Disability Report (Báo Cáo Khuyết Tật)

Medical Disability Decision (Quyết Định Về Khuyết Tật Y Tế)
DSHS 14-144A

Mẫu Báo Cáo Khuyết Tật, DSHS 14-144A, thu thập thông tin về tình trạng khuyết tật, bằng chứng y tế và quá trình làm việc của khách hàng để Division of Disability Determination Services (Bộ Phận Dịch Vụ Xác Định Khuyết Tật, DDDS) sử dụng trong việc xác định tình trạng khuyết tật y tế.

Social Service Specialist (Chuyên Gia Dịch Vụ Xã Hội, SSS), Public Benefits Specialist (Chuyên Gia Phúc Lợi Công Cộng, PBS) hoặc Người Quản Lý Hồ Sơ khởi xướng DSHS 14-144A. Nhân viên được chỉ định phải đảm bảo rằng Community Service Office (Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng, CSO) và số điện thoại được ghi chú trên biểu mẫu. Đánh dấu vào ô thích hợp để cho biết rằng quyết định về tình trạng khuyết tật được yêu cầu dành cho Non-Grant Medical Assistance (Hỗ Trợ Y Tế Không Tài Trợ, NGMA) hoặc Healthcare for Workers with Disabilities (Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Lao Động Khuyết Tật, HWD). Thêm mẫu đơn đã hoàn thành vào gói quyết định về khuyết tật.

1. Nhân viên được chỉ định hoàn thành tiêu đề để chỉ ra tên, Social Security Number (Số An Sinh Xã Hội, SSN), và tình trạng khuyết tật của khách hàng.

2. Nhân viên được chỉ định có thể hỗ trợ khách hàng hoàn thành Phần 1 - Thông Tin Về Tình Trạng Của Quý Vị. Ngày tháng không cần chính xác nhưng nên thể hiện được tháng và năm.

3. Nhân viên được chỉ định có thể hỗ trợ khách hàng hoàn thành Phần 2 - Thông Tin Về Hồ Sơ Y Tế Của Quý Vị. Điều quan trọng là xác định bác sĩ và nguồn điều trị càng đầy đủ càng tốt.

4. Nhân viên được chỉ định có thể hỗ trợ khách hàng hoàn thành Phần 3 - Danh Sách Thuốc. SSS hoặc PBS nên xem xét thông tin để đảm bảo danh sách thuốc của khách hàng đầy đủ nhất có thể.

5. Nhân viên được chỉ định có thể hỗ trợ khách hàng hoàn thành Phần 4 - Thông Tin Về Trình Độ Học Vấn Của Quý Vị. Cần lưu ý nếu các lớp học ở trường là các lớp Giáo Dục Đặc Biệt.

6. Nhân viên được chỉ định có thể hỗ trợ khách hàng hoàn thành Phần 5 - Thông Tin Về Công Việc Quý Vị Đã Làm. Các nhà tuyển dụng cá nhân không nên được liệt kê, chỉ cần liệt kê đối với loại hình doanh nghiệp.

7. Nhân viên được chỉ định có thể hỗ trợ khách hàng hoàn thành Mục 1 trong Phần 6 - Ghi Chú. Các mục từ 2 đến 6 phải được hoàn thành bởi nhân viên SSS hoặc PBS.

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Disability Report (Báo Cáo Khuyết Tật)

Medical Disability Decision (Quyết Định Về Khuyết Tật Y Tế)

Yêu cầu dành cho:

☐ Non-Grant Medical Assistance (Hỗ Trợ Y Tế Không Tài Trợ, NGMA)

☐ Healthcare for Workers with Disabilities (Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Lao Động Khuyết Tật, HWD)

Mẫu đơn này được hoàn thành bởi nhân viên dịch vụ xã hội của DSHS, Chuyên Gia Phúc Lợi Công hoặc người quản lý hồ sơ có hợp đồng trong cuộc phỏng vấn với người yêu cầu hoặc đại diện của người yêu cầu. **Vui lòng viết in hoa, đánh máy hoặc viết rõ ràng và trả lời tất cả các mục trong khả năng tốt nhất của quý vị. Trả lời tất cả các câu hỏi. Câu trả lời đầy đủ sẽ giúp xử lý yêu cầu. Nếu quý vị cần thêm khoảng trống để trả lời bất kỳ câu hỏi nào trong biểu mẫu, hãy chuyển đến phần 6 hoặc đính kèm thêm trang giấy.**

1. Tên / Bí Danh Của Người Yêu Cầu	2. Số An Sinh Xã Hội	Số Điện Thoại (và mã vùng)

4. Bên Thứ Ba Liên Hệ	Tên Của Quý Vị	Số Điện Thoại (và mã vùng)
	Địa Chỉ	

5. Tình trạng khuyết tật của quý vị là gì? Giải thích ngắn gọn về chấn thương hoặc bệnh tật khiến quý vị không thể làm việc.

Phần 1. Thông Tin Về Tình Trạng Của Quý Vị

1. Tình trạng này lần đầu tiên gây ảnh hưởng đến quý vị vào ngày nào? _____
Tháng / Ngày / Năm

	Có	Không
2A. Quý vị có làm việc sau ngày nêu trong mục 1 ở trên không? Nếu quý vị trả lời **Không**, hãy chuyển đến mục 3A và 3B bên dưới.	☐	☐
2B. **Nếu quý vị trả lời có cho mục 2A,** tình trạng của quý vị có khiến quý vị thay đổi:		
Công việc của hoặc nhiệm vụ công việc của quý vị?	☐	☐
Giờ làm việc của quý vị?	☐	☐
Sự chuyên cần của quý vị?	☐	☐
Bất cứ điều gì khác về công việc của quý vị?	☐	☐

2C. **Nếu quý vị trả lời có cho bất kỳ mục nào trong 2B,** hãy giải thích những thay đổi trong hoàn cảnh làm việc của quý vị, ngày chúng xảy ra và tình trạng của quý vị khiến những thay đổi này trở nên cần thiết như thế nào:

3A. Khi nào tình trạng của quý vị cuối cùng khiến quý vị ngừng làm việc? _____
Tháng / Ngày / Năm

3B. Giải thích tình trạng hiện tại khiến quý vị không thể làm việc như thế nào:

Phần 2. Thông Tin Về Hồ Sơ Y Tế Của Quý Vị

1. Điền những thông tin sau về bác sĩ có hồ sơ y tế mới nhất về tình trạng khuyết tật của quý vị:	☐ **Đánh dấu tại đây nếu quý vị chưa bao giờ gặp bác sĩ để thăm khám về tình trạng khuyết tật của mình.**
Tên Bác Sĩ / Phòng Khám	Số Điện Thoại (và mã vùng)

Địa Chỉ	Ngày quý vị gặp bác sĩ này **lần đầu tiên**
Bệnh tật hoặc chấn thương mà quý vị đã khám hoặc điều trị	Ngày quý vị gặp bác sĩ này **lần cuối cùng**
Loại điều trị hoặc các loại thuốc đã nhận (ví dụ: phẫu thuật, hóa trị, xạ trị và các loại thuốc quý vị dùng cho bệnh tật hoặc thương tích của mình, nếu biết. Nếu không có điều trị hoặc thuốc, hãy viết **không có**.	

2. Quý vị có gặp bất kỳ bác sĩ nào khác kể từ khi tình trạng khuyết tật của quý vị bắt đầu không?
   ☐ Có ☐ Không
   Nếu có, hãy trả lời các thông tin sau:

Tên Bác Sĩ / Phòng Khám	Số Điện Thoại (và mã vùng)
Địa Chỉ	Ngày quý vị gặp bác sĩ này **lần đầu tiên**
Bệnh tật hoặc chấn thương mà quý vị đã khám hoặc điều trị	Ngày quý vị gặp bác sĩ này **lần cuối cùng**
Loại điều trị hoặc các loại thuốc đã nhận (ví dụ: phẫu thuật, hóa trị, xạ trị và các loại thuốc quý vị dùng cho bệnh tật hoặc thương tích của mình, nếu biết. Nếu không có điều trị hoặc thuốc, hãy viết **không có**.	

Nếu quý vị đã gặp một bác sĩ khác kể từ khi bị bệnh hoặc chấn thương này, hãy đính kèm các trang bổ sung với thông tin ở trên.

3. Quý vị từng được điều trị tại bệnh viện vì tình trạng khuyết tật của mình chưa? ☐ Có ☐ Không
   Nếu có, hãy trả lời các thông tin sau:

Tên Bệnh Viện	Số Điện Thoại (và mã vùng)
Địa Chỉ	
Ngày quý vị đến khám là ngày nào?	
Bệnh tật hoặc chấn thương mà quý vị đã khám hoặc điều trị	
Loại điều trị hoặc các loại thuốc đã nhận (ví dụ: phẫu thuật, hóa trị, xạ trị và các loại thuốc quý vị dùng cho bệnh tật hoặc thương tích của mình, nếu biết. Nếu không có điều trị hoặc thuốc, hãy viết **không có**.	

4. Nếu quý vị đã từng đến các bệnh viện khác vì bệnh tật hoặc thương tích của mình, hãy trả lời các thông tin sau:

Tên Bệnh Viện	Số Điện Thoại (và mã vùng)
Địa Chỉ	

Ngày quý vị đến khám là ngày nào?
Bệnh tật hoặc chấn thương mà quý vị đã khám hoặc điều trị
Loại điều trị hoặc các loại thuốc đã nhận (ví dụ: phẫu thuật, hóa trị, xạ trị và các loại thuốc quý vị dùng cho bệnh tật hoặc thương tích của mình, nếu biết. Nếu không có điều trị hoặc thuốc, hãy viết **không có**.

Nếu quý vị đã từng đến các bệnh viện hoặc phòng khám khác vì bệnh tật hoặc thương tích của mình, hãy liệt kê tên, ngày tháng và lý do trong Phần 6 hoặc đính kèm các trang bổ sung.

5. Quý vị đã làm các xét nghiệm sau đây trong năm qua chưa? Đánh dấu vào ô thích hợp bên dưới và nếu quý vị trả lời "có", hãy cho biết địa điểm và thời gian thực hiện xét nghiệm.

Xét nghiệm	Có	Không	Nơi Hoàn Thành	Thời Gian Hoàn Thành
Điện tâm đồ	☐	☐		
Chụp X-quang ngực	☐	☐		
X-quang khác (ghi rõ loại):	☐	☐		
Kiểm tra hơi thở	☐	☐		
Xét nghiệm máu	☐	☐		
Khác (ghi rõ):	☐	☐		

Phần 3. Danh Sách Thuốc

Tên Thuốc	Được kê đơn bởi (Tên Bác Sĩ)	Lý Do Dùng Thuốc

Nếu quý vị sử dụng nhiều loại thuốc hơn, hãy đính kèm các trang bổ sung với thông tin trên.

Phần 4. Thông Tin Về Trình Độ Học Vấn Của Quý Vị

1. **Cấp lớp cao nhất mà quý vị đã hoàn thành là bao nhiêu?** _____ Năm nào? _____
2. Quý vị đã đi học tại trường thương mại hoặc trường dạy nghề hoặc có bất kỳ hình thức đào tạo đặc biệt nào chưa? ☐ Có ☐ Không
   Nếu có, hãy trả lời các thông tin sau:

Loại hình Trường Thương Mại hoặc Trường Dạy Nghề hoặc Đào Tạo	Thời Gian Ước Chừng Mà Quý Vị Đã Tham Gia
Quý vị đã ứng dụng việc học hoặc đào tạo này như thế nào trong các công việc quý vị đã làm?	

Nếu khách hàng đang đi học, vui lòng cung cấp các thông tin sau.

Tên Trường, Địa Chỉ và Số Điện Thoại

Tên Giáo Viên

Phần 5. Thông Tin Về Công Việc Quý Vị Đã Làm

Liệt kê tất cả các công việc quý vị đã làm trong năm năm vừa qua trước khi quý vị nghỉ làm, bắt đầu với công việc thông thường của quý vị. Điều này có nghĩa là loại công việc quý vị đã làm lâu nhất. Nếu quý vị có trình độ học vấn từ lớp 6 trở xuống **và** chỉ làm công việc lao động phổ thông nặng nhọc trong vòng 35 năm trở lên, hãy liệt kê tất cả các công việc quý vị đã làm kể từ khi quý vị bắt đầu đi làm. Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, hãy đính kèm các trang bổ sung hoặc sử dụng Phần 6.

Chức Danh	Loại Hình Doanh Nghiệp	Từ	Đến	Số Ngày Mỗi Tuần	Mức Lương (mỗi giờ, ngày, tuần, tháng hoặc năm)

2A. Trong công việc thông thường được liệt kê ở trên, quý vị có:

	Có	Không
Sử dụng máy móc, công cụ hoặc thiết bị thuộc bất kỳ loại nào không?.....	☐	☐
Sử dụng kiến thức kỹ thuật hoặc kỹ năng không? ..... ……	☐	☐
Viết, hoàn thành báo cáo hay thực hiện các nhiệm vụ tương tự không?.....	☐	☐
Có trách nhiệm giám sát:..... ……	☐	☐

2B. Giải thích tất cả các câu trả lời có bằng cách đưa ra mô tả đầy đủ về: loại máy móc, công cụ hoặc thiết bị quý vị đã sử dụng và thao tác chính xác quý vị đã thực hiện; kiến thức kỹ thuật hoặc kỹ năng liên quan; loại văn bản quý vị đã viết và bản chất của bất kỳ báo cáo nào; và số lượng người quý vị đã giám sát và mức độ giám sát.

2C. Mô tả loại và mức độ vận động thể chất mà công việc thông thường của quý vị yêu cầu trong một ngày tiêu biểu bằng cách chọn câu trả lời đúng nhất bên dưới.

Quý vị dành bao nhiêu giờ một ngày để: Đi bộ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Đứng? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Ngồi? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

Tần suất của quý vị đối với việc: Cúi gập người? ☐Không bao giờ ☐ Thỉnh thoảng ☐ Thường xuyên ☐ Liên tục

Với tay? ☐Không bao giờ ☐ Thỉnh thoảng ☐ Thường xuyên ☐ Liên tục

Nâng và mang: Mô tả những gì quý vị nâng lên và khoảng cách di chuyển bao xa:

Trọng lượng nặng nhất quý vị đã nâng là bao nhiêu?
☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ 100 lbs. ☐ Hơn 100 lbs.

Trọng lượng quý vị thường xuyên nâng hoặc mang là bao nhiêu?
☐ Lên đến 10 lbs. ☐ Lên đến 25 lbs. ☐ Lên đến 50 lbs. ☐ Lên đến 100 lbs.

Phần 6. Nhận xét

1. Sử dụng phần này để có thêm khoảng trống để trả lời bất kỳ câu hỏi nào trước đó. Ngoài ra, hãy sử dụng khoảng trống này để cung cấp bất kỳ thông tin bổ sung nào mà quý vị cho rằng sẽ hữu ích trong việc đưa ra quyết định bồi thường đối với tình trạng khuyết tật của mình (chẳng hạn như thông tin về các bệnh tật hoặc thương tích khác chưa được liệt kê trước đây).

To be Completed by Interviewer (Được Hoàn Thành Bởi Người Phỏng Vấn)

2. Người yêu cầu bồi thường có nói Tiếng Anh không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, người yêu cầu bồi thường nói ngôn ngữ nào:

3. Người yêu cầu bồi thường có cần hỗ trợ xử lý yêu cầu của mình không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có, hãy hoàn thành mục liên hệ với bên thứ ba trên Trang 1.**

4. Hãy đánh dấu những khó khăn dưới đây, nếu có, mà đã quan sát thấy được khi phỏng vấn người yêu cầu bồi thường.

☐ Đọc ☐ Viết ☐ Trả lời câu hỏi ☐ Nghe
☐ Ngồi ☐ Đọc hiểu ☐ Sử dụng tay ☐ Thở
☐ Nhìn ☐ Đi lại ☐ Khác (ghi rõ):

☐ **Không Quan Sát Được**

Nếu bất kỳ mục nào ở trên được đánh dấu, hãy mô tả chính xác khó khăn liên quan:

5. Có bất kỳ đánh giá ABD hiện tại / đang chờ xử lý nào không? ☐ Có ☐ Không

☐ Thể Chất; ngày tháng: _____

☐ Sức Khỏe Tâm Thần; ngày tháng: _____

6. Mô tả đầy đủ về người yêu cầu (ví dụ: tổng thể, chiều cao, cân nặng, hành vi, bất kỳ khó khăn nào thêm vào hoặc bổ sung cho những thông tin đã được lưu ý ở trên):

Chữ Ký Của Người Phỏng Vấn	Ngày	Tên Người Phỏng Vấn (đánh máy hoặc viết in hoa)
Số Điện Thoại Của Người Phỏng Vấn (và mã vùng)		Community Services Office (Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng)