Disability Report (Raport de dizabilitate)

Medical Disability Decision (Decizie de dizabilitate medicală)
DSHS 14-144A

Formularul Raportului de dizabilitate, DSHS 14-144A, colectează informații privind dizabilitatea unui client, dovezile medicale și istoricul activității pentru a fi utilizate de Division of Disability Determination Services (Divizia Servicii de determinare a dizabilității, DDDS) în determinarea dizabilității medicale.

Social Service Specialist (Specialistul în servicii sociale, SSS), Public Benefits Specialist (Specialistul în beneficii publice, PBS) sau Administratorul de caz contractat inițiază DSHS 14-144A. Personalul desemnat ar trebui să se asigure că Community Service Office (Biroul de servicii comunitare, CSO) și numărul de telefon sunt notate pe formular. Bifați căsuța corespunzătoare pentru a indica dacă decizia de dizabilitate solicitată este pentru Non-Grant Medical Assistance (asistență medicală nesubvenționată, NGMA) sau pentru Healthcare for Workers with Disabilities (asistență medicală pentru lucrătorii cu handicap, HWD). Adăugați formularul completat la pachetul cu decizia de dizabilitate.

1. Personalul desemnat completează antetul pentru a indica numele, Social Security Number (numărul de asigurare socială, SSN) și starea dizabilității clientului.

2. Personalul desemnat poate ajuta clientul să completeze Partea 1 - Informații privind starea dumneavoastră. Datele nu trebuie să fie exacte, dar trebuie să reflecte luna și anul.

3. Personalul desemnat poate ajuta clientul să completeze Partea 2 - Informații privind fișele dumneavoastră medicale. Este important să se identifice medicii și sursele de tratament cât mai complet posibil.

4. Personalul desemnat poate ajuta clientul să completeze Partea 3 - Listă de medicamente. SSS sau PBS ar trebui să revizuiască informațiile pentru a se asigura că lista de medicamente a clientului este cât mai completă posibil.

5. Personalul desemnat poate ajuta clientul să completeze Partea 4 - Informații privind nivelul dumneavoastră de școlarizare. Trebuie specificată situația în care cursurile școlare au fost cursuri de educație specială.

6. Personalul desemnat poate ajuta clientul să completeze Partea 5 - Informații privind activitățile pe care le-ați desfășurat. Nu trebuie enumerat fiecare angajator în parte, ci doar tipul de activitate.

7. Personalul desemnat poate ajuta clientul să completeze Punctul 1 din Partea 6 - Observații. Punctele 2-6 trebuie completate de personalul SSS sau PBS.

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Disability Report (Raport de dizabilitate)

Medical Disability Decision (Decizie de dizabilitate medicală)

Cererea este pentru:

☐ Non-Grant Medical Assistance (Asistență medicală nesubvenționată, NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities (Asistență medicală pentru lucrătorii cu dizabilități, HWD)

Acest formular este completat de un angajat al serviciilor sociale DSHS, de Public Benefits Specialist (Specialistul în beneficii publice) sau de administratorul de caz contractat în timpul unui interviu cu solicitantul sau reprezentantul solicitantului. **Vă rugăm să imprimați, să tastați sau să scrieți clar și să răspundeți la toate punctele cât mai bine posibil. Răspundeți la toate întrebările. Răspunsurile complete ajută la procesarea cererii. Dacă aveți nevoie de mai mult spațiu pentru a răspunde la oricare dintre întrebările din formular, mergeți la partea 6 sau atașați alte foi.**

1. Numele/Pseudonimul solicitantului	2. Numărul de asigurare socială	Numărul de telefon (și prefixul zonei)
4. Contact terță Parte	Nume	Numărul de telefon (și prefixul zonei)
	Adresa	

5. Care este boala dumneavoastră incapacitantă? Explicați pe scurt vătămarea sau boala care vă împiedică să munciți.

Partea 1. Informații privind boala dumneavoastră

1. La ce dată v-a deranjat prima dată boala dumneavoastră? _____
Lună/zi/an

	Da	Nu
2A. Ați mai lucrat după data indicată la punctul 1 de mai sus? Dacă ați răspuns **Nu**, continuați cu punctele 3A și 3B de mai jos.	☐	☐
2B. **Dacă ați răspuns Da la 2A,** boala dumneavoastră v-a determinat să vă schimbați:		
Locul de muncă sau sarcinile de serviciu?	☐	☐
Programul de lucru?	☐	☐
Prezența?	☐	☐
Orice alt aspect referitor la activitatea dumneavoastră?	☐	☐

2C. **Dacă ați răspuns Da la orice punct de la 2B,** explicați care au fost schimbările privind circumstanțele de lucru, datele la care au avut loc și modul în care aceste schimbări au fost impuse de boala dumneavoastră:

3A. Când v-a determinat boala să încetați în cele din urmă lucrul? _____
Lună/zi/an

3B. Explicați modul în care boala vă împiedică în prezent să lucrați:

Partea 2. Informații privind fișele dumneavoastră medicale

1. Introduceți următoarele informații despre medicul care deține cele mai recente fișe medicale referitoare la boala dumneavoastră incapacitantă:	☐ **Bifați aici dacă nu ați fost niciodată la un medic pentru boala dumneavoastră incapacitantă.**
Numele medicului/clinicii	Numărul de telefon (și prefixul zonei)

Adresa	Data **primei** vizite la acest medic
Boala sau vătămarea pentru care ați fost examinat(ă) sau tratat(ă)	Data ultimei **vizite** la acest medic
Tipul de tratament sau medicamente primite (mai exact, intervenție chirurgicală, chimioterapie, radiații și medicamentele pe care le luați pentru boală sau vătămare, dacă le cunoașteți). Dacă nu aveți tratament sau medicamente, scrieți **Nimic**.	
2. V-a consultat orice alt medic de când a debutat boala dumneavoastră incapacitantă? ☐ Da ☐ Nu **Dacă Da, răspundeți la următoarele:**	
Numele medicului/clinicii	Numărul de telefon (și prefixul zonei)
Adresa	Data **primei** vizite la acest medic
Boala sau vătămarea pentru care ați fost examinat(ă) sau tratat(ă)	Data ultimei **vizite** la acest medic
Tipul de tratament sau medicamente primite (mai exact, intervenție chirurgicală, chimioterapie, radiații și medicamentele pe care le luați pentru boală sau vătămare, dacă le cunoașteți). Dacă nu aveți tratament sau medicamente, scrieți **Nimic**.	
Dacă v-au consultat și alți medici de la debutul acestei boli sau vătămări, atașați pagini suplimentare cu informațiile de mai sus.	
3. Ați beneficiat de tratament la un spital pentru boala dumneavoastră incapacitantă? ☐ Da ☐ Nu **Dacă Da, răspundeți la următoarele:**	
Numele spitalului	Numărul de telefon (și prefixul zonei)
Adresa	
Care au fost datele vizitelor?	
Boala sau vătămarea pentru care ați fost examinat(ă) sau tratat(ă)	
Tipul de tratament sau medicamente primite (mai exact, intervenție chirurgicală, chimioterapie, radiații și medicamentele pe care le luați pentru boală sau vătămare, dacă le cunoașteți). Dacă nu aveți tratament sau medicamente, scrieți **Nimic**.	
4. Dacă ați fost la alte spitale pentru boală sau vătămare, răspundeți la următoarele:	
Numele spitalului	Numărul de telefon (și prefixul zonei)
Adresa	

Care au fost datele vizitelor?
Boala sau vătămarea pentru care ați fost examinat(ă) sau tratat(ă)
Tipul de tratament sau medicamente primite (mai exact, intervenție chirurgicală, chimioterapie, radiații și medicamentele pe care le luați pentru boală sau vătămare, dacă le cunoașteți). Dacă nu aveți tratament sau medicamente, scrieți **Nimic**.

Dacă ați fost la alte spitale sau clinici pentru boala sau vătămarea dumneavoastră, enumerați numele, datele și motivele în Partea 6 sau atașați pagini suplimentare.

5. Vi s-a făcut oricare dintre următoarele teste în ultimul an? Bifați caseta corespunzătoare de mai jos și, dacă răspundeți „Da”, specificați unde și când a fost efectuat testul.

Test	Da	Nu	Unde a fost efectuat	Când a fost efectuat
Electrocardiogramă	☐	☐		
Radiografie toracică	☐	☐		
Altă radiografie (specificați tipul):	☐	☐		
Teste de respirație	☐	☐		
Analize de sânge	☐	☐		
Altele (specificați):	☐	☐		

Partea 3. Lista de medicamente

Numele medicamentului	Prescris de (numele medicului)	Motivul medicației

Dacă luați mai multe medicamente, atașați pagini suplimentare cu informațiile de mai sus.

Partea 4. Informații privind nivelul dumneavoastră de școlarizare

1. **Care este cel mai înalt nivel de școlarizare pe care l-ați finalizat?** _____ În ce an? _____
2. Ați urmat o școală de meserii sau profesională sau ați beneficiat de orice tip de formare specială? ☐ Da ☐ Nu
   Dacă Da, răspundeți la următoarele:

Tipul de școală de meserii sau profesională sau de formare	Datele aproximative când ați urmat cursurile

Cum a fost folosită această educație sau formare în orice tip de activitate pe care ați prestat-o?

Dacă clientul urmează cursurile unei școli, furnizați următoarele
Numele, adresa și numărul de telefon ale școlii
Numele profesorului

Partea 5. Informații privind munca prestată

Enumerați toate locurile de muncă pe care le-ați avut în ultimii cinci ani înainte de a înceta lucrul, începând cu locul de muncă obișnuit. Adică tipul de muncă pe care l-ați prestat cel mai mult timp. Dacă ați mers la școală până în clasa a 6-a sau mai **<u>puțin</u>** și ați prestat doar muncă grea necalificată timp de 35 ani sau mai mult, enumerați toate locurile de muncă pe care le-ați avut de când ați început să lucrați. Dacă aveți nevoie de mai mult spațiu, atașați pagini suplimentare sau folosiți Partea 6.

Numele locului de muncă	Tipul de activitate	Din	Până	Zile pe săptămână	Salariul (pe oră, zi, săptămână, lună sau an)

2A. La locul dumneavoastră de muncă obișnuit menționat mai sus, ați: Da Nu

Folosit utilaje, instrumente sau echipamente de orice tip? ..... ☐ ☐

Folosit cunoștințe sau abilități tehnice? ..... ☐ ☐

Efectuat orice lucrări legate de scris, completare de rapoarte sau îndeplinire a unor sarcini similare? ..... ☐ ☐

Aveți responsabilități de supraveghere: ..... ☐ ☐

2B. Explicați toate răspunsurile de Da oferind o descriere completă a: tipurilor de utilaje, instrumente sau echipamente pe care le-ați folosit și operațiunea exactă pe care ați efectuat-o; cunoștințele sau abilitățile tehnice implicate; tipul de scriere pe care l-ați făcut și natura oricăror rapoarte; și numărul de persoane pe care le-ați supravegheat și amploarea supravegherii.

2C. Descrieți tipul și volumul de activitate fizică implicată de locul de muncă obișnuit în timpul unei zile obișnuite, bifând cel mai bun răspuns de mai jos.

Câte ore pe zi ați:

Mers pe jos? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Stat în picioare? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Stat jos? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Cât de des pe zi v-ați:

Aplecat? ☐ Niciodată ☐ Ocazional ☐ Frecvent ☐ Constant

Întins? ☐ Niciodată ☐ Ocazional ☐ Frecvent ☐ Constant

Ridicatul și căratul: Descrieți ce ați ridicat și cât de departe a fost cărat:

Care a fost cea mai mare greutate pe care ați ridicat-o?
☐ 10 livre ☐ 20 livre ☐ 50 livre ☐ 100 livre ☐ Peste 100 livre

Care a fost greutatea pe care ați ridicat-o sau cărat-o frecvent?
☐ Până la 10 livre ☐ Până la 25 livre ☐ Până la 50 livre ☐ Până la 100 livre

Partea 6. Observații

1. Folosiți această secțiune drept spațiu suplimentar pentru a răspunde la orice întrebări anterioare. De asemenea, folosiți acest spațiu pentru a oferi orice informații suplimentare pe care le considerați utile în luarea unei decizii cu privire la cererea dumneavoastră referitoare la dizabilitate (cum ar fi informații despre alte boli sau vătămări care nu au fost enumerate anterior).

To be Completed by Interviewer (A se completa de către persoana care se ocupă de interviu)

2. Solicitantul vorbește limba engleză? ☐ Da ☐ Nu Dacă Nu, ce limbă vorbește:

3. Solicitantul are nevoie de ajutor pentru procesarea cererii sale? ☐ Da ☐ Nu
Dacă Da, completați contactul terță parte de la pagina 1.

4. Bifați care dintre dificultățile de mai jos, dacă există, au fost observate în timpul interviului cu solicitantul.

☐ Citit	☐ Scris	☐ Răspuns la întrebări	☐ Auz
☐ Statjos	☐ Înțeles	☐ Utilizarea mâinilor	☐ Respirat
☐ Văz	☐ Mers	☐ Altele (specificați)	

☐ **Niciuna observată**

Dacă a fost bifat oricare dintre punctele de mai sus, descrieți dificultatea exactă implicată:

5. Există orice evaluări ABD în așteptare/curente? ☐ Da ☐ Nu

☐ Fizice; data: _____

☐ Sănătate mintală; data: _____

6. Descrieți pe deplin solicitantul (de ex., statură, înălțime, greutate, comportament, orice dificultăți care se adaugă sau completează cele menționate mai sus):

Semnătura persoanei care efectuează interviul	Date	Numele persoanei care efectuează interviul (scris sau imprimat)
Numărul de telefon al persoanei care efectuează interviul (și prefixul zonei)		Community Services Office (Biroul de servicii comunitare)