

## طلب توثيق الحالة الطبية والقدرة الوظيفية الباقية

عزيزي مقدم الرعاية الصحية:

بالنسبة للعملاء البالغين لكي يحصلوا على المساعدة العامة (TANF)، يتعين عليهم العمل أو البحث بنشاط عن عمل أو الحصول على تدريب للعمل لمدة تصل إلى 40 ساعة في الأسبوع. قد لا يتمكن بعض العملاء من تلبية هذا المطلب بسبب المشكلات المتعلقة بالصحة. قد يحتاج هؤلاء العملاء إلى تأجيل مؤقت من نشاط العمل، أو قد يكونون قادرين على المشاركة ولكن لعدد محدود من الساعات، أو قد يحتاجون إلى تجنب أنواع معينة من أنشطة العمل.

أخبرنا (اسم العميل) أنه أو أحد أفراد أسرته الذي يعتني به يعاني من حالة طبية أو عقلية أو عاطفية تمنع أو تحد من قدرته على العمل أو البحث عن عمل أو المشاركة في التدريب على العمل.

يرجى استكمال النموذج المرفق لوصف هذه القيود الطبية. إذا كانت مدة أي حالة أطول من ثلاثة أشهر، يرجى تقديم نسخ من الأدلة الطبية الموضوعية (ملاحظات الرسم البياني والمعمل والأشعة وأي فحص تشخيصي آخر) للتحقق من الحالة. يرجى إرسال فاتورة إلى DSHS، وليس العميل، مقابل أي تكاليف تتعلق بتقديم هذه المعلومات.

سنستخدم هذه المعلومات لتحديد مستوى المشاركة المطلوبة (تصل إلى 40 ساعة في الأسبوع) في هذه الأنواع من الأنشطة، وأي قيود يجب مراعاتها عند تطوير خطة نشاط مخصصة بناءً على الاحتياجات الطبية للعميل.

يرجى تقديم المعلومات بحلول \_\_\_\_\_ (الموعد النهائي). إذا لم نتلق أي معلومات طبية، فقد نطلب مشاركة بدوام كامل، تصل إلى 40 ساعة في الأسبوع، للعمل أو البحث عن وظيفة أو التدريب للعمل كما هو موضح أعلاه. إذا لم يتم استيفاء المتطلبات، فقد يتم تخفيض المزايا النقدية أو إنهاؤها.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مزيد من الوقت لإرسال المعلومات إلينا، يرجى الاتصال بي على \_\_\_\_\_ (رقم الموظف). يمكنك إرسال هذه الوثيقة المكتملة وأي دليل طبي إلى رقم الفاكس على مستوى الولاية على 1-888-338-7410 أو إرسالها بالبريد إلى DSHS. CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

شكرًا لك،

اسم الموظف

WORKFIRST  
طلب توثيق الحالة الطبية والقدرة الوظيفية الباقية

اسم العميل	تاريخ الميلاد	رقم تعريف العميل
اسم المريض الذي تم تقييمه إذا كان مختلفاً عن العميل المذكور أعلاه		
اسم موظف WORKFIRST	رقم الهاتف	
COMMUNITY SERVICES OFFICE (مكتب الخدمات المجتمعية، CSO) العنوان		
لمساعدة القسم في تحديد قيد(قيود) الفرد المذكور أعلاه، يرجى تقديم المعلومات التالية:		
1. هل يعاني هذا الشخص من مشاكل <input type="checkbox"/> جسدية أو <input type="checkbox"/> عقلية أو <input type="checkbox"/> عاطفية أو <input type="checkbox"/> تنموية محددة (يرجى وضع علامة في المربع) تتطلب ترتيبات أو اعتبارات خاصة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
2. إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي نوع الحالة (الحالات) والتشخيص؟		
هل هذا مدعوم بأدلة طبية موضوعية (فحوصات، تقارير معملية، إلخ)؟ <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إرفاق الأدلة الداعمة بهذا النموذج. <input type="checkbox"/> لا. إذا كانت الإجابة "لا"، فيرجى التطرق إلى السؤال 8.		
3. هل الحالة (الحالات) الطبية المذكورة أعلاه تحد من قدرة الشخص على العمل أو البحث عن عمل أو الاستعداد للعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، تحقق من أي أمثلة قابلة للتطبيق أدناه. <input type="checkbox"/> لا		
تتضمن أمثلة القيود القدرة على:		
<input type="checkbox"/> رفع الأشياء الثقيلة	<input type="checkbox"/> التركيز لفترات طويلة من الزمن،	<input type="checkbox"/> القيام بحركات متكررة،
<input type="checkbox"/> الوقوف أو الجلوس لفترات طويلة من الزمن	<input type="checkbox"/> التفاعل مع الناس،	<input type="checkbox"/> تحمل التعرض للمواد الكيميائية والمواد الاصطناعية
<input type="checkbox"/> اتباع التعليمات	<input type="checkbox"/> المهارات الحركية الإجمالية أو الدقيقة	<input type="checkbox"/> الاحتفاظ بالذاكرة
<input type="checkbox"/> الانحناء		
<input type="checkbox"/> الوصول لأعلى		
<input type="checkbox"/> الاحتفاظ بالذاكرة		
يرجى وصف أي قيود أخرى محددة غير مذكورة أعلاه:		
إذا كانت الإجابة بنعم، فيجب أن يقتصر هذا الشخص على حدود المشاركة التالية في الأسبوع: <input type="checkbox"/> 0 ساعة (غير قادر على المشاركة) <input type="checkbox"/> 1 - 10 ساعات <input type="checkbox"/> 11 - 20 ساعة <input type="checkbox"/> 21 - 30 ساعة <input type="checkbox"/> 31 - 40 ساعة		



10353

Barcode label

DOCUMENTATION REQUEST FOR MEDICAL CONDITION AND  
RESIDUAL FUNCTIONAL CAPACITY  
DSHS 10-353 AR (REV. 04/2020) Arabic

4. هل هذا الشخص لديه أي قيود في الرفع والحمل؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فإن هذا الشخص لديه القيود التالية:

مقيد بشدة: غير قادر على رفع 2 رطل لى الأقل أو غير قادر على الوقوف أو المشي.

العمل قليل الحركة: يقدر أن يرفع 10 أرطال كحد أقصى وبشكل متكرر \* يرفع أو يحمل أشياء مثل الملفات والأدوات الصغيرة. قد تتطلب الوظيفة قليلة الحركة الجلوس والمشي والوقوف لفترات قصيرة.

العمل الخفيف: يقدر أن يرفع 20 رطلاً كحد أقصى وبشكل متكرر \* يرفع أو يحمل ما يصل إلى 10 أرطال. على الرغم من أن الوزن المرفوع قد يكون ضئيلاً، إلا أن العمل الخفيف قد يتطلب المشي أو الوقوف لمدة تصل إلى 6 ساعات من أصل 8 ساعات يوميًا، أو يتضمن الجلوس معظم الوقت مع دفع وسحب ذراع أو ساق التحكم من حين لآخر \*.

العمل المتوسط: يقدر أن يرفع 50 رطلاً كحد أقصى وبشكل متكرر \* يرفع أو يحمل ما يصل إلى 25 رطلاً.

العمل الشاق: يقدر أن يرفع 100 رطلاً كحد أقصى وبشكل متكرر \* يرفع أو يحمل ما يصل إلى 50 رطلاً.

\* يكون الشخص قادرًا على أداء الوظيفة لمدة 2.5 إلى 6 ساعات في يوم من 8 ساعات ضروري ولا يحاول أن يكون الأداء مستمرًا.

5. هل تؤثر حالة (حالات) هذا الشخص على قدرته على الوصول إلى الخدمات (مثل استخدام الهاتف، أو تلقي العلاج، أو تحديد المواعيد والاحتفاظ بها، أو استخدام خدمات النقل، أو العثور على مواقع للخدمات) أو الدفاع عن أنفسهم؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، قم بالوصف:

6. هل حالة هذا الشخص دائمة ومن المحتمل أن تحد من قدرته على العمل أو البحث عن عمل أو التدريب على العمل؟  
 نعم  لا؛ إذا لم تكن الحالة دائمة، فإلى متى من المحتمل أن تحد حالة هذا الشخص من قدرته على العمل أو البحث عن عمل أو التدريب على العمل.  
الرجاء استخدام المساحة أدناه للإشارة إلى عدد الأسابيع أو الأشهر:

عدد الأسابيع، أو \_\_\_\_\_

عدد الأشهر. \_\_\_\_\_

7. أ. هل هناك خطة علاج محددة وضعتها لمعالجة الحالة الصحية لهذا الشخص؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بوصف خطة العلاج.

ب. من الذي سيقدم ويراقب خطة العلاج المستمرة للشخص؟

8. هل هناك مشاكل محددة تحتاج إلى مزيد من التقييم أو التقدير؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد نوع التقييم أو التقدير الذي قد يلزم لتحديد الحالات الطبية والتخطيط لمعالجتها. يرجى توضيح ما إذا كانت هناك حاجة إلى أي إحالات أخرى إلى المتخصص.

9. إذا كان المريض الذي يتم تقييمه مختلفًا عن العميل المذكور بسبب تأثير حالة المريض على قدرة العميل على المشاركة، بسبب الحاجة إلى رعاية الشخص في منزله، يرجى إكمال ما يلي.

بالنظر إلى حالة الطفل/أحد الأقارب البالغين، ضع علامة في المربع المناسب:

- الوالد / القائم بالرعاية يمكنهم المشاركة خارج المنزل من 10 إلى 1 ساعة في الأسبوع.  
 الوالد / القائم بالرعاية يمكنهم المشاركة خارج المنزل من 20 إلى 11 ساعة في الأسبوع.  
 الوالد / القائم بالرعاية يمكنهم المشاركة خارج المنزل من 30 إلى 21 ساعة في الأسبوع.  
 الوالد / القائم بالرعاية يمكنهم المشاركة خارج المنزل أكثر من 30 ساعة في الأسبوع.  
 الرجاء الاتصال بي لمزيد من المعلومات.

إلى متى تتوقع أن يحتاج الوالد إلى توفير هذا المستوى من الرعاية: \_\_\_\_\_ عدد الأسابيع

\_\_\_\_\_ عدد الأشهر

#### مقدم الرعاية الطبية / الصحة العقلية / غيرهم من المهنيين

التوقيع	التاريخ	رقم الهاتف
الاسم واللقب المطبوعين		
عنوان البريد	المدينة	الولاية WA
الرمز البريدي		

#### تفويض للإفصاح عن المعلومات

أفوض \_\_\_\_\_ بالإفصاح إلى Department of Social and Health Services (وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية، DSHS) عن المعلومات الواردة في هذا النموذج وأي معلومات سجل طبي تثبت حالة المرض/الإصابة التي تمنعني من العمل، فقط لتقييم قدرتي على المشاركة في برنامج WorkFirst. أفهم أن هذا الإفصاح يتضمن على وجه التحديد الفحص التشخيصي أو معلومات علاجية تتعلق بالصحة العقلية أو تعاطي الكحول أو المخدرات ونتائج Sexually Transmitted Diseases (الأمراض المنقولة جنسياً، STD)، بما في ذلك فيروس HIV/AIDS، عندما تكون هذه المعلومات جزءًا من السجل. (قانون Washington المعدل 78.24.105 (RCW))

توقيع المريض	التاريخ

## التعليمات

**مدير الحالة / الأخصائي الاجتماعي في DSHS WorkFirst:** الغرض من هذا النموذج هو مساعدتك في تطوير Individual Responsibility Plan (خطة المسؤولية الفردية) عندما يكون هناك تأثير على قدرة الشخص على العمل و/أو البحث عن عمل و/أو حضور التدريب و/أو الوصول إلى الخدمات، نتيجة لحالة طبية أو عجز. استخدام هذا النموذج ليس إلزامياً في حالة وجود وثائق أخرى. يمكنك إعطاء هذا النموذج لمقدم الطلب / المستلم لأخذها إلى مزود الخدمة المهنية المناسب لإكماله أو يمكنك تقديمه مباشرة إلى المزود عن طريق الفاكس أو البريد. إذا اخترت إرسال هذا النموذج بالبريد، احصل على توقيع العميل في الصفحة الأخيرة، وأرفقه في ظرفاً مدفوع الأجر.

**عميل DSHS:** الغرض من هذا النموذج هو جمع المعلومات من مقدم الخدمات الطبية الذي سيساعد مدير الحالة الخاص بك في مراجعة مشكلاتك الصحية وإنشاء Individual Responsibility Plan (خطة المسؤولية الفردية) التي تناسب احتياجاتك وقيودك الخاصة.

**الطبيب / مقدم رعاية صحية:** بالنسبة للعملاء البالغين لكي يحصلوا على المساعدة العامة (TANF)، يتعين عليهم العمل أو البحث بنشاط عن عمل أو الحصول على تدريب للعمل لمدة تصل إلى 40 ساعة في الأسبوع. قد لا يتمكن بعض العملاء من تلبية هذا المطلب بسبب المشكلات المتعلقة بالصحة. قد يحتاج هؤلاء العملاء إلى تأجيل مؤقت من نشاط العمل، أو قد يكونون قادرين على المشاركة ولكن لعدد محدود من الساعات، أو قد يحتاجون إلى تجنب أنواع معينة من أنشطة العمل. يرجى إكمال هذا النموذج وإعطائه للعميل، وإرساله إلى رقم الفاكس على مستوى الولاية 1-888-338-7410، أو إرساله إلى مدير الحالة في WorkFirst على - CSD، DSHS Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. أرسل إلينا أي ملاحظات أو خطابات أو وثائق أخرى لديك بالفعل في سجلاتك والتي تتناول قيود الشخص.