Disability Report (Справка об инвалидности)

Medical Disability Decision (Решение об инвалидности по состоянию здоровья)
DSHS 14-144A

В форме справки об инвалидности DSHS 14-144A указываются сведения об инвалидности лица, медицинские свидетельства и записи из трудовой книжки для использования Division of Disability Determination Services (Отделом медико-санитарной экспертной комиссии, DDDS) при определении инвалидности по состоянию здоровья.

Оформление справки DSHS 14-144A инициируется Social Service Specialist (специалистом по социальным услугам, SSS), Public Benefits Specialist (специалистом по государственным пособиям, PBS) или Case Manager (куратором), с которым заключен договор. Назначенный персонал должен убедиться в том, что в форме указано Community Service Office (Местное отделение общественной службы, CSO) и номер телефона. Отметьте галочкой соответствующий пункт, чтобы указать, что запрашиваемое решение о нетрудоспособности касается Non-Grant Medical Assistance (безвозмездной медицинской помощи, NGMA) или Healthcare for Workers with Disabilities (медицинского обслуживания работников с инвалидностью, HWD). Добавьте заполненную форму в пакет документов по решению о нетрудоспособности.

1. Назначенный персонал заполняет заголовок, указывая имя, Social Security Number (номер социального страхования, SSN) и состояние нетрудоспособности клиента.

2. Назначенный персонал может помочь клиенту заполнить Часть 1 «Информация о вашем состоянии». Даты не обязательно должны быть точными, но должны содержать месяц и год.

3. Назначенный персонал может помочь клиенту заполнить Часть 2 «Информация о вашей истории болезни». Важно как можно полнее указать врачей и источники лечения.

4. Назначенный персонал может помочь клиенту заполнить Часть 3 «Перечень назначенных препаратов». SSS или PBS должен просмотреть информацию, чтобы убедиться, что список назначенных препаратов клиента максимально полный.

5. Назначенный персонал может помочь клиенту заполнить Часть 4 «Информация о вашем образовании». Следует отметить, проходила ли учеба в школе в рамках специального образования.

6. Назначенный персонал может помочь клиенту заполнить Часть 5 «Информация о работе, которую вы выполняли». Не нужно указывать отдельных работодателей, только тип предприятия.

7. Назначенный персонал может помочь клиенту заполнить пункт 1 Части 6 «Примечания». Пункты со 2 по 6 заполняются SSS или PBS.

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Disability Report (Справка об инвалидности)

Medical Disability Decision (Решение об инвалидности по состоянию здоровья)

Запрашивается:

☐ Non-Grant Medical Assistance (Безвозмездная медицинская помощь, NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities (Медицинское обслуживание работников с инвалидностью, HWD)

Эта форма заполняется менеджером социальной службы DSHS, специалистом по социальным пособиям или куратором, с которым заключен договор, во время собеседования с заявителем или представителем заявителя. **Напечатайте, введите или разборчиво напишите и ответьте на все вопросы в меру своих возможностей. Ответьте на все вопросы. Полные ответы помогут обработать заявление. Если вам нужно больше места, чтобы ответить на какой-либо из вопросов в форме, перейдите к части 6 или приложите листы.**

1. Имя / Псевдоним заявителя	2. Номер социального страхования	Номер телефона (и код города)

4. Третье лицо Контактная информация	ФИО	Номер телефона (и код города)
	Адрес	

5. В чем заключается ваше состояние инвалидности? Кратко опишите травму или болезнь, в результате которой вы не можете работать.

Часть 1. Информация о вашем состоянии

1. Когда впервые проявилось ваше состояние? _____
Месяц / день / год

	Да	Нет
2A. Работали ли вы после даты, указанной в пункте 1 выше? Если вы ответили **«нет»**, перейдите к пунктам 3A и 3B ниже.	☐	☐
2B. **Если вы ответили «да» в пункте 2A,** заставило ли ваше состояние сменить:		
Работу или должностные обязанности?	☐	☐
Часы работы?	☐	☐
Присутствие?	☐	☐
Другие моменты, связанные с вашей работой?	☐	☐

2C. **Если вы ответили «да» на любой вопрос в пункте 2B,** поясните, каковы были изменения в ваших рабочих обстоятельствах, в какие даты они произошли и почему ваше состояние привело к необходимости этих изменений:

3A. Когда ваше состояние в итоге заставило вас прекратить работать? _____
Месяц / день / год

3B. Поясните, почему ваше сегодняшнее состояние мешает вам работать:

Часть 2. Информация о вашей истории болезни

1. Введите следующую информацию о враче, у которого есть последние медицинские записи о вашем состоянии инвалидности:	☐ **Отметьте здесь, если вы никогда не обращались к врачу по поводу своего состояния инвалидности.**
ФИО врача / Клиника	Номер телефона (и код города)

Адрес	Дата вашего **первого** визита к этому врачу
Болезнь или травма, по поводу которой вы проходили обследование или лечение	Дата вашего **последнего** визита к этому врачу
Тип полученного лечения или назначенных препаратов (например, хирургическое вмешательство, химиотерапия, облучение, а также лекарства, которые вы принимаете от своей болезни или травмы, если они известны). При отсутствии лечения или препаратов напишите **«нет»**.	
2. Обращались ли вы к каким-либо другим врачам с момента начала вашего состояния инвалидности? ☐ Да ☐ Нет **Если да, ответьте на следующие вопросы:**	
ФИО врача / Клиника	Номер телефона (и код города)
Адрес	Дата вашего **первого** визита к этому врачу
Болезнь или травма, по поводу которой вы проходили обследование или лечение	Дата вашего **последнего** визита к этому врачу
Тип полученного лечения или назначенных препаратов (например, хирургическое вмешательство, химиотерапия, облучение, а также лекарства, которые вы принимаете от своей болезни или травмы, если они известны). При отсутствии лечения или препаратов напишите **«нет»**.	
Если после этой болезни или травмы вы обращались к другим врачам, приложите дополнительные страницы с вышеуказанной информацией.	
3. Лечились ли вы в больнице в связи со своим состоянием инвалидности? ☐ Да ☐ Нет **Если да, ответьте на следующие вопросы:**	
Название больницы	Номер телефона (и код города)
Адрес	
В каких числах вы посещали врача?	
Болезнь или травма, по поводу которой вы проходили обследование или лечение	
Тип полученного лечения или назначенных препаратов (например, хирургическое вмешательство, химиотерапия, облучение, а также лекарства, которые вы принимаете от своей болезни или травмы, если они известны). При отсутствии лечения или препаратов напишите **«нет»**.	
4. Если вы находились в других больницах в связи со своей болезнью или травмой, ответьте на следующие вопросы:	
Название больницы	Номер телефона (и код города)
Адрес	

В каких числах вы посещали врача?
Болезнь или травма, по поводу которой вы проходили обследование или лечение
Тип полученного лечения или назначенных препаратов (например, хирургическое вмешательство, химиотерапия, облучение, а также лекарства, которые вы принимаете от своей болезни или травмы, если они известны). При отсутствии лечения или препаратов напишите **«нет»**.

Если вы находились в других больницах или клиниках в связи со своей болезнью или травмой, перечислите имена, даты и причины в Части 6 или приложите дополнительные страницы.

5. Проходили ли вы какие-либо из следующих исследований за последний год? Отметьте галочкой соответствующий пункт ниже и, если вы ответили «да», укажите, где и когда проводилось исследование.

Исследование	Да	Нет	Где проводилось	Когда проводилось
Электрокардиограмма	☐	☐		
Рентген грудной клетки	☐	☐		
Другое рентгеновское исследование (указать тип):	☐	☐		
Исследование дыхательной системы	☐	☐		
Анализы крови	☐	☐		
Другое (указать):	☐	☐		

Часть 3. Перечень назначенных препаратов

Название лекарства	Кем назначено (ФИО врача)	Причина назначения

Если вы принимаете больше лекарств, приложите дополнительные страницы с вышеуказанной информацией.

Часть 4. Информация о вашем образовании

1. **Сколько классов школы вы закончили?** _____ В каком году? _____
2. Учились ли вы в торговом или профессионально-техническом училище или проходили какие-либо специальные курсы? ☐ Да ☐ Нет
   Если да, ответьте на следующие вопросы:

Тип торгового, профессионально-технического училища или курсов	Приблизительные даты посещения
Как это обучение или эти курсы использовались на вашей работе?	

Если лицо посещает школу, предоставьте следующие данные.
Название, адрес и номер телефона школы
ФИО учителя

Часть 5. Информация о работе, которую вы выполняли

Перечислите все свои места работы за последние пять лет до того, как вы перестали работать, начиная с вашей обычной работы. То есть какую работу вы выполняли дольше всего. Если у вас образование 6 классов или ниже **и** вы занимались только тяжелым неквалифицированным трудом в течение 35 лет или более, перечислите все свои места работы с тех пор, как вы начали работать. Если вам нужно больше места, либо прикрепите дополнительные страницы, либо используйте Часть 6.

Должность	Тип предприятия	С	По	Количество дней в неделю	Размер оплаты труда (за час, день, неделю, месяц или год)

2A. На своей вышеуказанной обычной работе вы:

	Да	Нет
Используете машины, инструменты или оборудование любого рода?.....	☐	☐
Используете технические знания или навыки?	☐	☐
Пишете что-либо, заполняете отчеты или выполняете аналогичные обязанности?	☐	☐
Выполняете руководящие обязанности:	☐	☐

2B. Поясните все ответы «да», предоставив полное описание: типов машин, инструментов или оборудования, которые вы использовали, и точной выполняемой вами операции; задействованных технических знаний или навыков; типа записей, которые вы делали, и характера любых отчетов; а также количества людей, которыми вы руководили и степени вашего руководства.

2C. Опишите вид и объем физической активности, связанной с вашей обычной работой в течение обычного рабочего дня, отметив наиболее подходящий ответ ниже.

Сколько часов в день вы:
Ходили? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
Стояли? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
Сидели? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Как часто в течение дня вы: Наклонялись? ☐ Никогда ☐ Иногда ☐ Часто ☐ Постоянно
Тянулись? ☐ Никогда ☐ Иногда ☐ Часто ☐ Постоянно

Подъем и переноска: Опишите, что поднималось и как далеко это переносилось:

Какой самый тяжелый предмет вы поднимали?
☐ 10 фунтов ☐ 20 фунтов ☐ 50 фунтов ☐ 100 фунтов ☐ Более 100 фунтов.

Какой вес вы часто поднимали или переносили?
☐ До 10 фунтов ☐ До 25 фунтов ☐ До 50 фунтов ☐ До 100 фунтов

Часть 6. Примечания

1. Используйте этот раздел как дополнительное место для ответов на любые предыдущие вопросы. Также используйте это поле для указания любой дополнительной информации, которая, по вашему мнению, будет полезна при принятии решения по вашему заявлению об инвалидности (например, сведений о других заболеваниях или травмах, не перечисленных ранее).

To be Completed by Interviewer (Заполняется проводящим собеседование лицом)

2. Говорит ли заявитель по-английски? ☐ Да ☐ Нет Если нет, то на каком языке он/она говорит:

3. Нужна ли заявителю помощь при заполнении его или ее заявления? ☐ Да ☐ Нет
Если да, укажите контактные данные третьего лица на странице 1.

4. Отметьте, какие указанные ниже трудности, при наличии, были замечены во время собеседования с заявителем.

☐ Чтение ☐ Письмо ☐ Ответы на вопросы ☐ Слух
☐ Сидение ☐ Понимание ☐ Использование рук ☐ Дыхание
☐ Зрение ☐ Хождение ☐ Другое (указать):

☐ **Не наблюдалось**

Если отмечен какой-либо из вышеперечисленных пунктов, опишите конкретную отмеченную трудность:

5. Имеются ли какие-либо незавершенные/текущие оценки в рамках программы ABD (для пожилых, незрячих или недееспособных людей)? Да ☐ Нет ☐

☐ Физическое здоровье; дата: _____

☐ Психическое здоровье; дата: _____

6. Полностью опишите заявителя (например, общее телосложение, рост, вес, поведение, любые трудности, которые увеличивают или дополняют указанные выше):

Подпись проводящего собеседование лица	Дата	ФИО проводящего собеседование лица (написать печатными буквами или напечатать)
Номер телефона проводящего собеседование лица (и код города)		Community Services Office (Местное отделение общественной службы)