



病症或残障症状证明文件之提交要求 Documentation Request for Medical or Disability Condition

致医疗保健服务提供者：

_____ (name of client) 告诉我们，他们或他们所照护的家庭成员有某种病症、心理疾病或情绪症状阻止或限制当事人参加WorkFirst计划活动，包括求职、就业准备、教育课程、培训或工作活动。

请填写随函附寄的表格，以描述这些局限。此外，若某种症状预计将持续三个月以上，还请提交最近的案卷笔记之副本。

我们将根据这些情况来确定求职、就业准备、教育课程、培训或工作活动的参与程度（每周时间最多达40小时）。 请向DSHS（而非当事人）收取与提供这些信息相关的任何费用。

请于_____ (deadline date) 之前提供上述信息。若未收到您提供的信息，我们可能会要求您全时参与上述活各类活动，每周时间最多达40小时。

如果您有任何疑问，或者需要更多时间才能向我们提交有关信息，请与我联系，电话号码是_____ (number of worker)。您可以将填妥的此文件及任何案卷笔记发送到我们的全州传真号码1-888-338-7410或邮寄给DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699。

特此致谢。

工作人员姓名

病症或残障症状证明文件之
提交要求

Documentation Request for Medical or Disability Condition

个案当事人姓名	出生日期	个案当事人识别号码
被评估患者的姓名（如果与上方的个案当事人姓名不同）		
WORKFIRST工作人员姓名		电话号码
社区服务处(CSO)地址		
<p>为了协助本部确定上面列名之者参与活动的局限性，请提供以下信息：</p> <p>1. 此人是否有特定的（请勾选）<input type="checkbox"/> 身体、<input type="checkbox"/> 心理、<input type="checkbox"/> 情绪或 <input type="checkbox"/> 身心发展问题，从而有必要给予特殊的调整安排或考虑？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>2. 若是如此，请问是何种症状及诊断结果如何？</p> <p>这是否以测试结果、化验单等为依据？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>3. 上列的身体、心理、情绪或身心发展问题是否会限制个人工作、寻找工作或准备工作的能力？<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>限制能力的实例包括提举重物、长时间站立或就座、遵循指示、弯腰、向上伸展、在长时间内集中注意力、做重复的动作、与他人交往，或者接触化学品或合成材料。其他限制能力的实例包括参加教育或培训课程学习，而此类活动可能需要参加者长时间就座；填写求职申请书，而此类活动可能需要记忆保持能力、读写以及信息收集；安排预约并按时赴约；使用交通工具；排队等候；参加面试；遵循一项提高就业竞争能力的书面计划；或者维护自身利益。</p> <p>若是如此，请描述具体的局限性：</p> <p>若是如此，此人的参与时间应限制为每周： <input type="checkbox"/> 0小时（无法参与） <input type="checkbox"/> 1 – 10小时 <input type="checkbox"/> 11 – 20小时 <input type="checkbox"/> 21 – 30小时 <input type="checkbox"/> 31 – 40小时。</p>		



4. 此人在提携重物方面是否有任何局限性？ 是 否

若是如此，此人具有以下局限性：

严重局限性：不能提举至少2磅重的物体，或者不能站立或行走。

常坐不动的工作：能提举最重达10磅的物体，并能频繁*提举或携带卷宗及小型工具之类的物品。常坐不动的工作可能会要求从事者坐定、行走或短时间站立。

轻体力工作：能提举最重达20磅的物体，并能频繁*提举或携带最重达10磅的物体。即使较轻的工作很少要求从事者提举重物，在每个8小时工作日内，其行走或站立时间仍会达到6小时。此类工作也会要求从事者在大部分时间内以坐姿工作，并偶尔需要使用臂部或腿部推拉各种控制器。偶尔一词的涵意是，从事工作者能履行上述职能，而且在每个8小时工作日内履行上述职能的时间为极少时间至2.5小时。不要求连续履行上述职能。

体力要求适中的工作：能提举最重达50磅的物体，并能频繁*提举或携带最重达25磅的物体。

重体力工作：能提举最重达100磅的物体，并能频繁提举或携带最重达50磅的物体。

* 频繁一词的涵意是，从事工作者能履行上述职能，而且在每个8小时工作日内履行上述职能的时间为2.5小时至6小时。不要求连续履行上述职能。

5. 此人的症状是否影响其获得服务的能力（例如使用电话、接受服务、安排预约并按时赴约、使用交通服务，或者寻找服务地点）？

是 否

若是如此，请描述：

6. 此人的症状是否持久并有可能影响其工作、求职或参加就业培训的能力？

是 否； 如果症状不持久，那么将在多长时间内影响其从事工作、求职或参加就业培训的能力？请使用下方空栏指出周数或月数：

_____ 周数，或

_____ 月数。

7. a. 您是否曾针对此人的健康状况或残障症状而制定一项专门的治疗计划？

是 否

若是如此，请描述该治疗计划。

b. 谁将提供和监控此人的持续治疗计划？

8. 是否存在需要进一步评估或评测的特定问题? 是 否

若是如此, 请描述评测或评估的类别, 以及应为此人转介何种专科医生。

9. 如果被评估的患者与所列的当事人姓名不同, 由于患者症状对当事人参与能力的影响, 请填写以下内容。

根据子女/成人亲属的症状, 勾选适当的方框:

- 家长/看护人每周可参加0 – 10小时。
- 家长/看护人每周可参加11 – 20小时。
- 家长/看护人每周可参加21 – 30小时。
- 家长/看护人每周可参加超过30小时。
- 欲知详情, 请与我联系。

您希望家长将需要提供多长时间的此级别看护服务:

病症/心理健康服务提供商/其他专业机构

签名	日期	电话号码
----	----	------

姓名与职称 (请工整填写)

邮寄地址	城市	州	邮政编码
		WA	

信息透露授权书

本人授权_____向社会福利服务部透露此表格中的信息, 以及能用以证实存在阻止本人就业的疾病/伤症之任何医疗记录信息, 而且此信息仅可用于评估本人参与WorkFirst计划活动的的能力。本人明白, 如果涉及心理健康问题、酒精或毒品滥用或性传染病(STD) (包括艾滋病毒感染/艾滋病) 的诊断测试结果或治疗信息属于上述记录的组成部分, 则所透露的内容将包括这些诊断测试结果或治疗信息。(华盛顿州修订法规(RCW) 78.24.105)

病人签名	日期
------	----

说明

DSHS WorkFirst计划个案管理员/社会工作人员：本表格的目的在于当您的工作、求职、参加培训和（或）接受服务的能力因病症或残障而受影响时，帮助您制定一项个人责任计划。**若有其它文件证明，则不强制要求使用此表格。**您可以把此表格交给申请人/接受者，以便他们将此表格交予适当的专业服务提供者，供其填妥；您也可以将此表格直接邮寄给服务提供者。如果您选择邮寄此表格，则应请当事人在最后一页上签名，并随函附寄一个写有回邮地址且经邮资机盖戳的回邮信封，而且应写明您的姓名，以确保表格寄还给正确的收件人。

DSHS客户：此表格用于向医疗服务提供者收集信息，以便协助您的个案管理员或社会工作人员审核您的健康问题，并制定一项最适合您的特定需求及局限性的个人责任计划。

医师/医疗保健服务提供者：对于领取公共补助（贫困家庭临时补助(TANF)）的成人个案当事人，要求他们必须就业、主动求职，或者每周参加32至40小时就业培训。由于健康问题，有些个案当事人可能无法达到这一要求。这些个案当事人可能需要延缓参加就业培训活动；也许能参加活动，但参加时间有限；或者需要避免某些特定类别的就业培训活动。请填妥此表格并交予个案当事人，发送给我们的全州传真号码1-888-338-7410，或邮寄给WorkFirst个案管理员或社会工作人员，地址为DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699。如果您的记录资料中已经有涉及当事人局限性的笔记、信件或其它文件证明，请提交给我们。