



의료 또는 장애 증세에 대한 병력기록부 요청서 Documentation Request for Medical or Disability Condition

의료진 귀하,

_____ (name of client)이(가) 저희에게 말하기를 본인이나 본인이 보살피는 가족이 의료적, 정신적 또는 감정적인 건강상태로 인해 수혜자가 구직이나 취업준비, 교육, 훈련 또는 일 등을 포함한 WorkFirst 활동에 참가할 수 없거나 제한하는 활동이 있다고 했습니다.

그러므로 동봉한 양식에 이 사람의 건강상태로 인해 가해진 제한사항이 무엇인지를 설명해 주시기 바랍니다. 또한 이 건강상태가 3개월 이상 지속될 것으로 예상하는 경우 이 환자의 병력 기록부 사본을 제공해 주십시오.

저희는 이 병력 기록부에 있는 정보를 사용하여 구직, 취업준비, 교육, 훈련 또는 일 등, 이 사람의 WorkFirst 참여 등급(최대 40시간)을 결정하게 됩니다. 본 정보 제공에 관련된 비용은 수혜자가 아닌 DSHS에 청구해 주십시오.

정보는 _____ (deadline date)까지 제공해 주십시오. 이 정보를 보내주지 않으면 이 사람은 매주 최대 40시간까지 위에 언급한 활동(들)에 전시간 참여해야 할 수도 있습니다.

질문이 있거나 이 정보를 보내는 데 시간적 여유가 더 필요하시면 _____ (number of worker)(으)로 전화하십시오. 작성하신 본 문서와 차트는 저희 주 전역 팩스번호 1-888-338-7410로 보내시거나 DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699로 송부하실 수 있습니다.

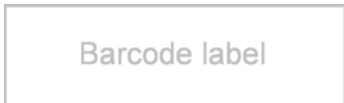
감사합니다,

담당자 이름

의료 또는 장애 증세에 대한
병력기록부 요청서

Documentation Request for Medical or Disability Condition

수혜자/의뢰인 이름	생년월일	수혜자/의뢰인 ID 번호
위에 명시된 수혜자와 이름이 다른 경우 평가 환자 이름		
WORKFIRST 직원 이름	전화번호	
보사부 사무처(CSO) 주소		
<p>보건사회부에서 위에 이름이 적힌 사람의 제한사항을 결정할 수 있도록 다음 정보를 제공해 주시기 바랍니다.</p> <p>1. 이 사람은 특수한 편의 제공이나 고려가 필요한 <input type="checkbox"/> 신체적, <input type="checkbox"/> 정신적, <input type="checkbox"/> 정서적, 또는 <input type="checkbox"/> 발달 상의 문제가 있습니까 (해당하는 칸에 표시해주시시오)? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>2. '예'일 경우 이 사람의 건강상태나 진단결과를 알려주시겠습니까?</p> <p>이 사람의 건강상태나 진단은 검사나 임상실험을 실시한 결과로 나온 것입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>3. 위에 명시된 신체적, 정신적, 정서적, 발달 상의 질환이 해당 개인의 업무 수행이나 구직, 업무 준비 능력을 제한합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>이 사람의 건강상태를 볼 때 직무를 수행하는 데 따르는 제한의 예에 무거운 물건을 들어올리는 일, 장시간 서있거나 앉아 있는 일, 지시사항을 따르는 일, 허리를 굽히는 일, 위로 손을 들어 올리는 일, 장시간 집중하는 일, 반복적인 동작, 다른 사람과의 대화 또는 화학물, 합성(인조) 물품에 노출 제한이 포함됩니까? 다른 예로 장시간 앉아 있어야 하거나, 구직을 완료하거나(기억력이 필요할 수도 있는 구직 신청서 작성, 읽기 또는 쓰기, 정보 수집 포함), 약속을 정하고 유지하거나, 교통편을 이용하거나, 줄을 서거나, 면접에 참여하거나, 취직 계획서를 작성하거나 자신을 변호하는 것과 연관될 수 있는 교육 상 또는 직업 상 수업에 참여하는 능력이 제한되는 것이 포함됩니다.</p> <p>'예'일 경우 그 제한 사항을 설명하십시오.</p> <p>예'일 경우 이 사람의 참여를 주당 몇 시간으로 제한해야 하는지 표기하십시오. <input type="checkbox"/> 0 시간 (참여 불가) <input type="checkbox"/> 1 - 10 시간 <input type="checkbox"/> 11 - 20 시간 <input type="checkbox"/> 21 - 30 시간 <input type="checkbox"/> 31 - 40 시간.</p>		



4. 이 사람이 물건을 들거나 운반하는데 어떤 제한이 있습니까? 예 아니오

예일 경우 이 사람에게 따르는 제한사항을 아래에 체크하십시오.

심각한 제한: 2파운드 이상의 무게를 들 수 없거나 서 있거나 걸을 수 없음.

앉아서 수행하는 작업: 최대 10파운드는 들 수 있음, 파일이나 작은 공구 등, 물품을 자주* 들거나 운반할 수 있음. 앉아서 하는 일의 경우 앉거나 걷고 잠깐씩 서 있어야 할 수도 있습니다.

가벼운 작업: 최대 20파운드까지 들 수 있으며, 10파운드 정도까지 자주* 들거나 운반할 수 있음. 물건을 들어 올리는 일 자체가 문제가 되지는 않을 수도 있지만 이 일에는 하루 8시간 일과시간 중에서 6시간동안 걸거나 서 있어야 하고 또는 대부분 앉아서 일을 해도 가끔씩 팔이나 다리를 조정해 밀거나 당겨야 할 수도 있습니다. 여기서 말하는 "가끔씩"이란 이 사람의 하루 8시간 일과시간 중에서 아주 적은 시간에서 최대 2.5시간까지 직무를 수행할 수 있어야 함을 의미합니다. 직무를 연속적으로 수행해야 하는 것은 아닙니다.

중간 강도의 작업: 최대 50파운드까지 들 수 있으며, 25파운드 정도까지 자주* 들거나 운반할 수 있음.

높은 강도의 작업: 최대 100파운드까지 들 수 있으며, 50파운드 정도까지 자주* 들거나 운반할 수 있음.

* 여기서 말하는 "자주"란 이 사람이 하루 8시간 일과 중 2.5~6시간의 직무를 수행할 수 있어야 함을 의미합니다. 직무를 연속적으로 수행해야 하는 것은 아닙니다.

5. 이 사람의 건강상태가 서비스 이용이나 연락 능력(예: 전화 사용, 치료 받기, 약속을 정하고 유지하기, 교통 서비스 사용 또는 서비스 장소 찾기 등)에 영향을 미칩니까?

예 아니오

예일 경우 그에 대해 설명하십시오.

6. 이 사람의 건강상태가 이 사람이 취업을 하거나 구직 또는 직업훈련을 받는 데 영구적인 제한을 가합니까?

예 아니오, 이 사람의 질환이 영구적이지 않다면 이 사람의 건강상태가 이 사람이 취업을 하거나 구직 또는 직업훈련을 받는 데 얼마 동안 제한을 받을 것 같습니까? 아래 공란에 주나 개월 수를 표시해주십시오.

_____ 주 수, 또는

_____ 개월 수

7. a. 이 사람의 건강과 관련하여, 해당 건강상태와 장애를 다룰 어떤 특정 치료계획서가 있습니까?

예 아니오

예일 경우 해당 치료계획서를 설명하십시오.

b. 이 사람의 지속적인 치료 계획은 누가 제공하고 감독합니까?

8. 검진이나 평가를 더 받아야 하는 어떤 문제가 있습니까? 예 아니오

예'일 경우 어떤 유형의 검진이나 평가를 해야 하는지, 어떤 전문의에게 의뢰를 해야 하는지 설명하십시오.

9. 환자의 질환이 수혜자의 참여 능력에 영향을 미치는 경우, 환자의 이름과 수혜자의 이름이 다르다면, 다음을 작성해주십시오.

아동/성인 친족의 상태를 고려하였을 때 적절한 보기에 표시하십시오.

- 부모/보호자는 주당 0 - 10 시간 동안 참여할 수 있습니다.
- 부모/보호자는 주당 11 - 20 시간 동안 참여할 수 있습니다.
- 부모/보호자는 주당 21 - 30 시간 동안 참여할 수 있습니다.
- 부모/보호자는 주당 30 시간 넘게 참여할 수 있습니다.
- 자세한 정보는 저에게 문의해주십시오.

부모가 이러한 수준의 보호를 얼마나 제공해야 할 것으로 예상하십니까?

의료/정신건강 의사/기타 전문의

서명	날짜	전화번호
----	----	------

이름 및 직함, 정자체 기입

우편 주소	시	주	우편번호
		WA	

정보 공개 승인서

본인은, _____(이)가 본인의 WorkFirst 프로그램 참여도 능력을 평가하기 위한 것에 한해, 이 양식에 있는 정보와 일을 하지 못하는 데 원인이 되는 질병/상해 증세를 실증할 수 있는 의료기록부 정보를 보건사회부(Department of Social and Health Services)에 제공해도 됨을 승인합니다. 본인은 해당 정보가 본인의 병력 기록의 일부인 경우 정신건강, 알코올 또는 약물 남용 및 HIV/AIDS를 포함한 성병 결과 등, 특히 진단을 위한 검사 또는 치료 정보가 공개될 수 있음을 이해합니다. (워싱턴주 개정법(RCW) 제78.24.105항)

환자의 서명	날짜
--------	----

안내

DSHS WorkFirst 사례 관리자/사회복지사: 이 양식의 목적은 해당 개인의 직무 수행 능력, 구직, 직업훈련 참여 및/또는 서비스 이용 등에 영향을 미칠 수 있는 개인의 증세나 장애의 결과에 따른 한 개인의 책임 계획서 작성을 돕기 위한 것입니다. **사용할 수 있는 다른 문서가 있을 경우 이 양식을 필히 사용하지 않아도 됩니다.** 이 양식은 해당 신청인/수혜자에게 주어 해당 전문 서비스 의료진에게 제출하여 작성케 하거나 귀하가 직접 그 의료진에게 우편으로 부칠 수 있습니다. 이 양식을 우편으로 부치기로 선택하는 경우, 이 양식 마지막 장에 수혜자/의뢰인의 서명을 받은 다음, 책임자에게 이 양식이 반환되도록 우편요금에 이미 지불된 봉투에 귀하의 이름을 써 넣어 부치시기 바랍니다.

DSHS 고객: 이 양식의 목적은 고객의 의료진으로부터 해당 정보를 수집하기 위한 것입니다. 이 정보는 케이스 매니저나 사회복지사가 고객의 건강문제를 검토하여 특정 필요와 제한사항에 가장 알맞는 개인 책임 계획서를 작성하는 일에 도움이 됩니다.

의사/의료진 정부보조금(TANF)을 수혜하는 성인은 취업을 하거나 적극적인 구직 활동 또는 일주일에 32~40시간동안 취업을 위한 교육을 받을 의무가 있습니다. 하지만 일부 수혜자/의뢰인들은 건강관련 문제로 이러한 요건을 충족하지 못하는 경우도 있습니다. 이에 해당되는 수혜자/의뢰인들은 취업 활동을 잠시 미루어야 할 필요가 있거나 참여는 하되 한정된 시간 동안만 할 수도 있으며 또는 어떤 유형의 직업활동은 하지 않아야 할 수도 있습니다. 이 양식을 작성하셔서 수혜자에게 전달하시고 주 전역 팩스 번호 1-888-338-7410으로 보내시거나 **DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699**의 WorkFirst Case Manager 또는 Social Worker에게 보내주십시오. 이 개인에게 제기된 제재사항 등이 기록된 귀하의 소견, 서신 또는 기타 문서가 있으시면 저희에게 보내주시기 바랍니다.