунт. ☐ 100 фунт. ☐ 100 фунтээс илүү

Таны байнга өргөдөг, үүрдэг байсан жин хэд бэ?
☐ 10 фунт хүртэл. ☐ 25 фунт хүртэл. ☐ 50 фунт хүртэл. ☐ 100 фунт хүртэл.

6-р хэсэг. Тайлбар

1. Өмнөх асуултуудад хариулах нэмэлт зай гаргахын тулд энэ хэсгийг ашиглана уу. Мөн энэ зайг ашиглан та хөгжлийн бэрхшээлийн талаар шийдвэр гаргахад тустай гэж үзэж буй нэмэлт мэдээллийг (өмнө нь дурдаагүй бусад өвчин, гэмтлийн талаарх мэдээлэл) өгнө үү.

To be Completed by Interviewer(Ярилцагч бөглөнө)

2. Нэхэмжлэгч англиар ярьдаг уу? ☐ Тийм ☐ Үгүй Хэрэв үгүй бол, тэр ямар хэлээр ярьдаг вэ:

3. Нэхэмжлэгч нэхэмжлэлээ шийдвэрлэхэд тусламж хэрэгтэй юу? ☐ Тийм ☐ Үгүй
Хэрэв тийм бол Хуудас 1 дэх гуравдагч этгээдтэй холбогдох хэсгийг бөглөнө үү.

4. Нэхэмжлэгчтэй ярилцлага хийх явцад доор дурдсан хүндрэлүүд ажиглагдсан бол сонгоно уу.

☐ Унших ☐ Бичих ☐ Асуултад хариулах ☐ Сонсох
☐ Суух ☐ Ойлгох ☐ Гар ашиглах ☐ Амьсгалах
☐ Харах ☐ Алхах ☐ Бусад (тодорхой заах):

☐ **Ажиглагдаагүй**

Хэрэв дээрх зүйлсийн аль нэгийг нь сонгосон бол ямар хүндрэлтэй байгааг тодорхойлно уу:

5. Ямар нэгэн хүлээгдэж буй / одоогийн ABD үнэлгээ байна уу? ☐ Тийм ☐ Үгүй

☐ Бие махбодын; огноо: _____

☐ Сэтгэцийн эрүүл мэнд; огноо: _____

6. Нэхэмжлэгчийг бүрэн дүрслэх (жишээ нь, биеийн ерөнхий байдал, өндөр, жин, зан байдал, дээр дурдсан зүйлсийг нэмж эсвэл нэмж буй аливаа бэрхшээл):

Ярилцагчийн гарын үсэг	Огноо	Ярилцагчийн нэр (бичих эсвэл хэвлэх)
Ярилцагчийн утасны дугаар (мөн бүсийн код)		Community Services Office (Олон нийтийн үйлчилгээний газар)