

طلب توثيق لحالة طبية أو حالة إعاقة  
Documentation Request for Medical or Disability Condition

عزيزي موفر الرعاية الصحية:

\_\_\_\_\_ (اسم العميل) أخبرنا بأنه، أو فرد في العائلة يهتم هو به، يعاني من حالة طبية أو عقلية أو عاطفية تمنع أو تحد من مشاركة العميل في أنشطة WorkFirst التي قد تتضمن البحث عن وظيفة، أو إعداد الوظيفة، أو الدورات التعليمية، أو التدريب، أو العمل.

يُرجى ملء الاستمارة المرفقة لوصف هذه القيود. وبالإضافة إلى ذلك، إذا كان من المتوقع أن تستمر حالة ما أكثر من ثلاثة شهور، يُرجى أيضًا تقديم نسخ من الملاحظات الحالية الخاصة بالمريض.

سوف نستخدم هذه المعلومات لتحديد مستوى المشاركة حتى 40 ساعة أسبوعيًا، في البحث عن وظيفة، أو إعداد الوظيفة، أو الدورات التعليمية، أو التدريب، أو العمل. يُرجى مطالبة إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS)، وليس العميل، بسداد أي تكاليف متعلقة بتقديم هذه المعلومات.

يُرجى تقديم المعلومات في موعد أقصاه \_\_\_\_\_ (تاريخ الموعد النهائي). إذا لم نتلق أي معلومات منك، فقد نطلب مشاركة بدوام كامل، يصل إلى 40 ساعة أسبوعيًا، في أنواع الأنشطة الموصوفة أعلاه.

إذا كانت لديك أي استفسارات أو إذا كنت تحتاج إلى وقت أطول لإرسال المعلومات إلينا، يُرجى الاتصال بي على \_\_\_\_\_ (رقم الباحث). يمكنك إرسال هذا المستند الكامل أو أي ملاحظات خاصة بالمريض إلى رقم الفاكس الخاص بنا المستخدم على مستوى الولاية على 1-888-338-7410 أو أرسله بالبريد إلى إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية

.DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699

شكرًا لك،

اسم الباحث

WORKFIRST  
طلب توثيق  
لحالة طبية أو حالة إعاقة



Documentation Request for Medical or Disability Condition

اسم العميل	تاريخ الميلاد	رقم تعريف العميل
اسم المريض الذي يُجرى عليه التقييم إذا كان شخصاً مختلفاً عن العميل المذكور أعلاه		
اسم موظف WORKFIRST	رقم الهاتف	
عنوان مكتب الخدمات المجتمعية (CSO)		
لمساعدة الإدارة على تحديد القيد (القيود) المفروض على الشخص المذكور أعلاه، يُرجى تقديم المعلومات التالية:		
1. هل هذا الشخص يعاني من مشكلات محددة (يُرجى تحديد المربع) <input type="checkbox"/> جسمانية، أو <input type="checkbox"/> عقلية، أو <input type="checkbox"/> عاطفية، أو <input type="checkbox"/> متعلقة بالنمو تتطلب مرافق أو اعتبارات خاصة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
2. إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، فما هو نوع الحالة (الحالات) والتشخيص؟		
هل تم دعم ذلك بالاختبار، أو تقارير المختبر، إلخ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
3. هل تفيد الحالة (الحالات) الجسمانية، أو العقلية، أو العاطفية، أو المتعلقة بالنمو المدرجة أعلاه قدرة الشخص على العمل، أو البحث عن عمل، أو الإعداد للعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
تتضمن الأمثلة على الحدود القدرة على حمل أشياء ثقيلة أو الوقوف أو الجلوس لفترات زمنية طويلة أو اتباع التعليمات أو الانحناء أو شد الجسم لأعلى أو التركيز لفترات زمنية ممتدة أو القيام بحركات متكررة أو التفاعل مع الناس أو تحمل التعرض للمواد الكيميائية أو المواد الصناعية؟ تتضمن أمثلة أخرى القدرة المحدودة على حضور الدورات التعليمية أو المهنية التي قد تتضمن الجلوس لفترات زمنية ممتدة أو ملء استمارات طلب الوظائف (والتي قد تتضمن الحفظ في الذاكرة أو القراءة أو الكتابة وجمع المعلومات) أو تحديد المواعيد وحفظها أو استخدام وسائل النقل أو الوقوف في الصف أو المشاركة في المقابلات الشخصية أو اتباع خطة القدرة على العمل أو الدفاع عن نفسه / نفسها. إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، فصف أي قيود محددة:		
إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، فإن هذا الشخص ينبغي أن يتم حصره ضمن حدود المشاركة التالية أسبوعياً: <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		



4. هل يعاني هذا الشخص من أي قيود بشأن رفع الأشياء وحملها؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، يكون لهذا الشخص القيود التالية:

- مقيد بشدة: غير قادر على رفع رطلين على الأقل أو غير قادر على الوقوف أو المشي.
- عمل يتسم بقلّة الحركة: قادر على رفع 10 أرطال كحد أقصى ويرفع بشكل متكرر\* أو يحمل الأشياء مثل الملفات والأدوات الصغيرة. قد يتطلب العمل الذي يتسم بقلّة الحركة الجلوس والمشي والوقوف لفترات قصيرة.
- العمل الخفيف: قادر على رفع 20 رطلاً كحد أقصى ويرفع بشكل متكرر\* أو يحمل ما يصل إلى 10 أرطال. على الرغم من أن الوزن المرفوع قد يكون قليلاً، إلا أن العمل الخفيف قد يتطلب المشي أو الوقوف لما يصل إلى 6 من 8 ساعات يومياً، أو يتضمن الجلوس معظم الوقت مع الدفع والسحب العرضي لأدوات التحكم في الذراع أو القدم. يعني مصطلح "عرضي" أن الشخص قادر على أداء الوظيفة ابتداءً من ساعات قليلة جداً إلى 2.5 ساعة في يوم عمله منته 8 ساعات. ليس من الضروري أن يكون الأداء مستمراً.
- العمل المتوسط: قادر على رفع 50 رطلاً كحد أقصى ويرفع بشكل متكرر\* أو يحمل ما يصل إلى 25 رطلاً.
- العمل الثقيل: قادر على رفع 100 رطل كحد أقصى ويرفع بشكل متكرر أو يحمل ما يصل إلى 50 رطلاً.
- \* يعني مصطلح "بشكل متكرر" أن الشخص قادر على أداء الوظيفة من 2.5 إلى 6 ساعات في يوم عمله منته 8 ساعات. ليس من الضروري أن يكون الأداء مستمراً.

5. هل تؤثر حالة (حالات) هذا الشخص على قدرته على الوصول إلى الخدمات (مثل استخدام الهاتف أو تلقي العلاج أو تحديد المواعيد وحفظها أو استخدام خدمات النقل أو إيجاد مواقع الخدمات)؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، فصف:

6. هل حالة هذا الشخص دائمة ومن المحتمل أن تقيد قدرته على العمل أو البحث عن عمل أو التدريب على العمل؟

نعم  لا؛ إذا لم تكن الحالة دائمة، فإلى متى من المحتمل أن تقيد حالة هذا الشخص قدرته على العمل أو البحث عن عمل أو التدريب على العمل؟ يُرجى استغلال المساحة الموفرة أدناه للإشارة إلى عدد الأسابيع أو الشهور:

عدد الأسابيع، أو \_\_\_\_\_

عدد الشهور. \_\_\_\_\_

7. أ. هل هناك خطة علاج محددة قمت بإعدادها للتناول الحالة أو الإعاقة المتعلقة بصحة هذا الشخص؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، فصف خطة العلاج.

ب. من سيقوم بتوفير ومراقبة خطة علاج الشخص المستمرة؟

8. هل هناك مشكلات محددة تحتاج إلى تقييم إضافي؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، يُرجى وصف نوع التقييم وأي نوع من المتخصصين ينبغي إحالة هذا الشخص إليه.

9. إذا كان المريض الذي يُجرى عليه التقييم شخصًا مختلفًا عن العميل المذكور بسبب تأثير حالة المريض على قدرة العميل على المشاركة، يُرجى ملء التالي.

بناءً على حالة قريب الطفل / الشخص البالغ، حدد المربع المناسب:

- يمكن للوالد / الوصي المشاركة لمدة 0 - 10 ساعات أسبوعيًا.  
 يمكن للوالد / الوصي المشاركة لمدة 11 - 20 ساعة أسبوعيًا.  
 يمكن للوالد / الوصي المشاركة لمدة 21 - 30 ساعة أسبوعيًا.  
 يمكن للوالد / الوصي المشاركة لأكثر من 30 ساعة أسبوعيًا.  
 يُرجى الاتصال بي للمزيد من المعلومات.

ما هي المدة التي تتوقع أن يحتاجها الوالد لتوفير هذا المستوى من الرعاية:

#### موفر الرعاية الصحية الطبية / العقلية / خبير آخر

التوقيع	التاريخ	رقم الهاتف
---------	---------	------------

الاسم المطبوع واللقب

عنوان المراسلة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
		WA	

#### التفويض بالإفصاح عن المعلومات

أنا أفوض \_\_\_\_\_ بالإفصاح لإدارة الخدمات الصحية والاجتماعية عن المعلومات على هذه الاستمارة وأي معلومات خاصة بالسجل الطبي تثبت حالة المرض/الإصابة التي تمنعني من العمل، وحده لتقييم قدرتي على المشاركة في برنامج WorkFirst. أنا أفهم أن هذا الإفصاح يتضمن بصفة خاصة معلومات الاختبار التشخيصي أو العلاج فيما يخص الصحة العقلية أو تناول المشروبات الكحولية أو سوء استخدام العقاقير ونتيجة الأمراض المنقولة جنسيًا (STD)، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/مرض نقص المناعة المكتسبة (AIDS)، عندما تكون هذه المعلومات جزءًا من السجل. (القانون المراجع لولاية واشنطن (RCW) 78.24.105)

توقيع الوالد	التاريخ
--------------	---------

## تعليمات

**الباحث الاجتماعي/مدير حالة WorkFirst التابع لإدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS):** الغرض من هذه الاستمارة هو مساعدتك على تطوير خطة مسئولية شخص عندما يكون هناك، كنتيجة لحالة أو إعاقة، تأثيراً على قدرة الشخص على العمل و/أو البحث عن عمل و/أو حضور تدريب و/أو الوصول إلى الخدمات. **لا يكون استخدام هذه الاستمارة إجبارياً إذا ظهرت مستندات أخرى.** يجوز لك إعطاء هذه الاستمارة إلى متقدم/مستلم ليأخذها إلى موفر خدمة الخبير المناسب لاستكمالها أو يجوز لك إرسالها بالبريد مباشرة إلى الموفر. إذا اخترت إرسال هذه الاستمارة بالبريد، فقم بالحصول على توقيع العميل في الصفحة الأخيرة، وقم بإرفاق ظرف موسوم يحمل عنوان المرسل ويتضمن اسمك لضمان إعادة الاستمارة إلى الشخص المناسب.

**عميل إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS):** الغرض من هذه الاستمارة هو جمع معلومات عن موفر الرعاية الطبي الذي سوف يساعد مدير الحالة أو الباحث الاجتماعي الخاص بك في مراجعة مشكلاتك الصحية وإنشاء خطة مسئولية شخص أكثر ملاءمة لاحتياجاتك وقيدك المحددة.

**الطبيب/موفر الرعاية الصحية:** لكي يحصل العملاء البالغون على المساعدة العامة (المساعدة المؤقتة للعائلات الفقيرة (TANF))، يجب عليهم العمل، أو البحث بنشاط عن عمل، أو الحصول على تدريب للعمل لمدة 32 إلى 40 ساعة أسبوعياً. قد لا يكون بعض العملاء قادرين على الوفاء بهذا الشرط بسبب مشكلات متعلقة بالصحة. قد يحتاج هؤلاء العملاء إلى إبعادهم مؤقتاً من نشاط عمل، أو قد يكونوا قادرين على المشاركة ولكن لعدد محدود من الساعات، أو قد يحتاجون إلى تجنب أنواع معينة من أنشطة العمل. يُرجى ملء هذه الاستمارة وإعطائها للعميل وإرسالها إلى رقم الفاكس الخاص بنا المستخدم على مستوى الولاية 1-888-338-7410 أو إرسالها إلى مدير الحالة أو الباحث الاجتماعي الخاص بـ WorkFirst على إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية.

DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. أرسل لنا أي ملاحظات أو خطابات أو مستندات أخرى تمتلكها بالفعل في سجلاتك التي تتناول قيود الشخص.