Disability Report (असक्षमता रिपोर्ट)

Medical Disability Decision (चिकित्सा अक्षमता निर्णय)
DSHS 14-144A

असक्षमता रिपोर्ट फारम, DSHS 14-144A, एउटा फारम हो जसले ग्राहकको असक्षमता, चिकित्सा प्रमाण, र कामको इतिहास बारे जानकारी सङ्कलन गर्दछ र यो जानकारी Division of Disability Determination Services (असक्षमता निर्धारण सेवाहरूको विभाजन) (DDDS) द्वारा ग्राहकको चिकित्सा असक्षमता निर्धारण गर्ने उद्देश्यले प्रयोग गरिन्छ।

Social Service Specialist (सामाजिक सेवा विशेषज्ञ, SSS), Public Benefits Specialist (सार्वजनिक लाभ विशेषज्ञ, PBS) वा सम्झौता प्राप्त केस म्यानेजरले DSHS 14-144A फारमको प्रक्रिया सुरु गर्नेछन्। तोकिएको कर्मचारीले फारममा Community Service Office (सामुदायिक सेवा कार्यालय, CSO) र सम्पर्क टेलिफोन नम्बर उल्लेख गरिएको सुनिश्चित गर्नुपर्नेछ। अनुरोध गरिएको असक्षमता निर्णय Non-Grant Medical Assistance (गैर-अनुदान चिकित्सा सहायता) (NGMA) वा Healthcare for Workers with Disabilities (असक्षमता भएका कामदारहरूको लागि स्वास्थ्य सेवा) (HWD) को लागि हो भनी संकेत गर्न उपयुक्त बाकस जाँच गर्नुहोस्। पूरा भएको फारमलाई असक्षमता निर्णय प्याकेटमा राख्नुहोस्।

1. तोकिएको कर्मचारीले ग्राहकको नाम, Social Security Number (सामाजिक सुरक्षा नम्बर, SSN) र असक्षमताको अवस्था खुलाउनका लागि फारमको माथिल्लो भाग भर्नुपर्नेछ।
2. तोकिएको कर्मचारीले ग्राहकलाई 'भाग 1 - तपाईंको स्वास्थ्य अवस्था सम्बन्धी जानकारी' भर्न सहयोग गर्न सक्नेछन्। मितिहरू ठ्याक्कै हुनु पर्दैन, तर महिना र वर्ष भने उल्लेख गरिएको हुनुपर्छ।
3. तोकिएको कर्मचारीले ग्राहकलाई 'भाग 2 - तपाईंको मेडिकल रेकर्ड सम्बन्धी जानकारी' भर्न सहयोग गर्न सक्नेछन्। यसमा चिकित्सकहरू र उपचारका स्रोतहरूलाई सकेसम्म पूर्ण रूपमा पहिचान गरेको वा खुलाएको हुनुपर्छ।
4. तोकिएको कर्मचारीले ग्राहकलाई 'भाग 3 - औषधीको सूची' भर्न सहयोग गर्न सक्नेछन्। SSS वा PBS ले यस जानकारीमा ग्राहकको औषधीको सूची सकेसम्म पूर्ण र सटिक रहेको/नरहेको समीक्षा गर्नुपर्नेछ।
5. तोकिएको कर्मचारीले ग्राहकलाई 'भाग 4 - तपाईंको शिक्षा सम्बन्धी जानकारी' भर्न सहयोग गर्न सक्नेछन्। यदि विद्यालयका कक्षाहरू विशेष शिक्षा अन्तर्गत थिए भने सो कुरा स्पष्ट रूपमा उल्लेख गरिनुपर्छ।
6. तोकिएको कर्मचारीले ग्राहकलाई 'भाग 5 - तपाईंले गरेको काम सम्बन्धी जानकारी' भर्न सहयोग गर्न सक्नेछन्। व्यक्तिगत रोजगारदाताहरूको सूची राख्नु पर्दैन, केवल व्यवसायको प्रकार मात्र उल्लेख गरिनुपर्छ।
7. तोकिएको कर्मचारीले ग्राहकलाई 'भाग 6 - कैफियत' को बुँदा नम्बर 1 भर्न सहयोग गर्न सक्नेछन्। बुँदा नम्बर 2 देखि 6 सम्मका विवरणहरू भने SSS वा PBS कर्मचारीद्वारा भरिनुपर्नेछ।

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Disability Report
(असक्षमता रिपोर्ट)

Medical Disability Decision
(चिकित्सा अक्षमता निर्णय)

यसका लागि अनुरोध छ:

☐ Non-Grant Medical Assistance (गैर-अनुदान चिकित्सा सहायता) (NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities (असक्षमता भएका कामदारहरूको लागि स्वास्थ्य सेवा) (HWD)

यो फारम दावीकर्ता वा दावीकर्ताको प्रतिनिधिसँगको अन्तर्वार्ताको क्रममा DSHS सामाजिक सेवा, Public Benefits Specialist (सार्वजनिक लाभ विशेषज्ञ) वा सम्झौता प्राप्त केस म्यानेजरद्वारा भरिन्छ। **कृपया प्रिन्ट गर्नुहोस्, टाइप गर्नुहोस्, वा स्पष्ट रूपमा लेख्नुहोस् र सबै सामाग्रीहरूमा आफ्नो क्षमता अनुसार उत्तम जवाफ दिनुहोस्। सबै प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्। पूरा जवाफहरूले दावी प्रक्रियामा मद्दत गर्दछ। यदि तपाईंलाई फारममा रहेका कुनै पनि प्रश्नहरूको जवाफ दिन थप ठाउँ चाहिन्छ भने, भाग 6 मा जानुहोस् वा पानाहरू संलग्न गर्नुहोस्।**

1. दावीकर्ताको नाम / उपनाम	2. Social Security Number (सामाजिक सुरक्षा नम्बर)	टेलिफोन नम्बर (र एरिया कोड)
4. तेस्रो पक्ष सम्पर्क — नाम		टेलिफोन नम्बर (र एरिया कोड)
ठेगाना		

5. तपाईंको असक्षमता अवस्था के हो? तपाईंलाई काम गर्नबाट रोक्ने चोटपटक वा रोगको बारे छोटकरीमा व्याख्या गर्नुहोस्।

भाग 1. तपाईंको अवस्था बारे जानकारी

1. कुन मितिमा तपाईंको अवस्थाले तपाईंलाई पहिलोपटक सताएको थियो? _____
महिना / दिन / वर्ष

	हो	होइन
2A. के तपाईंले माथिको वस्तु 1 मा देखाइएको मिति पछि काम गर्नुभयो? यदि तपाईंले **होइन** जवाफ दिनुभयो भने, तल 3A र 3B मा जानुहोस्।	☐	☐
2B. **यदि तपाईं ले 2A मा हो जवाफ दिनुभयो भने,** के तपाईं को अवस्थाले तपाईं को निम्न कुरामा परिवर्तन गर्यो:		
तपाईंको काम वा काम कर्तव्य?	☐	☐
तपाईंको घरको काम?	☐	☐
तपाईंको हाजिरी?	☐	☐
तपाईंको काम सम्बन्धी अन्य केही?	☐	☐

2C. **यदि तपाईंले 2B मा कुनै पनि वस्तुलाई हो भनेर जवाफ दिनुभयो भने,** तपाईंको कामको परिस्थितिमा के परिवर्तनहरू थिए, परिवर्तन भएका मितिहरू, र तपाईंको अवस्थाले यी परिवर्तनहरू कसरी आवश्यक बनायो भनेर व्याख्या गर्नुहोस्:

3A. तपाईंको अवस्थाले अन्ततः कहिले काम गर्न नसक्ने बनायो? _____
महिना / दिन / वर्ष

3B. तपाईंको अवस्थाले तपाईंलाई अहिले कसरी काम गर्नबाट रोक्छ भनेर व्याख्या गर्नुहोस्:

भाग 2. तपाईंको मेडिकल रेकर्ड बारे जानकारी

1. तपाईंको असक्षम अवस्थाको बारेमा नयाँ मेडिकल रेकर्डहरू भएको डाक्टरको बारेमा निम्न जानकारी पेश गर्नुहोस्:	☐ **यदि तपाईंले आफ्नो असक्षम अवस्थाको लागि डाक्टरलाई कहिल्यै देखाउनु भएको छैन भने यहाँ टिक गर्नुहोस्।**
डाक्टरको नाम / क्लिनिक	टेलिफोन नम्बर (र एरिया कोड)

ठेगाना	तपाईंले **पहिलोपटक** यस डाक्टरलाई देखाएको मिति
बिरामी वा चोटपटक जसको लागि तपाईंले परीक्षण वा उपचार गर्नुभएको थियो	तपाईंले **अन्तिमपटक** यस डाक्टरलाई देखाएको मिति
प्राप्त उपचार वा औषधिहरूको प्रकार (जस्तै, शल्यक्रिया, केमोथेरापी, रेडिएशन्, र तपाईंले आफ्नो रोग वा चोटको लागि लिनुहुने औषधिहरू, यदि थाहा छ भने। यदि उपचार वा औषधि छैन भने, **छैन** लेख्नुहोस्।	

2. के तपाईंले आफ्नो असक्षम अवस्था सुरु भएदेखि अरू कुनै डाक्टरहरू देखाउनुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन
छ भने, निम्न जवाफ दिनुहोस्:

डाक्टरको नाम / क्लिनिक	टेलिफोन नम्बर (र एरिया कोड)
ठेगाना	तपाईंले **पहिलोपटक** यस डाक्टरलाई देखाएको मिति
बिरामी वा चोटपटक जसको लागि तपाईंले परीक्षण वा उपचार गर्नुभएको थियो	तपाईंले **अन्तिमपटक** यस डाक्टरलाई देखाएको मिति
प्राप्त उपचार वा औषधिहरूको प्रकार (जस्तै, शल्यक्रिया, केमोथेरापी, रेडिएशन्, र तपाईंले आफ्नो रोग वा चोटको लागि लिनुहुने औषधिहरू, यदि थाहा छ भने। यदि उपचार वा औषधि छैन भने, **छैन** लेख्नुहोस्।	

यदि तपाईंले यस रोग वा चोटपटक पछि थप डाक्टरहरूलाई देखाउनुभएको छ भने, माथिको जानकारी सहित थप पृष्ठहरू संलग्न गर्नुहोस्।

3. के तपाईंले आफ्नो असक्षमता अवस्थाको कारण अस्पतालमा उपचार गर्नुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन
छ भने, निम्न जवाफ दिनुहोस्:

अस्पतालको नाम	टेलिफोन नम्बर (र एरिया कोड)
ठेगाना	
तपाईं अस्पताल जानुभएको मितिहरू?	
बिरामी वा चोटपटक जसको लागि तपाईंले परीक्षण वा उपचार गर्नुभएको थियो	
प्राप्त उपचार वा औषधिहरूको प्रकार (जस्तै, शल्यक्रिया, केमोथेरापी, रेडिएशन्, र तपाईंले आफ्नो रोग वा चोटको लागि लिनुहुने औषधिहरू, यदि थाहा छ भने। यदि उपचार वा औषधि छैन भने, **छैन**लेख्नुहोस्।	

4. यदि तपाईंले आफ्नो बिरामी वा चोटपटकको लागि अन्य अस्पतालमा गइसक्नुभएको छ भने, निम्न जवाफ दिनुहोस्:

अस्पतालको नाम	टेलिफोन नम्बर (र एरिया कोड)
ठेगाना	

तपाईं अस्पताल जानुभएको मितिहरू?

बिरामी वा चोटपटक जसको लागि तपाईंले परीक्षण वा उपचार गर्नुभएको थियो

प्राप्त उपचार वा औषधिहरूको प्रकार (जस्तै, शल्यक्रिया, केमोथेरापी, रेडिएशन्, र तपाईंले आफ्नो रोग वा चोटको लागि लिनुहुने औषधिहरू, यदि थाहा छ भने। यदि उपचार वा औषधि छैन भने, **छैन** लेख्नुहोस्।

यदि तपाईं आफ्नो बिरामी वा चोटपटकको लागि अन्य अस्पताल वा क्लिनिकहरूमा जानुभएको छ भने, भाग 6 मा नाम, मिति र कारणहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस् वा थप पृष्ठहरू संलग्न गर्नुहोस्।

5. तपाईंले गत वर्षमा निम्न मध्ये कुनै परीक्षण गर्नुभएको छ? तलको उपयुक्त बाकसमा टिक लगाउनुहोस् र, यदि तपाईंले "छ" जवाफ दिनुभयो भने, कहाँ र कहिले परीक्षण गरिएको थियो जानकारी दिनुहोस्।

परिक्षण	छ	छैन	कहाँ भएको थियो	कहिले भएको थियो
इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम	☐	☐		
छातीको एक्स-रे	☐	☐		
अन्य एक्स-रे (प्रकार उल्लेख गर्नुहोस्):	☐	☐		
श्वास परीक्षण	☐	☐		
रगत परीक्षण	☐	☐		
अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्):	☐	☐		

भाग 3. औषधि सूची

औषधीको नाम	द्वारा निर्धारित (डाक्टरको नाम)	औषधी लिनुको कारण

यदि तपाईं थप औषधिहरू प्रयोग गर्नुहुन्छ भने, माथिको जानकारीको साथ थप पृष्ठहरू संलग्न गर्नुहोस्।

भाग 4. तपाईंको शिक्षा सम्बन्धी जानकारी

1. **तपाईंले पूरा गरेको विद्यालयको उच्चतम स्तर कुन हो?** _____ कुन वर्ष? _____

2. के तपाईं ट्रेड वा व्यावसायिक विद्यालयमा जानुभएको छ वा कुनै प्रकारको विशेष तालिम लिनुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन
   छ भने, निम्न जवाफ दिनुहोस्:

ट्रेड वा व्यावसायिक विद्यालय वा तालिमको प्रकार	तपाईंले उपस्थिति जनाउनु भएको अनुमानित मितिहरू

तपाईंले गर्नुभएको कुनै पनि काममा यो शिक्षा वा तालिम कसरी प्रयोग भएको छ?

यदि ग्राहक विद्यालय जाँदै हुनुहुन्छ भने, कृपया निम्न जानकारी प्रदान गर्नुहोस्।

विद्यालयको नाम, ठेगाना र फोन नम्बर

शिक्षकको नाम

भाग 5. तपाईंले गर्नुभएको कामको बारेमा जानकारी

तपाईंले काम गर्न छोड्नु अघि, तपाईंको सुरुवाती सामान्य जागिर देखि गत पाँच वर्षमा तपाईंले गरेका सबै कामहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्। यसको मतलब तपाईंले सबैभन्दा लामो समय गर्नुभएको कामको प्रकार हो। यदि तपाईंसँग ६ कक्षा वा सोभन्दा कम शिक्षा छ **र** ३५ वर्ष वा सोभन्दा बढीको लागि भारी अकुशल श्रम मात्र गर्नुभयो भने, तपाईंले काम गर्न थालेदेखि आफूले पाएका सबै कामहरूको सूची बनाउनुहोस्। यदि तपाईंलाई थप ठाउँ चाहिन्छ भने, अतिरिक्त पृष्ठहरू संलग्न गर्नुहोस् वा भाग 6 प्रयोग गर्नुहोस्।

जागिरको शीर्षक	व्यापारको प्रकार	देखि	सम्म	दिन प्रति हप्ता	तलब दर (प्रति घण्टा, दिन, हप्ता, महिना वा वर्ष)

2A. माथि सूचीबद्ध तपाईंको सामान्य काममा, के तपाईंले: हो होइन

मेसिन, औजार वा कुनै पनि प्रकारका उपकरणहरू प्रयोग गर्नुभयो? ☐ ☐
प्राविधिक ज्ञान वा सीप प्रयोग गर्नुभयो? ☐ ☐
कुनै लेखन, पूरा रिपोर्ट, वा सो समान कामहरू गर्नुभयो? ☐ ☐
पर्यवेक्षक जिम्मेवारीहरू पूरा गर्नुभयो: ☐ ☐

2B. सबै हो जवाफहरूको पूर्ण विवरण दिएर व्याख्या गर्नुहोस्: तपाईंले प्रयोग गर्नुभएका मेसिन, औजार वा उपकरणका प्रकारहरू र तपाईंले गर्नुभएको सञ्चालन; प्राविधिक ज्ञान वा सीप समावेश गर्नुहोस्; तपाईंले गर्नुभएको लेखनको प्रकार, र कुनै पनि रिपोर्टहरूको प्रकृति; र तपाईंले पर्यवेक्षण गर्नुभएका व्यक्तिहरूको संख्या र तपाईंको पर्यवेक्षणको दायरा समावेश गर्नुहोस्।

2C. तलको उत्तम जवाफमा टिक लगाएर सामान्य दिनमा तपाईंको सामान्य काममा संलग्न हुने शारीरिक गतिविधिको प्रकार र मात्राको वर्णन गर्नुहोस्।

तपाईं दिनमा कति घण्टा:

हिँड्नुहुन्छ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
उभिनुहुन्छ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
बस्नुहुन्छ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

तपाईं दिनमा कतिपटक:
झुक्नु हुन्छ? ☐ कहिल्यै गर्दिन ☐ कहिलेकाहीँ ☐ बारम्बार ☐ लगातार
पुग्नुहुन्छ? ☐ कहिल्यै गर्दिन ☐ कहिलेकाहीँ ☐ बारम्बार ☐ लगातार

उठाउने र बोक्ने: के उठाउनु भयो र कति टाढासम्म लानुभयो वर्णन गर्नुहोस्:

तपाईंले उठाउनुभएको सबैभन्दा भारी वजन कति थियो?
☐ 10 पाउन्ड ☐ 20 पाउन्ड ☐ 50 पाउन्ड ☐ 100 पाउन्ड ☐ 100 पाउन्डभन्दा धेरै

तपाईंले बारम्बार उठाइरहने वा बोक्ने वजन कति थियो?
☐ 10 पाउन्डसम्म। ☐ 25 पाउन्डसम्म। ☐ 50 पाउन्डसम्म। ☐ 100 पाउन्डसम्म।

भाग 6. टिप्पणी

1. कुनै पनि अघिल्लो प्रश्नहरूको जवाफ दिन थप ठाउँको आवश्यक परेमा यो खण्ड प्रयोग गर्नुहोस्। साथै, आफ्नो असक्षमता दावी (जस्तै पहिले सूचीबद्ध नगरिएका अन्य रोग वा चोटपटक बारे जानकारी) मा निर्णय गर्न सहयोग पुर्याउने हुने कुनै पनि अतिरिक्त जानकारी दिन यो ठाउँ प्रयोग गर्नुहोस्।

To be Completed by Interviewer (अन्तर्वार्ता लिने व्यक्तिद्वारा पूरा गर्नुपर्ने)

2. के दावीकर्ता अंग्रेजी बोल्नुहुन्छ? ☐ बोल्नुहुन्छ ☐ बोल्नुहुन्न बोल्नुहुन्न भने, उहाँले कुन भाषा बोल्नुहुन्छ:

3. के दावीकर्तालाई आफ्नो दावी प्रक्रियाको लागि सहयोग चाहिन्छ? ☐ छ ☐ छैन
यदि छ भने, पृष्ठ 1 मा तेस्रो-पक्ष सम्पर्क पूरा गर्नुहोस्।

4. दावीकर्ताको अन्तर्वार्ता लिँदा तल दिइएका कठिनाइहरू, यदि कुनै भएमा, देखिएमा टिक लगाउनुहोस्।

☐ पढ्न	☐ लेख्न	☐ प्रश्नहरूको जवाफ दिन	☐ सुन्न
☐ बस्न	☐ बुझ्न	☐ हात चलाउन	☐ सास फेर्न
☐ हेर्न	☐ हिड्न	☐ अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्):	

☐ **कुनै पनि देखा नपरेको**

यदि माथिका वस्तुहरू मध्ये कुनैमा पनि टिक लगाइएको छ भने, समावेश गरिएको सही कठिनाई वर्णन गर्नुहोस्:

5. कुनै बाँकी/ वर्तमान ABD मूल्याङ्कनहरू छन्? ☐ छ ☐ छैन

☐ शारीरिक; मिति: _____

☐ मानसिक स्वास्थ्य; मिति: _____

6. दावीकर्तालाई पूर्ण रूपमा वर्णन गर्नुहोस् (जस्तै, सामान्य बनावट, उचाइ, तौल, व्यवहार, कुनै पनि कठिनाइहरू जसले माथि उल्लेख गरिएकाहरूलाई थप वा पूर्ण बनाउँछ):

अन्तर्वार्ता लिने व्यक्तिको हस्ताक्षर	मिति	अन्तर्वार्ता लिने व्यक्तिको नाम (टाइप वा प्रिन्ट)
अन्तर्वार्ता लिने व्यक्तिको टेलिफोन नम्बर (र एरिया कोड)		Community Services Office (सामुदायिक सेवा कार्यालय)