



Запрос на получение документации о физическом или психическом заболевании

Documentation Request for Medical or Disability Condition

Уважаемый медицинский работник или представитель лечебного учреждения!

_____ (имя и фамилия клиента) сообщил(а) нам о том, что его (её) физическое или психическое заболевание либо эмоциональное расстройство либо физическое или психическое заболевание либо эмоциональное расстройство члена семьи, за которым ухаживает указанное лицо, препятствуют или ограничивают его (её) участие в мероприятиях программы WorkFirst, которые могут включать поиск работы, подготовку к трудовой деятельности, образовательные занятия, тренинг и трудовую деятельность.

Опишите, пожалуйста, эти ограничения в прилагаемой форме. **Кроме того, если заболевание может продлиться более трех месяцев, приложите, пожалуйста, копии текущих записей из истории болезни.**

Мы будем использовать эти сведения для определения уровня участия в мероприятиях программы общей продолжительностью до 40 часов в неделю; мероприятия могут включать поиск работы, подготовку к трудовой деятельности, образовательные занятия, тренинг и трудовую деятельность. Счета в связи с любыми затратами, связанными с получением необходимой информации, выставлять Департаменту DSHS, а не клиенту.

Пожалуйста, предоставьте требуемые сведения до _____ (крайний срок/дата). Если мы не получим от вас никакой информации, то мы можем потребовать участия в вышеупомянутых мероприятиях программы на условиях полной рабочей недели (общей продолжительностью до 40 часов в неделю).

Если у вас есть вопросы, или вам требуется дополнительное время для отправки информации, позвоните мне по тел.

_____ (номер телефона работника). Вы можете отправить этот заполненный документ и любые данные в отношении заболевания/состояния на наш единый для штата номер факса 1-888-338-7410 или указанные материалы отправить в адрес: DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Благодарю вас,

Имя и фамилия работника

Запрос о предоставлении документации о физическом заболевании или психическом/эмоциональном состоянии

Documentation Request for Medical or Disability Condition

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
ФАМИЛИЯ И ИМЯ ОПИСЫВАЕМОГО ПАЦИЕНТА (ЕСЛИ ОН НЕ ЯВЛЯЕТСЯ УКАЗАННЫМ ВЫШЕ КЛИЕНТОМ)		
ИМЯ И ФАМИЛИЯ СОТРУДНИКА WORKFIRST		НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС ОТДЕЛА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (COMMUNITY SERVICES OFFICE, CSO)		
<p>Для содействия Департаменту в определении уровня ограничений на трудовую деятельность вышеназванного лица предоставьте, пожалуйста, следующую информацию:</p> <p>1. Есть ли у данного лица конкретные проблемы (отметьте соответствующее поле) с <input type="checkbox"/> физическим или <input type="checkbox"/> психическим здоровьем, <input type="checkbox"/> эмоциональным состоянием либо <input type="checkbox"/> развитием, которые требуют особого внимания или адаптации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>2. Если да, то в чём состоят эти проблемы, и каков диагноз?</p> <p>Подтверждены ли эти заключения результатами лабораторных анализов и т.п.? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>3. Являются ли указанные выше физические, психические, эмоциональные проблемы или проблемы развития данного лица фактором, который не дает ему эффективно работать, искать работу или проходить подготовку к работе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>В частности, могут быть ограничены способности клиента поднимать тяжёлые предметы, стоять или сидеть продолжительное время, выполнять указания, нагибаться, тянуться наверх, концентрироваться в течение продолжительного времени, выполнять повторяющиеся движения, взаимодействовать с другими людьми или переносит воздействие химических препаратов и синтетических материалов? Другими примерами могут быть ограниченные способности в связи с посещением образовательных занятий и курсов профессионального обучения, на которых может потребоваться сидеть в течение продолжительного времени, заполнение заявлений (что может потребовать сохранения в памяти информации, чтения, письма и сбора информации), запись и проезд вовремя (с использованием транспорта) на назначенные собеседования; стояние в очередях; участие в собеседованиях; выполнение письменного плана по трудоустройству; а также отстаивание своих интересов?</p> <p>Если да, опишите специфические ограничения:</p>		
<p>Если да, то участие данного лица в соответствующих мероприятиях должно быть ограничено следующим числом часов в неделю: <input type="checkbox"/> 0 часов (не в состоянии участвовать) <input type="checkbox"/> 1 – 10 часов <input type="checkbox"/> 11 – 20 часов <input type="checkbox"/> 21 – 30 часов <input type="checkbox"/> 31 – 40 часов.</p>		



4. Ограничена ли способность данного лица поднимать и переносить предметы? Да Нет
Если да, то ограничения по подъёму и переносу предметов для данного лица имеют следующий характер:
- Способность существенно ограничена: Данное лицо неспособно поднимать предметы весом от 2 фунтов и выше либо неспособно стоять и ходить.
 - Лицо способно выполнять сидячую или малоподвижную работу: Данное лицо способно поднимать предметы весом до 10 фунтов и многократно* поднимать и переносить такие предметы как папки и небольшие инструменты. Сидячая или малоподвижная работа может предусматривать сидение, ходьбу или стояние в течение коротких периодов времени.
 - Лицо способно выполнять легкую работу: Данное лицо способно поднимать предметы весом до 20 фунтов и многократно* поднимать и переносить предметы весом до 10 фунтов. Хотя вес поднимаемых предметов может быть незначительным, лёгкая работа может потребовать ходьбы или стояния общей продолжительностью до 6 из 8 часов в день либо сидения большую часть времени с периодическим толканием или вытягиванием рычагов ручного или ножного управления. "Периодическое" в данном контексте означает, что общая продолжительность действий данного лица по выполнению указанной функции может варьироваться от очень короткого периода времени до 2,5 часов на протяжении 8-часового рабочего дня. Непрерывного выполнения данной функции не требуется.
 - Лицо способно выполнять работу умеренной тяжести: Данное лицо способно поднимать предметы весом до 50 фунтов и многократно* поднимать и переносить предметы весом до 25 фунтов.
 - Лицо способно выполнять тяжелую работу: Данное лицо способно поднимать предметы весом до 100 фунтов и многократно поднимать и переносить предметы весом до 50 фунтов.
- * "Многократно" в данном контексте означает, что общая продолжительность действий данного лица по выполнению указанной функции может варьироваться от 2,5 до 6 часов на протяжении 8-часового рабочего дня. Непрерывного выполнения данной функции не требуется.

5. Влияют ли заболевания данного лица на его (её) способность получать доступ к услугам (например, пользоваться телефоном, проходить лечение, записываться и вовремя приходить на собеседования, встречи и т.п., пользоваться транспортом и определять местонахождение пунктов получения услуг)?
- Да Нет
- Если да, то опишите:

6. Носит ли состояние данного лица непроходящий характер, и способно ли оно ограничить его (её) способности в связи с осуществлением трудовой деятельности, поиском работы и профподготовкой?
- Да Нет; Если состояние не является непроходящим, на какой период времени оно, по всей вероятности, ограничит способности лица в связи с осуществлением трудовой деятельности, поиском работы и профподготовкой? Укажите количество недель или месяцев в поле, предусмотренном ниже:
- _____ недель, или
_____ месяцев.

7. а. Выработали ли вы конкретный план лечения, направленный на преодоление проблем, связанных с заболеванием или инвалидностью данного лица?
- Да Нет
- Если да, то опишите план лечения.
- б. Кто будет реализовывать план лечения данного лица и контролировать его выполнение?

8. Есть ли конкретные проблемы, требующие дальнейшего осмотра и оценки? Да Нет

Если да, то опишите характер требуемого осмотра или оценки и укажите, к какому специалисту следует направить данное лицо.

9. Если описываемый пациент не является указанным клиентом, и его состояние оказывает существенное влияние на возможность участия клиента в программе, укажите следующую информацию.

С учетом относительного состояния ребенка / взрослого лица, отметьте соответствующие поля:

- Родитель / лицо, осуществляющее уход, может участвовать в программе 0 – 10 часов в неделю.
- Родитель / лицо, осуществляющее уход, может участвовать в программе 11 – 20 часов в неделю.
- Родитель / лицо, осуществляющее уход, может участвовать в программе 21 – 30 часов в неделю.
- Родитель / лицо, осуществляющее уход, может участвовать в программе более 30 часов в неделю.
- Свяжитесь со мной, чтобы получить дополнительную информацию.

По вашему мнению, как долго родитель будет вынужден обеспечивать уход на подобном уровне:

Поставщик медицинских услуг / Поставщик услуг психологической помощи / Другой специалист

ПОДПИСЬ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
---------	------	----------------

ФАМИЛИЯ/ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
		WA	

Разрешение на передачу информации

Я даю _____ разрешение на передачу Департаменту социального обеспечения и здравоохранения приведённой в данной форме информации, а также любой медицинской информации, подтверждающей диагноз заболевания или травмы, которые препятствуют моей трудовой деятельности, исключительно в целях проведения оценки моей способности участвовать в программе WorkFirst. Я понимаю, что данное разрешение, в частности, распространяется на передачу информации о диагностическом тестировании и лечении психических заболеваний, алкогольной и наркотической зависимости, а также результатов анализов на заболевания, передаваемые половым путём (STD), включая ВИЧ/СПИД, при условии, что такая информация включена в мои медицинские документы. (Свод пересмотренных законов штата Вашингтон, RCW 78.24.105)

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА	ДАТА
------------------	------

ИНСТРУКЦИИ

Куратор досье программы WorkFirst Департамента DSHS/социальный работник: Данная форма предназначена для оказания вам содействия в выработке "Плана личной ответственности" (Individual Responsibility Plan) в условиях, когда заболевание или инвалидность данного лица негативно сказываются на его (её) способности к трудовой деятельности, посещении курсов профподготовки и (или) доступе к получению услуг. **При наличии иной документации использование данной формы НЕ является обязательным.** Вы можете передать данную форму заявителю / получателю услуг с указанием обратиться для её заполнения к соответствующему поставщику профессиональных услуг либо направить её по почте непосредственно поставщику таких услуг. Если вы решите отправить форму почтой, то попросите клиента поставить свою подпись на последней странице и приложите к письму адресованный вам конверт с отпечатанной маркой, чтобы заполненная форма с гарантией вернулась вам по официальному адресу.

Клиент DSHS: Данная форма предназначена для сбора информации от врача или из медицинского учреждения с целью содействия вашему куратору досье или социальному работнику в ознакомлении с вашими проблемами со здоровьем и выработке "Плана личной ответственности" (Individual Responsibility Plan), который оптимальным образом удовлетворит ваши специфические нужды и примет во внимание ваши специфические ограничения.

Врач/поставщик медицинских услуг: Взрослые клиенты, получающие социальную помощь (TANF), обязаны работать, заниматься активным поиском работы или проходить курсы профобучения от 32 до 40 часов в неделю. Некоторые клиенты могут быть неспособны выполнить это требование по причинам, связанным с состоянием здоровья. Этим клиентам может потребоваться временное освобождение от трудовой деятельности, либо ограниченное участие в таковой деятельности определённое число часов в неделю, либо избегание определённых видов трудовой деятельности. Заполните, пожалуйста, эту форму и верните её клиенту, передайте по факсу, используя единый для штата номер 1-888-338-7410, либо вышлите куратору досье программы WorkFirst или социальному работнику по адресу: DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Направьте нам все имеющиеся у Вас заметки, письма и иную документацию, касающиеся ограничений данного лица.