Disability Report (گزارش ناتوانی)

Medical Disability Decision (تصمیم ناتوانی پزشکی)

DSHS 14-144A

فرم گزارش ناتوانی، DSHS 14-144A، اطلاعاتی در رابطه با ناتوانی مشتری، شواهد پزشکی و سابقه کار جهت استفادهٔ Division of Disability Determination Services (بخش تعیین خدمات ناتوانی، DDDS) در تعیین ناتوانی پزشکی جمع‌آوری می‌کند.

Social Service Specialist (متخصص خدمات اجتماعی، SSS)، Public Benefits Specialist (متخصص مزایای عمومی، PBS) یا مدیر پرونده دارای قرارداد فرم DSHS 14-144A را تکمیل می‌کنند. کارکنان تعیین‌شده باید از قرار داشتن Community Service Office (دفتر خدمات اجتماعی، CSO) و شماره تلفن در فرم اطمینان حاصل کنند. حاصل کنند. برای نشان دادن اینکه تصمیم مربوط به ناتوانی برای Non-Grant Medical Assistance (کمک پزشکی غیراعطایی، NGMA) یا Healthcare for Workers with Disabilities (مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی برای کارگران دچار ناتوانی، HWD) است، گزینهٔ مناسب را علامت بزنید. فرم تکمیل‌شده را به بسته تصمیم‌گیری ناتوانی اضافه کنید.

1. کارمندان تعیین‌شده بخش بالای فرم را تکمیل و نام، Social Security Number (شماره تأمین اجتماعی، SSN) و وضعیت ناتوانی فرد را درج می‌کنند.

2. کارمندان تعیین‌شده می‌توانند در تکمیل بخش 1 - اطلاعات مربوط به وضعیت شما به مشتری کمک کنند. نیاز نیست تاریخ‌ها دقیق باشد، اما باید ماه و سال در آن ذکر شود.

3. کارمندان تعیین‌شده می‌توانند در تکمیل بخش 2 - اطلاعات مربوط به سوابق پزشکی شما به مشتری کمک کنند. وارد کردن کامل اطلاعات پزشکان و منابع درمانی بسیار مهم است.

4. کارمندان تعیین‌شده می‌توانند در تکمیل بخش 3، فهرست داروها به مشتری کمک کنند. SSS یا PBS باید جهت اطمینان از کامل بودن فهرست داروهای مشتری، اطلاعات را بررسی کنند.

5. کارمندان تعیین‌شده می‌توانند در تکمیل بخش 4 - اطلاعات مربوط به آموزش شما به مشتری کمک کنند. باید ذکر شود آیا کلاس‌های مدرسه از نوع کلاس آموزش ویژه بوده‌اند یا خیر.

6. کارمندان تعیین‌شده می‌توانند در تکمیل بخش 5 - اطلاعات مربوط به شغل گذشته شما به مشتری کمک کنند. نام هر کارفرما نباید ذکر شود، فقط نوع کسب‌وکار را ذکر کنید.

7. کارمندان تعیین‌شده می‌توانند در تکمیل مورد 1 در بخش 6 - ملاحظات به مشتری کمک کنند. کارمندان SSS یا PBS باید موارد 2 تا 6 را تکمیل کنند.

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Disability Report (گزارش ناتوانی)

Medical Disability Decision
(تصمیم ناتوانی پزشکی)

هدف درخواست:

☐ Non-Grant Medical Assistance (کمک پزشکی غیراعطایی، NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities (مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی برای کارگران دچار ناتوانی، HWD)

خدمات اجتماعی DSHS، متخصص مزایای عمومی یا مدیر پرونده دارای قرارداد باید این فرم را در طول مصاحبه با درخواست‌کننده یا نماینده ایشان تکمیل کند. **لطفاً به‌صورت چاپی، تایپ‌شده یا با خط خوانا بنویسید و تا جایی که می‌توانید، به تمام موارد پاسخ دهید. به تمام سؤالات پاسخ دهید. پاسخ‌های کامل به فرایند بررسی درخواست کمک می‌کند. اگر به فضای بیشتری برای پاسخ دادن به سؤالی در این فرم نیاز داشتید، به بخش 6 بروید یا برگه‌ای اضافه کنید.**

1. نام/نام مستعار درخواست‌دهنده	2. شماره تأمین اجتماعی	شماره تلفن (و کد منطقه)
4. اطلاعات شخص ثالث — نام		شماره تلفن (و کد منطقه)
نشانی		

5. وضعیت منجر به ناتوانی شما چیست؟ به‌طور خلاصه آسیب یا بیماری‌ای را توضیح دهید که باعث شده است قادر به کار کردن نباشید.

بخش 1. اطلاعات مربوط به وضعیت شما

1. اولین بار وضعیت شما در چه تاریخی شما را اذیت کرد؟ _____
سال / روز / ماه

	بله	خیر
2A. آیا پس از تاریخ مندرج در مورد 1 بالا کار کرده‌اید؟ اگر پاسخ شما **خیر** است، به سؤال 3A و 3B زیر بروید.	☐	☐
2B. **اگر پاسخ شما به سؤال 2A بله است،** آیا وضعیت شما باعث شد این موارد را تغییر بدهید:		
شغل یا وظایف شغلی؟	☐	☐
ساعات کاری؟	☐	☐
حضور در محل کار؟	☐	☐
هر مورد دیگری در رابطه با کار؟	☐	☐

2C. **اگر پاسخ شما به هریک از موارد 2B بله است،** توضیح دهید چه تغییراتی در شرایط شغلی شما ایجاد شد، این تغییرات در چه تاریخ‌هایی رخ داد و وضعیت شما چه تأثیری روی ضروری بودن این تغییرات داشت:

3A. چه زمانی وضعیت شما باعث شد نهایتاً از شغل خود دست بکشید؟ _____
سال / روز / ماه

3B. توضیح دهید چگونه وضعیت فعلی شما مانع از ادامه کارتان شده است:

بخش 2. اطلاعات مربوط به سوابق پزشکی شما

1. اطلاعات مربوط به پزشکی را در زیر وارد کنید که دارای آخرین سوابق پزشکی شما در رابطه با وضعیت منجر به ناتوانی شماست:	☐ **اگر هیچ‌گاه برای پیگیری وضعیت منجر به ناتوانی خود به پزشک مراجعه نکرده‌اید، اینجا را علامت بزنید.**
نام پزشک/کلینیک	شماره تلفن (و کد منطقه)
نشانی	تاریخ **اولین** ویزیت شما نزد این پزشک

بیماری یا آسیب‌دیدگی‌ای که برای آن معاینه یا درمان شدید	تاریخ **آخرین** ویزیت شما نزد این پزشک
نوع درمان یا داروهای دریافتی (مثلاً جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، و داروهای مصرفی برای بیماری یا آسیب‌دیدگی خود، اگر از آن‌ها اطلاع دارید. اگر درمان یا دارویی وجود ندارد، بنویسید **وجود ندارد**.	
2. از زمان شروع شرایط منجر به ناتوانی خود، به پزشک دیگری مراجعه کرده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر **اگر پاسخ بله است، به این موارد پاسخ دهید:**	
نام پزشک/کلینیک	شماره تلفن (و کد منطقه)
نشانی	تاریخ **اولین** ویزیت شما نزد این پزشک
بیماری یا آسیب‌دیدگی‌ای که برای آن معاینه یا درمان شدید	تاریخ **آخرین** ویزیت شما نزد این پزشک
نوع درمان یا داروهای دریافتی (مثلاً جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، و داروهای مصرفی برای بیماری یا آسیب‌دیدگی خود، اگر از آن‌ها اطلاع دارید. اگر درمان یا دارویی وجود ندارد، بنویسید **وجود ندارد**.	
اگر از زمان آسیب یا شروع بیماری به پزشک دیگری مراجعه کرده‌اید، صفحه‌های بیشتر حاوی اطلاعات بالا را پیوست کنید.	
3. برای وضعیت منجر به ناتوانی خود در بیمارستانی تحت درمان قرار گرفته‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر **اگر پاسخ بله است، موارد زیر را جواب دهید:**	
نام بیمارستان	شماره تلفن (و کد منطقه)
نشانی	
ویزیت‌های شما در چه تاریخ‌هایی انجام شد؟	
بیماری یا آسیب‌دیدگی‌ای که برای آن معاینه یا درمان شدید	
نوع درمان یا داروهای دریافتی (مثلاً جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، و داروهای مصرفی برای بیماری یا آسیب‌دیدگی خود، اگر از آن‌ها اطلاع دارید. اگر درمان یا دارویی وجود ندارد، بنویسید **وجود ندارد**.	
4. اگر برای پیگیری بیماری یا آسیب‌دیدگی خود به بیمارستان دیگری مراجعه کرده‌اید، به این موارد پاسخ دهید:	
نام بیمارستان	شماره تلفن (و کد منطقه)
نشانی	
ویزیت‌های شما در چه تاریخ‌هایی انجام شد؟	
بیماری یا آسیب‌دیدگی‌ای که برای آن معاینه یا درمان شدید	
نوع درمان یا داروهای دریافتی (مثلاً جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، و داروهای مصرفی برای بیماری یا آسیب‌دیدگی خود، اگر از آن‌ها اطلاع دارید. اگر درمان یا دارویی وجود ندارد، بنویسید **وجود ندارد**.	

اگر برای پیگیری درمان مربوط به آسیب‌دیدگی یا بیماری خود در بیمارستان یا کلینیکی مراجعه کرده‌اید یا بستری شده‌اید، لطفاً نام‌ها، تاریخ‌ها و دلایل را در بخش 6 بنویسید یا صفحه‌های بیشتری پیوست کنید.

5. هیچ‌کدام از این آزمایش‌ها را در سال گذشته انجام داده‌اید؟ گزینه مناسب را در زیر علامت بزنید و اگر پاسخ «بله» است، مکان و زمان انجام آزمایش را ذکر کنید.

آزمایش	بله	خیر	مکان انجام	زمان انجام
نوار قلب	☐	☐		
عکس رادیولوژی از قفسه سینه	☐	☐		
سایر رادیولوژی (نوع را مشخص کنید):	☐	☐		
آزمایش‌های تنفسی	☐	☐		
آزمایش خون	☐	☐		
سایر (مشخص کنید):	☐	☐		

بخش 3. فهرست داروها

نام دارو	تجویزکننده (نام پزشک)	دلیل تجویز دارو

اگر از داروهای بیشتری استفاده می‌کنید، صفحه‌های بیشتری حاوی اطلاعات بالا پیوست کنید.

بخش 4. اطلاعات تحصیلات شما

1. **آخرین مدرک تحصیلی شما چیست؟** _____ چه سالی؟ _____

2. در مدرسه حرفه‌ای یا فنی‌وحرفه‌ای شرکت کرده‌اید یا هیچ نوعی از آموزش تخصصی را پشت سر گذاشته‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر پاسخ بله است، به این موارد پاسخ دهید:

نوع آموزش یا مدرسه حرفه‌ای یا فنی‌وحرفه‌ای	تاریخ‌های تقریبی شروع و پایان

چگونه از این حضور در مدرسه یا پشت سر گذاشتن آموزش در کارهایی که انجام دادید، استفاده کردید؟

اگر در حال حاضر مشغول به تحصیل هستید، لطفاً این موارد را ارائه دهید.

نام، نشانی و شماره تلفن مدرسه

نام معلم

بخش 5. اطلاعات مربوط به شغل‌های قبلی

فهرست تمام شغل‌هایی را که در 15 سال قبل از توقف کارتان انجام داده‌اید، بیان کنید؛ با شغل اصلی خود شروع کنید. شغل اصلی به معنی کاری است که بیشترین مدت به آن مشغول بوده‌اید. اگر تحصیلات شما تا پایه ششم یا کمتر است **و** فقط کارهای سنگین و بدون مهارت را به‌مدت 35 سال یا بیشتر انجام داده‌اید، تمام کارهایی را ذکر کنید که از زمان شروع به کارتان انجام داده‌اید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، یا صفحه‌های بیشتری پیوست کنید یا از بخش 6 استفاده نمایید.

عنوان شغل	نوع کسب‌وکار	از	تا	روز در هفته	میزان حقوق (ساعتی، روزانه، هفتگی، ماهانه یا سالانه)

2A. در شغل اصلی‌تان که در بالا ذکر کردید، آیا: بله ☐ خیر ☐

- از ماشین‌آلات، ابزار یا تجهیزات خاصی استفاده می‌کردید؟ ☐ ☐
- از دانش یا مهارت‌های فنی استفاده می‌کردید؟ ☐ ☐
- وظایفی مانند نوشتن یا تهیه گزارش یا وظایف مشابه انجام می‌دادید؟ ☐ ☐
- دارای وظایف نظارت بر دیگران بودید: ☐ ☐

2B. پاسخ‌های بله را با توصیف کامل این موارد توضیح دهید: نوع ماشین‌آلات، ابزار یا تجهیزات مورداستفاده و نوع کاربری که انجام می‌دادید؛ دانش یا مهارت‌های فنی به کار رفته؛ نوع نگارشی که انجام دادید و ماهیت گزارش‌ها؛ و تعداد افرادی که نظارت بر آن‌ها را بر عهده داشتید و میزان نظارت شما.

2C. نوع و میزان فعالیت بدنی شغل اصلی خود در طول روز را با علامت زدن بهترین پاسخ در زیر توصیف کنید.

چند ساعت در روز:
- راه می‌رفتید؟ ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
- ایستاده بودید؟ ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
- نشسته بودید؟ ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

معمولاً چند بار در روز:
- خم می‌شدید؟ ☐ هرگز ☐ گه‌گاهی ☐ اغلب ☐ به‌طور مداوم
- دستتان را دراز می‌کردید؟ ☐ هرگز ☐ گه‌گاهی ☐ اغلب ☐ به‌طور مداوم

بلند کردن و حمل: چیزی را که بلند کردید و مسافت حمل را توصیف کنید:

سنگین‌ترین وزنی که بلند می‌کردید چقدر بود؟

☐ 10 پوند ☐ 20 پوند ☐ 50 پوند ☐ 100 پوند ☐ بیش از 100 پوند

وزنی که به‌طور مداوم بلند یا حمل می‌کردید، چقدر بود؟

☐ تا 10 پوند ☐ تا 25 پوند ☐ تا 50 پوند ☐ تا 100 پوند

بخش 6: ملاحظات

1. از این بخش به‌عنوان فضای بیشتر برای پاسخ دادن به سؤالات قبلی استفاده کنید. همچنین، از این فضا برای ارائه اطلاعات بیشتری استفاده کنید که فکر می‌کنید در تصمیم‌گیری درباره درخواست ناتوانی شما مفید خواهد بود (نظیر اطلاعات مربوط به دیگر آسیب‌ها یا بیماری‌هایی که قبلاً ذکر نشده است).

To be Completed by Interviewer (مصاحبه‌کننده باید تکمیل کند)

2. درخواست‌کننده به زبان انگلیسی صحبت می‌کند؟ ☐ بله ☐ خیر اگر پاسخ خیر است، به چه زبانی صحبت می‌کند:

3. درخواست‌کننده در تکمیل درخواست خود به کمک نیاز دارد؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر پاسخ بله است، اطلاعات تماس شخص ثالث را در صفحه 1 تکمیل کنید.

4. در صورت مشاهده هر یک از مشکلات زیر در حین مصاحبه با درخواست‌دهنده، آن را علامت بزنید.

☐ خواندن ☐ نوشتن ☐ پاسخ دادن به سؤالات ☐ شنیدن
☐ نشستن ☐ درک کردن ☐ استفاده از دست‌ها ☐ نفس کشیدن
☐ دیدن ☐ راه رفتن ☐ سایر (مشخص کنید):

☐ **موردی مشاهده نشد**

اگر یکی از موارد بالا را علامت زدید، مشکل دقیق را توصیف کنید:

5. هیچ ارزیابی ABD در حال انتظار/فعلی وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

☐ جسمی؛ تاریخ: _____

☐ سلامت روان؛ تاریخ: _____

6. درخواست‌کننده را به‌طور کامل توصیف کنید (به‌عنوان‌مثال، وضعیت بدنی کلی، قد، وزن، رفتار، هرگونه مشکلی که می‌توانید به ملاحظات بالا اضافه کنید یا مکمل این ملاحظات است):

امضای مصاحبه‌کننده	تاریخ	نام مصاحبه‌کننده (تایپ یا نوشتن با حروف بزرگ و خوانا)
شماره تلفن مصاحبه‌کننده (و کد منطقه)		Community Services Office (دفتر خدمات اجتماعی)