د معلولیت راپور

د طبي معلولیت پرېکړه

DSHS (Department of Social and Health Services)، د ټولنیزو او روغتیایي خدمتونو ریاست) 14-144A

د معلولیت د راپور فورمه، DSHS 14-144A، د مراجع د معلولیت، طبي شواهدو او د کار د مخینې په اړه معلومات راټولوي تر څو د معلولیت معلومولو د خدمتونو د څانګې (Division of Disability Determination Services, DDDS) له خوا د طبي معلولیت په معلومولو کې وکارول شي.

د ټولنیزو خدمتونو متخصص (Social Service Specialist, SSS)، د عامه ګټو متخصص (Public Benefits Specialist, PBS) یا قراردادي د قضیې مدیر DSHS 14-144A فورمه پیلوي. ټاکل شی کارکوونکی باید ډاډ ترلاسه کړي چې د ټولنیزو خدمتونو دفتر (Community Service Office, CSO) او د تلیفون شمېره په فورمه کې لیکل شوي دي. مناسبه خانه یا بکس په نښه کړئ تر څو وښیي چې د معلولیت پرېکړه د له وړیا مرستې پرته طبي مرستې (Non-Grant Medical Assistance, NGMA) یا د معلولیت لرونکو کارګرانو د روغتیایي پاملرنې (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD) لپاره غوښتل شوې ده. بشپړه شوې فورمه د معلولیت د پرېکړې بستې کې شامله کړئ.

1. ټاکل شوی کارکوونکی سرلیک بشپړوي تر څو د مراجع نوم، د ټولنیز امنیت شمېره (Social Security Number, SSN)، او د معلولیت لامل کېدونکي ستونزه په ګوته کړي.

2. ټاکل شوی کارکوونکی کولای شي له مراجع سره د برخه 1 - ستاسو د حالت په اړه معلومات په بشپړولو کې مرسته وکړي. اړینه نه ده چې نېټې دې دقیقې وي، خو باید میاشت او کال څرګند کړي.

3. ټاکل شوی کارکوونکی کولای شي له مراجع سره د برخه 2 - ستاسو د طبي سوابقو په اړه معلومات په بشپړولو کې مرسته وکړي. د ډاکترانو او د درملنې د سرچینو مشخصول د امکان تر کچې په بشپړه توګه اړین دي.

4. ټاکل شوی کارکوونکی کولای شي له مراجع سره د برخه 3 - د درملو لېست په بشپړولو کې مرسته وکړي. SSS یا PBS باید معلومات وګوري تر څو ډاډ ترلاسه کړي چې د مراجع د درملو لېست د امکان تر حده بشپړ دی.

5. ټاکل شوی کارکوونکی کولای شي له مراجع سره د برخه 4 - ستاسو د زده کړو په اړه معلومات په بشپړولو کې مرسته وکړي. باید پاملرنه وشي چې د ښوونځي ټولګي، د ځانګړي زده کړې ټولګي وو او که نه.

6. ټاکل شوی کارکوونکی کولای شي له مراجع سره د برخه 5 - د هغه کار په اړه معلومات چې کړی مو دی په بشپړولو کې مرسته وکړي. کارګمارونکي باید په انفرادي توګه ونه لیکل شی، یوازې د کاروبار ډول باید ولیکل شي.

7. ټاکل شوی کارکوونکی کولای شي له مراجع سره د برخه 6 - ملاحظات د 1 مورد په بشپړولو کې مرسته وکړي. له 2 څخه تر 6 پورې موارد باید د SSS یا PBS کارکوونکی بشپړ کړي.

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

د معلولیت راپور
د طبي معلولیت پرېکړه

غوښتنه د دې لپاره ده:
☐ له وړیا مرستې پرته طبي مرسته (NGMA)
☐ د معلولیت لرونکو کارګرانو لپاره روغتیایي پاملرنه (HWD)

دا فورمه د DSHS د ټولنیزو خدمتونو د کارکوونکي، د عامه ګټو د متخصص، یا د قرارداد له مخې د قضیې د مدیر له خوا د ادعا کوونکي یا د هغه د استازي سره د مرکې پر مهال ډکېږي. **مهرباني وکړئ ټول معلومات په چاپي بڼه، ټایپ کولو سره، یا په لاس سره په واضح ډول وليکئ او ټولو توکو ته د خپلې وړتیا تر حده په بڼه توګه ځواب ورکړئ. ټولو پوښتنو ته ځواب ورکړئ. بشپړ ځوابونو د ادعا په پروسس کولو کې مرسته کوي. که د فورمې د هرې پوښتنې د ځواب لپاره اضافي ځای ته اړتیا لرئ، نو 6 برخې ته لاړ شئ یا اضافي پاڼې ضمیمه کړئ.**

1. د ادعا کوونکي نوم/مستعار	2. د ټولنیز امنیت شمېره	د تلیفون شمېره (او سیمه ییز کوډ)

4. درپیمه خوا اړیکه	نوم	د تلیفون شمېره (او سیمه ییز کوډ)
	پته	

5. ستاسو د معلولیت لامل کېدونکي ستونزه څه ده؟ په لنډ ډول هغه ټپ یا ناروغي تشریح کړئ چې ستاسو د کار کولو مخه نیسي.

برخه 1. ستاسو د حالت په اړه معلومات

1. په لومړي ځل په کومه نېټه دې حالت یا ناروغۍ وځوروليئ؟ _____
میاشت / ورځ / کال

	هو	نه
A2. آیا تاسو پورته په 1 مورد کې له ښودل شوې نېټې وروسته کار کړی؟ که مو ځواب **نه** وي، نو لاندې A3 او B3 ته لاړ شئ.	☐	☐
B2. **که مو A2 ته ځواب هو ورکړی وي،** نو آیا ستاسو حالت یا ناروغي د دې لامل شوه چې لاندې موارد بدل کړئ:		
خپله دنده یا د دندې کارونه؟	☐	☐
خپل کاري ساعتونه؟	☐	☐
خپله حاضري؟	☐	☐
ستاسو د کار په اړه کوم بل څه؟	☐	☐

C2. **که په B2 کې مو کوم یو مورد ته هو ځواب ورکړی وي،** نو تشریح کړئ چې ستاسو د کار په شرایطو کې بدلونونه څه وو، په کومو نېټو پېښ شول، او څنګه ستاسو حالت دغه بدلونونه اړین ګرځولي وو:

A3. بالاخره کله ستاسو حالت د دې لامل شو چې کار ودروئ؟ _____
میاشت / ورځ / کال

B3. تشریح کړئ چې ستاسو حالت اوس څنګه ستاسو د کار کولو مخه نیسي:

برخه 2. ستاسو د طبي سوابقو په اړه معلومات

1. د هغه ډاکټر په اړه لاندې معلومات وليکئ چې ستاسو د معلولیت لامل کېدونکي ستونزې په اړه تر ټولو وروستي طبي سوابق لري:	☐ **که مو د خپل معلولیت لامل کېدونکي ستونزې لپاره هېڅکه ډاکټر سره لیدنه نه وي کړې نو دا ځای په نښه کړئ.**
د ډاکټر نوم / کلینک	د تلیفون شمېره (او سیمه ییز کوډ)

پته	هغه نېټه چې **لومړی ځل** مو دې ډاکټر سره لیدنه وکړه
هغه ناروغي یا ټپ چې د هغې لپاره مو معاینه یا درملنه وکړه	هغه نېټه چې **وروستی ځل** مو دې ډاکټر سره لیدنه وکړه
د ترلاسه شوې درملنې یا درملو ډول (یعني، جراحي، کیموتراپي، شعاعي درملنه او هغه درمل چې د خپلې ناروغۍ یا ټپ لپاره یې استعمالوئ، که معلوم وي. که مو هېڅ درملنه یا درمل نه وي ترلاسه کړي، نو **هېڅ نه** ولیکئ.	
2. د معلولیت لامل کېدونکې ستونزې (ناروغۍ) له پیل راهیسې مو کوم بل ډاکټر سره لیدنه کړې؟ ☐ هو ☐ نه **که ځواب هو وي، نو لاندې موارد ځواب کړئ:**	
د ډاکټر نوم / کلینک	د تلیفون شمېره (او سیمه ییز کوډ)
پته	هغه نېټه چې **لومړی ځل** مو دې ډاکټر سره لیدنه وکړه
هغه ناروغي یا ټپ چې د هغې لپاره مو معاینه یا درملنه وکړه	هغه نېټه چې **وروستی ځل** مو دې ډاکټر سره لیدنه وکړه
د ترلاسه شوې درملنې یا درملو ډول (یعني، جراحي، کیموتراپي، شعاعي درملنه او هغه درمل چې د خپلې ناروغۍ یا ټپ لپاره یې استعمالوئ، که معلوم وي. که مو هېڅ درملنه یا درمل نه وي ترلاسه کړي، نو **هېڅ نه** ولیکئ.	
که مو د دې ناروغۍ یا ټپ راهیسې له نورو ډاکټرانو سره لیدنه کړې وي، نو د پورته معلوماتو سره اضافي پاڼې ضمیمه کړئ.	
3. آیا ستاسو د معلولیت لامل کېدونکې ناروغۍ لپاره مو په روغتون کې درملنه شوې ده؟ ☐ هو ☐ نه **که ځواب هو وي، نو لاندې موارد ځواب کړئ:**	
د روغتون نوم	د تلیفون شمېره (او سیمه ییز کوډ)
پته	
د لیدنو نېټې مو کومې وې؟	
هغه ناروغي یا ټپ چې د هغې لپاره مو معاینه یا درملنه وکړه	
د ترلاسه شوې درملنې یا درملو ډول (یعني، جراحي، کیموتراپي، شعاعي درملنه او هغه درمل چې د خپلې ناروغۍ یا ټپ لپاره یې استعمالوئ، که معلوم وي. که مو هېڅ درملنه یا درمل نه وي ترلاسه کړي، نو **هېڅ نه** ولیکئ.	
4. که د خپلې ناروغۍ یا ټپ لپاره نورو روغتونونو ته تللي وئ، نو لاندې موارد ځواب کړئ:	
د روغتون نوم	د تلیفون شمېره (او سیمه ییز کوډ)
پته	

د لیدنو نېټې مو کومې وې؟
هغه ناروغي یا ټپ چې د هغې لپاره مو معاینه یا درملنه وکړه
د تړلاسه شوې درملنې یا درملو ډول (یعنې، جراحي، کیموتراپي، شعاعي درملنه او هغه درمل چې د خپلې ناروغۍ یا ټپ لپاره یې استعمالوئ، که معلوم وي. که مو هېڅ درملنه یا درمل نه وي تړلاسه کړي، نو **هېڅ نه** ولیکئ.

که د خپلې ناروغۍ یا ټپ لپاره نورو روغتونونو یا کلینیکونو ته تللي وئ، نو نومونه، نېټې او دلایل یې په برخه 6 کې ولیکئ، یا اضافي پاڼې ضمیمه کړئ.

5. آیا تاسو ته تېر کال له لاندې معایناتو څخه کومه یوه ترسره شوې؟ لاندې مناسب بکس یا خانه په نښه کړئ، او که مو ځواب "هو" وي، نو د معاینې د ترسره کېدو ځای او وخت ولیکئ.

معاینه	هو	نه	چېرته ترسره شوې	کله ترسره شوې
الکتروکارډیوګرام	☐	☐		
د سینې اېکسرې (X-ray)	☐	☐		
بله اېکسرې (X-ray) (ډول یې مشخص کړئ):	☐	☐		
د ساه اخیستلو یا تنفسي معاینات	☐	☐		
د وینې معاینې	☐	☐		
نورې (مشخص یې کړئ)	☐	☐		

برخه 3. د درملو لیست

د درمل نوم	د تجویز کوونکي (ډاکټر نوم)	د درملو لامل

که تاسو نور درمل کاروئ، نو له پورتنیو معلوماتو سره اضافي پاڼې ضمیمه کړئ.

برخه 4. ستاسو د زده کړو په اړه معلومات

1. **تاسو د ښوونځي تر ټولو لوړه کومه درجه بشپړه کړې ده؟** _____ په کوم کال کې؟ _____

2. آیا حرفوي یا مسلکي ښوونځي ته تللي یاست یا مو کومه ځانګړې روزنه تړلاسه کړې ده؟ ☐ هو ☐ نه
که ځواب هو وي، نو لاندې موارد ځواب کړئ:

د حرفوي یا مسلکي ښوونځي یا روزنې ډول	ستاسو د ګډون کولو تقریبي نېټې

دغه زده کړې یا روزنه په هغه کار کې څنګه کارول کېده چې تاسو کاوه؟

که مراجع ښوونځي ته ځي، نو مهرباني وکړئ لاندې معلومات وړاندې کړئ.

د ښوونځي نوم، پته، او د تلیفون شمېره

د ښوونکي نوم

برخه 5. د هغه کار په اړه معلومات چې تاسو مخکې کاوه

ټولې هغه دندې وليکئ چې له کار درولو څخه مخکې مو په تېرو پنځو کلونو کې لرلې دي، او له خپلې معمول دندې څخه يې پيل کړئ. يعنې هغه کار چې تر ټولو زياتې مودې لپاره مو کړی وي. که تر 6م ټولګي پورې يا لږې زده کړې لرئ **او** د 35 يا زياتو کلونو لپاره مو يوازې غير مسلکي درانه کارونه کړي وي، نو ټولې هغه دندې وليکئ چې د کار پيلولو راهيسې مو کړي دي. که نور ځای ته اړتيا لرئ، نو يا اضافي پاڼې ضميمه کړئ او يا برخه 6 وکاروئ.

د ندې عنوان	د کاروبار ډول	له	تر	په اوونۍ کې څو ورځې	د معاش کچه (په ساعت، ورځ، اوونۍ، مياشت يا کال کې)

A2. آيا ستاسو د معمول دنده کې چې پورته يادې شوې، تاسو: هو نه

ماشينونه، وسايل يا تجهيزات کارول (که هر ډول وو)؟ ..... ☐ ☐

تخنيکي پوهه يا مهارتونه کارول؟ ..... ☐ ☐

ليکل مو کول، راپورونو مو بشپړول يا ورته کارونه مو کول؟ ..... ☐ ☐

د څارنې يا نظارتي مسؤليتونه مو لرل: ..... ☐ ☐

B2. د لاندې مواردو په اړه د بشپړو توضيحاتو په ورکولو سره ټول هو ځوابونه تشريح کړئ: د ماشينونو، وسايلو او تجهيزاتو ډولونه چې کارولې مو دي او هغه دقيق عمليات يا فعاليت چې ترسره کړی مو دی؛ اړونده تخنيکي پوهه يا مهارتونه؛ د ليکلو ډول چې کړي مو دي، او د هر ډول راپور څرنګوالی؛ او د هغو کسانو شمېر چې تاسو يې څارنه يا نظارت کړي او ستاسو د څارنې يا نظارت حد.

C2. لاندې د ترټولو غوره ځواب په نښه کولو سره، په يوه معمولي ورځ کې ستاسو د معمول دندې اړوند د فزيکي فعاليت ډول او اندازه تشريح کړئ.

په يوه ورځ کې به څو ساعتونه تاسو: په پښو تګ کاوه؟ ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8

ولاړ وئ؟ ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8

ناست وئ؟ ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8

په ورځ کې به تاسو څو ځله: کږېدلئ/خم کېدلئ؟ ☐هېڅکله نه ☐کله نا کله ☐په مکرر ډول ☐په دوامداره توګه

لاس مو اوږدوه؟ ☐هېڅکله نه ☐کله نا کله ☐په مکرر ډول ☐په دوامداره توګه

درانه شيان پورته کول او انتقالول: تشريح کړئ چې څه شی مو پورته کاوه او تر کومه واټنه مو وړل:

تر ټولو دروند وزن چې تاسو پورته کړی، څومره و؟
☐ 10 lbs. (لس پونډه) ☐ 20 lbs. (شل پونډه) ☐ 50 lbs. (پنځوس پونډه) ☐ 100 lbs. (سل پونډه) ☐ له 100 lbs. (سل پونډو) څخه زیات.

هغه وزن چې په مکرر ډول به مو پورته کاوه یا لېږداوه، څومره وو؟
☐ تر 10 lbs. (لس پونډو) پورې. ☐ تر 25 lbs. (پنځه ویشت پونډو) پورې. ☐ تر 50 lbs. (پنځوس پونډو) پورې. ☐ تر 100 lbs. (سل پونډو) پورې.

برخه 6. ملاحظات

1. دا برخه د تېرو کومو پوښتنو د ځواب لپاره د اضافي ځای په توګه وکاروئ. همدارنګه، دا برخه د هر ډول هغه اضافي معلوماتو ورکولو لپاره وکاروئ چې تاسو ګڼئ ستاسو د معلولیت د ادعا په اړه په پرېکړه کولو کې مرسته کوي (د ښېلګې په توګه د خپلو نورو هغه ناروغیو یا ټپونو په اړه معلومات چې مخکې نه دي لیکل شوي).

باید د مرکه کوونکي له خوا بشپړ شي

2. آیا ادعا کوونکی په انګلیسي خبري کوي؟ ☐ هو ☐ نه که ځواب نه وي، نو ادعا کوونکی/کوونکي په کومه ژبه خبري کوي:

3. آیا ادعا کوونکی/کوونکي د خپلې ادعا پروسیس کولو لپاره مرستې ته اړتیا لري؟ ☐ هو ☐ نه
که ځواب هو وي، نو په 1 پاڼه کې د درېیمې خوا د اړیکې معلومات بشپړ کړئ.

4. په نښه کړئ چې له ادعا کوونکي سره د مرکې پر مهال کومې لاندې ستونزې ولیدل شوې، که کومې شتون لري.

☐ لوستل	☐ لیکل	☐ پوښتنو ته ځوابونه ورکول	☐ اورېدل
☐ کېناستل	☐ درک کول	☐ لاسونه کارول	☐ ساه اخیستل
☐ لیدل	☐ ګرځېدل	☐ نورې (مشخص یې کړئ):	

☐ **هېڅ یوه ستونزه نه ده لیدل شوې**

که له پورتنیو مواردو څخه کوم یو په نښه شوی وي، نو اړونده ستونزه په دقیق ډول تشریح کړئ:

5. کومې پاتې / اوسنۍ ABD (Aged, Blind, Disabled، مشران، ړانده او معلول کسان) ارزونې شته؟ ☐ هو ☐ نه

☐ فزیکي؛ نېټه: _____

☐ رواني روغتیا؛ نېټه: _____

6. ادعا کوونکی به بشپړ ډول تشریح کړئ (مثال، عمومي فزیکي حالت، لوړوالی، وزن، چلند، کومې ستونزې چې په پورته یادو شویو ستونزو سره اضافه وي یا یې ترڅنګ وي):

د مرکه کوونکي لاسلیک	نېټه	د مرکه کوونکي نوم (ټایپ شوی یا چاپ شوی)

د مرکه کوونکي د تلیفون شمېره (او سیمه ییز کوډ)	د ټولنیزو خدمتونو دفتر