Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

ABAWD आवश्यकता: चिकित्सकीय रिपोर्ट

ABAWD Requirement: Medical Report

कृपया नीलो वा कालो मसी प्रयोग गर्नुहोस्।

DSHS को मेल गर्ने ठेगाना
DSHS, PO BOX 11699
TACOMA WA 98411-9905

DSHS को फोन नम्बर
( )

DSHS को फ्याक्स नम्बर
888-338-7410

मुद्दा / सेवाग्राहीको आइडी नम्बर

खण्ड 1. सेवाग्राहीद्वारा भर्नुपर्ने

सेवाग्राहीको नाम (पूरा नाम)

सामाजिक सुरक्षा नम्बर (वैकल्पिक)

बिरामी/सेवाग्राही सहभागीको स्वीकृति:

सामाजिक तथा स्वास्थ्य सेवा विभागलाई अनुरोध गरिएको चिकित्सा जानकारी र/वा पुनर्वास सहभागिताको खुलासा गर्न म अधिकार दिन्छु।

बिरामी/सेवाग्राही सहभागीको हस्ताक्षर

मिति

खण्ड 2. स्वास्थ्यकर्मीद्वारा भरिनुपर्ने **

कृपया तलको बाकसमा निम्नमध्ये एक वा बढी प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्। कृपया आफ्नो संस्थामा रहेको पेशा वा पदसहित यस फाराममा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति उल्लेख गर्नुहोस्। **

1. के यी व्यक्ति गर्भवती छिन्? ☐ हो ☐ होइन ☐ थाहा छैन
   यदि हो भने, म्याद मिति: _____
2. के यी व्यक्ति व्यावसायिक पुनर्स्थापना कार्यक्रम, मानसिक स्वास्थ्य परामर्श कार्यक्रम वा लागूऔषध वा मदिरा उपचार वा परामर्श कार्यक्रमका सहभागी हुन्? ☐ हो ☐ होइन
   यदि हो भने, कार्यक्रम समाप्त हुने अनुमानित मिति: _____
3. के यस व्यक्तिलाई अस्थायी वा स्थायी रूपमा कुनै मानसिक तथा/वा शारीरिक रोग वा अशक्तता छ, जसका कारण उनीहरूलाई हप्तामा 20 घण्टा काम गर्न बाधा पुग्छ? ☐ हो ☐ होइन
   यदि हो भने, कृपया उनीहरूको स्वास्थ्य अवस्थाले गर्दा उनीहरू कति अवधिसम्म हप्ताको 20 घण्टा काम गर्न असमर्थ हुनेछन्, सो उल्लेख गर्नुहोस्:
   ☐ 30 दिनभन्दा कम ☐ 1 – 3 महिना ☐ 3 – 6 महिना
   ☐ 6 – 9 महिना ☐ 9 – 12 महिना ☐ 12 महिनाभन्दा बढी वा अनिश्चित कालसम्म

माथि उपलब्ध गराइएको जानकारी सत्य र सही छ भनी म प्रमाणित गर्दछु।

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर गरिएको मिति

फोन नम्बर (क्षेत्र कोडसहित)
( )

यहाँ नाम लेख्नुहोस्

पद / पेशा**

ठेगाना

सहर

राज्य

जिप कोड

** यस फाराममा निम्नमध्ये कुनै पनि व्यक्तिले हस्ताक्षर गर्न सक्नुहुन्छ: चिकित्सक, चिकित्सकको सहायक, चिकित्सकको कार्यालयको तोकिएको प्रतिनिधि, नर्स प्राक्टिसनर, ओस्टियोप्याथ, इजाजतपत्र प्राप्त वा प्रमाणित मनोवैज्ञानिक, लागुपदार्थ तथा मदिरा दुर्व्यसन परामर्शदाता, प्रमाणित मानसिक स्वास्थ्य परामर्शदाता, इजाजतपत्र प्राप्त स्वतन्त्र क्लिनिकल सामाजिक कार्यकर्ता, इजाजतपत्र प्राप्त प्रमाणित सामाजिक कार्यकर्ता वा प्रमाणित मिडवाइफ। कुनै व्यक्तिले पुनर्स्थापना वा परामर्श कार्यक्रममा गरेको सहभागिता पुष्टि गर्ने प्रयोजनका लागि (खण्ड 2), उक्त कार्यक्रमका निर्देशक वा सम्बन्धित व्यक्तिको परामर्शदाताले पनि यस विवरणमा हस्ताक्षर गर्न सक्नुहुन्छ।