Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

Kinakailangan sa ABAWD: Ulat Medikal

ABAWD Requirement: Medical Report

Mangyaring gumamit ng asul o itim na tinta.

ADDRESS NG KOREO NG DSHS	
DSHS, PO BOX 11699 TACOMA WA 98411-9905	
NUMERO NG TELEPONO NG DSHS **( )**	NUMERO NG FAX NG DSHS **888-338-7410**
NUMERO NG ID NG KASO / KLIYENTE	

Seksyon 1. Sasagutan ng kliyente

PANGALAN NG KLIYENTE (MANGYARING ISULAT SA MALALAKING TITIK)	NUMERO NG SOCIAL SECURITY (OPSYONAL)

Awtorisasyon ng pasyente / kliyenteng kalahok:

Pinahihintulutan ko ang pagbibigay ng impormasyong medikal at/o partisipasyon sa rehabilitasyon na hinihiling ng Kagawaran ng mga Serbisyong Panlipunan at Pangkalusugan.

LAGDA NG PASYENTE / KLIYENTENG KALAHOK _____ PETSA _____

Seksyon 2. Sasagutan ng isang medikal na propesyonal **

Mangyaring sagutin ang isa o higit pa sa mga sumusunod na katanungan sa kahon sa ibaba. Mangyaring lagdaan at lagyan ng petsa ang form na ito kasama ang iyong propesyon o posisyon sa iyong ahensiya. **

1. Buntis ba ang indibidwal na ito? ☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi alam
   Kung oo, inaasahang petsa ng panganganak: _____

2. Ang indibidwal ba na ito ay kalahok sa isang programa sa bokasyonal na rehabilitasyon, isang programa sa pagpapayo sa kalusugan ng isip, o isang programa sa paggamot o pagpapayo para sa droga o alkohol?
   ☐ Oo ☐ Hindi
   Kung oo, inaasahang petsa ng pagtatapos ng programa: _____

3. Ang indibidwal ba na ito ay may sakit o kapansanan sa isip at/o katawan, pansamantala o permanente, na makakapigil sa kanila na makapagtrabaho ng 20 oras sa isang linggo? ☐ Oo ☐ Hindi
   Kung oo, mangyaring tukuyin kung gaano katagal silang pipigilan ng kanilang kondisyon na makapagtrabaho ng 20 oras sa isang linggo:
   ☐ Wala pang 30 araw ☐ 1 – 3 buwan ☐ 3 – 6 buwan
   ☐ 6 – 9 buwan ☐ 9 – 12 buwan ☐ Higit sa 12 buwan o walang takdang panahon

Pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay sa itaas ay totoo at tumpak.

LAGDA	PETSA NG PAGLAGDA	NUMERO NG TELEPONO (NA MAY AREA CODE) **( )**
ISULAT DITO ANG PANGALAN SA MALALAKING TITIK		TITULO / PROPESYON**
ADDRESS	LUNGSOD	ESTADO ZIP CODE

** Ang form na ito ay maaaring lagdaan ng sinuman sa mga sumusunod: doktor, assistant ng doktor, itinalagang kinatawan ng opisina ng doktor, nurse practitioner, osteopath, lisensyado o sertipikadong psychologist, tagapayo para sa pang-aabuso sa droga at alkohol, sertipikadong tagapayo para sa kalusugan ng isip, lisensyadong independiyenteng clinical social worker, lisensyadong sertipikadong social worker, o sertipikadong komadrona. Para sa layunin ng pagpapatunay sa partisipasyon ng isang indibidwal sa isang programa sa rehab o pagpapayo (Seksyon 2), ang direktor ng programa o ang tagapayo ng indibidwal ay maaari ring lumagda sa pahayag na ito.