Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

Disability Report

Medical Disability Decision
DSHS 14-144A

The Disability Report form, DSHS 14-144A, gathers information about a client's disability, medical evidence, and work history for use by the Division of Disability Determination (DDDS) in determining medical disability.

The Social Service Specialist (SSS) or Financial Service Specialist (FSS) initiates the DSHS 14-144A. The SSS or FSS should ensure that the Community Service Office (CSO), and telephone number are noted on the form. Check the appropriate box to indicate that the disability decision requested is for Non-Grant Medical Assistance (NGMA) or Healthcare for Workers with Disabilities (HWD). Add the completed form to the disability decision packet.

1. The SSS or FSS completes the heading to indicate the name, Social Security Number (SSN), and disabling condition of the client.

2. The SSS or FSS may assist the client to complete Part 1 - Information About Your Condition. Dates need not be exact, but should reflect month and year.

3. The SSS or FSS may assist the client to complete Part 2 - Information About Your Medical Records. It is important to identify physicians and treatment sources as completely as possible.

4. The SSS or FSS may assist the client to complete Part 3 - Information About Your Activities. The SSS or FSS should review information to ensure client's limitations are clearly identified.

5. The SSS or FSS may assist the client to complete Part 4- Information About Your Education. It should be noted if school classes were Special Education classes.

6. The SSS or FSS may assist the client to complete Part 5 - Information About the Work You Did. Individual employers should not be listed, only the type of business.

7. The SSS or FSS may assist the client to complete Item 1 in Part 6 - Remarks. Items 2 through 6 are to be completed by the SSS or FSS.

Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

የአካል ጉዳት ሪፖርት

Disability Report

የህክምና የአካል ጉዳት ውሳኔ

ጥያቄው ለ:

☐ እርዳታ ያልሆነ የህክምና ድጋፍ(NGMA)

☐ የአካል ጉዳተኛ ሠራተኞች የጤና ክብካቤ(HWD)

ይህ ቅፅ የካሣ ክፍያ የይገባኛል ጥያቄ አቅራቢ ወይም ተወካዩ ቀለ መጠየቅ በሚደረግለት ወቅት በ የመህበረሰብ ወይም የፋይናንስ ስራተኛ የተሞላ ነው፡፡ **የእባኮትን ፕሪንት በማድረግ፣ በመተየብ ወይም በግልጽ በመፃፍ እስከሚችሉት ድርስ ሁሉም ጥያቄዎች ይመልሱ፡፡ የሁሉንም ጥያቄዎች ይመልሱ፡፡ የጥይቄዎችን በሙሉ መመለስ የይገባኛል ጥያቄዉን እንድናከናውን ያግዘናል፡፡** ***የበቅፁ ላይ ለተጠቀሱት ጥያቄዎችን ለመመለስ ተጨማሪ ቦታ የሚያስፈልጎት ከሆነ ወደ ክፍል ሰድስት ይሂዱ ወይም ተጨማሪ ሉኮች አባሪ ያድርጉ፡፡***

1. የይገባኛል ጥያቄ አቅራቢ ስም	2. የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	3. ስልክ ቁጥር (እና የአካባቢዉ መለያ)
4. የሶስተኛ ወገን ግንኙነት ስም አድራሻ		የስልክ ቁጥር (እና የአካባቢ መለያ)
5. የአካል ጉዳትዎ ምንድነው? ከስራ የሚያግዶት ጉዳት ወይም ህመም በሚመለከት በአጭሩ ያብራሩ፡፡		

ክፍል 1. ስለ እርሶ ሁኔታ መረጃ

1. ስለ ያሉበትን ሁኔታ ለመጀመሪያ ግዜ ያሳስቦት ቀን መቼ ነበር? _____ ወር ቀን ዓመት

	አዎ	አይደለም
2ሀ. ከዚህ በላይ በተ.ቁ1 ከተገለፀው ቀን በኋላ ይሰራሉ መልስዎ **አይደለም** ከሆነ ከዚህ በታች ወደሉት 3ሀ እና 3ለ ይለፍ.	☐	☐
2ለ. **2ሀ መልስዎ አዎ ከሆነ** ጉዳትዎ በስራዎ ላይ ለውጥ እንዲያደርጉ አድርገዋልን:		
ስራዎ ወይም የስራ ግዴታዎ?	☐	☐
በሚሰሩ ሰዓታት?	☐	☐
በስራ ገበታዎ ተግኝነትዎል?	☐	☐
የስራዎ ሌሎች ማናቸውም ሁኔታዎች?	☐	☐

2ሐ. **በ2ለ ለቀረቡት ጥያቄዎች ለማናቸውም አዎ ከመለሱ** በስራ ሁኔታዎች ያደረጋቸው ለውጦች፣ ለውጡን ያደርጉባቸው ቀናት እንዴት የአካል ጉዳትዎ መስል ለውጥ ለመድረግ እንደስገደዶት ያብራሩ፡፡

3ሀ. የአካል ጉዳትዎ በመጨረሻ ሰራዎን እንድያቆሙ ያስገደዶት መቼ ነበር? _____ ወር ቀን ዓመት

3ለ. የአካል ጉዳተዎ አሁንም ወደ ስራ እንደይመለሱ ያረጐትን ሁኔታ ያብራሩ፡

ክፍል 2. ስለህክምና ማህደርዎ መረጃ

1. ስላሉበት የአካል ጉዳት ሁኔታ በቅርብ ወይም ለመጨረሻ ግዜ የህክምና ምርምራ መረጃ ያሰፈረ ዶክተር በሚመለከት የሚከተለውን መረጃ ያሞሉ፡	☐ **ስለ አካል ጉዳትዎ በሚመለከት ለመመርመር ዶክተር ፊት ቀርበው የማያውቁ ከሆነ እዚህ ያረጋግጡ፡፡**
የዶክተሩ ስም/ክሊኒክ	ስልክ ቁጥር (እና የአካባቢው መለያ ኮድ)
አድራሻ	ይህንን ዶክተር ለመጀመረያ ግዜ የቀረቡበት ቀን
የተመረመሩበት ወይም ህክምና የተሰጠበትን ህመም ወይም ጉዳት	ይህንን ዶክተር ለመጨረሻ ግዜ ያዩበት ቀን

ያገኙት የህክምና ወይም መድሃኒቶች አይነት(ቀዶ ህክምና ኮሞቴራፒ፣ ራዲዩሽን እና ለህመሙ ወይም ጉዳቱ የወሰድዎቸው መድሃኒቶች የሚያውቆቸው ከሆነ) ምንም አይነት ህክምና ካልተደረገሎት ወይም መድሃኒት ካልተሰጦት ምንም የሚለውን ይፃፉ፡፡

2. ይህ የእርስዎ የአካል ጉዳት ሁኔታ እንደጀመረዎ ማንኛውም ሌላ ዶክተር ተመልክቶዎታል? ☐ አዎ ☐ አይደለም

አዎ ከሆነ፣የሚከተለውን ይመልሱ:

የዶክተሩ ስም/ ክሊኒኩ	የስልክ ቁጥሩን(እና የአካባቢው መለያ ኮድ)
አድራሻ	ለመጀመሪያ ግዜ ይህን ዶክተር ያዩበት ቀን

የተመረመሩበት ወይም ህክምና የተሰጠበትን ህመም ወይም ጉዳት	ለመጨረሻ ግዜ ይህን ዶክተር ያዩበት ቀን
የህክምናው ዓይነት ወይም የወሰዱት መድሀኒቶች አይነት(ቀዶ ህክምና ኮሞቴራፒ፣ ራዲዩሽን እና ለህመሙ ወይም ጉዳቱ የወሰድዎቸው መድሃኒቶች የሚያውቆቸው ከሆነ) ምንም አይነት ህክምና ካልተደረገሎት ወይም መድሃኒት ካልተሰጦት ምንም የሚለውን ይፃፉ፡፡	

ስለ ህመምዎ ወይም ጉዳትዎ በሚመለከት ለመመርመር ተጨማሪ ዶክተር ፊት ቀርበው የሚያውቁ ከሆነ በተጨማሪ ገፅ ከላይ የሰጡትን መረጃ አባሪ ያድርጉ፡፡

3. ስላሉበት የአካል ጉዳት ሁኔታ በሆስፒታል ህክምና አድርገው ያውቃሉ? ☐ አዎ ☐ አይ
አዎ ከሆነ፣ የሚከተሉትን ይመልሱ፡

የሆስፒታሉ ስም	የስልክ ቁጥር (እና የአካባቢ መለያ ኮድ)
አድራሻ	
ለመጀመሪያ ግዜ ወደ እዚህ ስፍራ የሄዱበት ቀን?	
የተመረመሩበት ወይም ህክምና የተሰጠበትን ህመም ወይም ጉዳት	
ያገኙት የህክምና ወይም መድሃኒቶች አይነት(ቀዶ ህክምና ኮሞቴራፒ፣ ራዲዩሽን እና ለህመሙ ወይም ጉዳቱ የወሰድዎቸው መድሃኒቶች የሚያውቆቸው ከሆነ) ምንም አይነት ህክምና ካልተደረገሎት ወይም መድሃኒት ካልተሰጦት ምንም የሚለውን ይፃፉ፡፡	

4. ስለህመምዎ ወይም ጉዳትዎ በሚመለከት ለመመርመር ሌላ ሆስፒታል ከሄዱ የሚከተሉትን ይመልሱ፡

የሆስፒታሉ ስም	የስልክ ቁጥር (እና የአካባቢው መለያ ኮድ)
አድራሻ	
ለመጀመሪያ ግዜ ወደ እዚህ ስፍራ የሄዱበት ቀን?	
የተመረመሩበት ወይም ህክምና የተሰጠበትን ህመም ወይም ጉዳት	
ያገኙት የህክምና ወይም መድሃኒቶች አይነት(ቀዶ ህክምና ኮሞቴራፒ፣ ራዲዩሽን እና ለህመሙ ወይም ጉዳቱ የወሰድዎቸው መድሃኒቶች የሚያውቆቸው ከሆነ) ምንም አይነት ህክምና ካልተደረገሎት ወይም መድሃኒት ካልተሰጦት ምንም የሚለውን ይፃፉ፡፡	

ስለ ህመምዎ ወይም ጉዳትዎ በሚመለከት ለመመርመር ሌላ ሆስፒታል ወይም ክሊኒክ ሄደው የሚያውቁ ከሆነ በክፍል 6 ወይም በተጨማሪ ገፅ ስሞቹን፣ ቀኖቹን እና ምክንያቶቹን አባሪ ያድርጉ፡፡

5. ባለፈው ዓመት የሚከተሉትን ምርመራዎች አድረገው ያውቃሉ? መልስዎ "አዎ" ከሆነ ከዚህ በታች ወደ አለው ሳጥን ተገቢውን መልሰ ምልክት በማድረግ፣ ምርመራው መቼ እና የት እንደ ተደረገ ይገለፁ፡፡

ምርመራ	አዎ	አይደለም	የተደረገበት ቦታ	የተደረገበት ግዜ
ኢሌክትሮካረዲኦግራም	☐	☐		
የደረት ኢክስ-ሬይ	☐	☐		
ሌላ ኢክስ-ሬይ(ዓይነቱን ይጥቀሱ):	☐	☐		
የአተነፋፈስ ምርመራዎች	☐	☐		
የደም ምርመራዎች	☐	☐		
ሌላ (ይጥቀሱ):	☐	☐		

ክፍል 2. የመድሃኒቶ ዝርዝር		
የመድሃኒቶ ስም	ያዘዘው(የሃኪሙ ስም)	የመድሃኒቶ ምክንያት

ተጨማሪ መድሃኒቶች ከተጠቀሙ፣ በተጨማሪ ገፅ ከላይ የሰጡትን መረጃ አባሪ ያድርጉ፡፡

ክፍል 4. ሰለ እርስዎ የትምህርት መረጃ

1. **እርስዎ ያጠናቀቁት ከፍተኛ የትምህርት ደረጃ ምንድን ነው?** _____ ስንተኛ ዓመት ላይ? _____
2. **የንግድ ወይም ቴክኒክና ሙያ ት/ቤት ወይም የልዩ ሙያ ስልጠና ሄደው ነበር?** ☐ **አዎ** ☐ **አይ**
   አዎ ከሆነ፣የሚከተለውን ይመልሱ:

የንግድ ወይም የቴክኒክና ሙያ ት/ቤቱ ወይም ማሰልጠኛው ዓይነት	እርስዎ የተከታተሉበት አማካኝ የስልጠናው ግዜ

የዚህ ትምህርት ወይም ስልጠና ለሚሰሩት ማናቸውም ስራ እንዴት ይጠቀሙበታል

ክፍል 5. እርስዎ ሰለመሰሩት ስራ መረጃ

በተለምዶ ከሚሰሩት ስራ ጀምረው ላለፉት 15 ዓመታት እስከ ሰራ ያቆሙበት በፊት ድረስ የነበሩዎትን ሁሉንም ስራዎትን ይግለፁ፡፡ ለረዥም ግዜ የሰሩትን የስራ ዓይነት ማለት ነው፡፡ ሰራ መስራት ከጀመሩ በኋላ የነበርዎትን ሰራ በተለይም የእርስዎ የትምህርት ደረጃ 6ተኛ ወይም ከዚያ በታች እና ለ35 ዓመታት ወይም ከዚያ በላይ ከባድ የጉልበት ስራ ብቻ የሰሩ ከሆነ ሁሉንም በዝርዝር ያስቀምጡ፡፡ ተጨማሪ ቦታ የሚፈልጉ ከሆነ፣ ሌላ ወረቀት ወይም ክፍል ስድስትን ይጠቀሙ፡፡

የሰራው ስያሜ	የንግዱ አይየስራው ዓይነት	ከ	ለ፡	በሳምንት ለሰንት ቀን	የመክፈያ መለኪያው(በሰዓት፣ በቀን፣ በሳምንት፣ በወር፣ ወይስ በዓመት)

2ሀ. ከላይ በዘረዘሩት የእርስዎ የተለመዱ ሰራዎችን ሰርተዋል፡

	ሰርቼለሁ	አልሰራሁም
ማንኛውንም ዓይነት ማሽን የእጅ መሣሪያ ወይም መሣሪያ ተጠቅመዋል?	☐	☐
የሚሰሩት በእውቀት ነው ወይስ በልምድ?	☐	☐
ማንኛውም ተፅፈው የተጠናቀቀ ሪፖርቶችን ነው ወይስ ተመሳሳይ ሰራዎችን ማጠናቀቅን የሚሰሩት?	☐	☐
የተቆጣጣሪነት ኃላፊነት ነበረብዎ:.....	☐	☐

2ለ. ለሁሉም አዎ መልሶችዎ ሙሉ ገለፃ ይስጡባቸው፡ የማሽኑ ዓይነት፣ የእጅ መሣሪያ ወይም መሣሪያ እርስዎ የሚጠቀሙበት እና ትክክለኛው የሰራ ትግበዎን፣የሚጠቀሙበትን የቴክኒክ እውቀቱዎን እና ልምድዎን ማንኛውም የሪፖርቱ ፀባይ፣ ሚቆጣጠሮቸው የሰረተኞች ብዛት እና የቁጥጥርዎ መጠን ይግለፁ፡፡

2ሐ. ታች በተጠቀሱትን ከዓይነት እና መጠን የሰወነትዎ እንቅስቃሴ በእርስዎ ተለመደ የዕለት ተዕለት የቀን ሰራ ግዜዎን የሚገልፀውን በጣም የተሻለ መልስ ምልክት ያርጉ፡፡

በቀን ለስንት ስዓት በእግርዎ:	ይጓዛሉ?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	ይቆማሉ?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	ይቀመጣሉ?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8

በአማካኝ በቀን ለስንት ግዜ፡ ይጠማዘላሉ? ☐ በፍፁም ☐ ተከታታይ ያልሆነ ☐ አልፎ አልፎ ☐ በተከታታይ

በእጅ የሚደረስ ነው? ☐ በፍፁም ☐ ተከታታይ ያልሆነ ☐ አልፎ አልፎ ☐ በተከታታይ

ማንሳትና መሸከም፡ ምን ታነሳ እንደነበር እና ምን ያህል እርቀት ተሸከም እንደነበር ግለፅ፡፡

በጣም ከባድ የሚባለው ክበደት ያነሳህው ስንት ፓዎንድ ነበር? ☐10ፓዎንድ ☐20ፓዎንድ ☐50ፓዎንድ ☐100ፓዎንድ ☐100ፓዎንድ በላይ፡፡

አልፎ አልፎ ታነሳ እና ተሸከመው የነበረው ክብደት ስንት ነበር? ☐ እስከ 10 ፓዎንድ ☐ እስከ 25 ፓዎንድ ☐ እስከ 50ፓዎንድ ☐ እስከ 100 ፓዎንድ፡፡

ክፍል 6. ማስታወሻ

1. ይህን ክፍል ቅድም ለተጠየቁት ለማንኛውም ጥያቄዎች ለተጨማሪ የመልስ ቦታነት ይጠቀሙ፡፡ በተጨማሪም ይህን ቦታ እርሰዎ ለጉዳትዎ ካሳ ውሳኔ ለማድረግ የሚረዳ ማንኛውም ተጨማሪ መረጃ መጠቀም ይችላሉ(ለምሳሌ ሰለሌላ ህመምዎ መረጃ ወይም ከዚህ በፊት ያልተጠቀሰ ጉዳቶችዎ)፡፡

TO BE COMPLETED BY INTERVIEWER (በቃለ-መጠየቅ አድራጊው የሚሞላ)

2. Does the claimant speak English? ☐ Yes ☐ No If no, what language doe he/she speak:

3. Does the claimant need assistance processing his or her claim? ☐ Yes ☐ No
If yes, complete the third party contact on Page 1.

4. Check which difficulties below, if any, were observed while interviewing the claimant.

☐ Reading ☐ Writing ☐ Answering questions ☐ Hearing
☐ Sitting ☐ Understanding ☐ Using hands ☐ Breathing
☐ Seeing ☐ Walking ☐ Other (specify):
☐ NONE OBSERVED

If any of the above items were checked, describe the exact difficulty involved:

5. Any pending / current ABD evaluations? ☐ Yes ☐ No

☐ Physical; date: _____

☐ Mental Health; date: _____

6. Describe the claimant fully (e.g., general build, height, weight, behavior, any difficulties that add to or supplement those noted above):

INTERVIEWER'S SIGNATURE DATE	INTERVIEWER'S NAME (TYPE OR PRINT)
INTERVIEWER'S TELEPHONE NUMBER (AND AREA CODE)	COMMUNITY SERVICES OFFICE