



Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (의료 상태 및 잔여 기능 용량에 대한 문서 요청)

건강 관리 제공자에게:

성인 고객이 공공 지원(TANF)을 받으려면 주당 최대 40시간 동안 일하거나, 적극적으로 일자리를 찾거나, 교육을 받아야 합니다. 일부 고객은 건강 관련 문제로 인해 이 요건을 충족하지 못할 수 있습니다. 이러한 고객은 일시적으로 업무 활동을 연기해야 하거나, 제한된 시간 동안만 참여해야 있거나, 특정 유형의 업무 활동을 피해야 할 수도 있습니다.

_____ (고객의 이름)은 자신 또는 자신이 돌보는 가족 구성원의 의료적, 정신적 또는 정서적 상태로 인해 일할 수 있는 능력이나 일자리를 찾거나 일할 수 있는 교육에 참여하는 기회를 막거나 제한한다고 말했습니다.

이러한 의학적 한계를 설명하기 위해 동봉된 양식을 작성해 주세요. **이러한 질환이 삼개월 이상 지속된 경우 객관적인 의료 증거 사본(차트 노트, 실험실, 영상 및 기타 진단 테스트)을 제공하여 질환을 확인하세요.** 이 정보 제공과 관련된 모든 비용은 고객이 아닌 DSHS에 청구하시기 바랍니다.

이 정보를 사용하여 이러한 유형의 활동에 필요한 참여 수준(주당 최대 40시간)을 결정할 것이며, 고객의 의료적 요구에 따라 맞춤형 활동 계획을 개발할 때의 제한 사항을 모두 고려할 것입니다.

작성된 양식과 추가 객관적인 의학적 증거를 _____ (기한일)까지 삼 개월 주시기 바랍니다. 의료 정보를 받지 못하면 위에서 설명한 대로 업무, 구직 또는 교육에 주당 최대 40시간의 정규직 참여가 필요할 수 있습니다. 요건을 충족하지 못하면 현금 혜택이 축소되거나 종료될 수 있습니다.

궁금한 점이 있거나 정보를 보내는 데 시간이 더 필요한 경우 _____ (근무자 연락)로 전화해 주세요. 작성된 문서와 의료 증빙 자료는 주 전체 팩스 번호 1-888-338-7410로 보내거나 우편을 통하여 DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699로 보내실 수 있습니다.

감사합니다.

_____ 근무자 이름



WORKFIRST

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

(의료 상태 및 잔여 기능 용량에 대한 문서 요청)

고객 이름	생년월일	고객 식별 번호
위에서 언급한 고객과 다른 경우 평가되는 환자의 이름		
WORKFIRST 직원 이름	전화번호	
COMMUNITY SERVICES OFFICE (커뮤니티 서비스 사무소, CSO) 주소		
부서에서 위에서 언급한 개인의 제한 사항을 결정하는 데 도움이 되도록 다음 정보를 제공하십시오:		
1. 이 사람은 특별한 편의시설이나 고려 사항이 필요한 <input type="checkbox"/> 신체적, <input type="checkbox"/> 정신적, <input type="checkbox"/> 정서적 또는 <input type="checkbox"/> 발달상의 특정 문제(상자를 확인해 주세요)가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
2. 그렇다면 어떤 유형의 질환과 진단이 있습니까? 이는 객관적인 의학적 증거(검사, 실험실 보고서 등)로 뒷받침됩니까? <input type="checkbox"/> 예. 그렇다면 이 양식에 근거 자료를 첨부해 주시기 바랍니다. <input type="checkbox"/> 아니요. 그렇지 않은 경우 질문 8로 향해 주세요.		
3. 위에 나열된 의학적 질환으로 인해 업무, 구직 또는 취업 준비에 제한이 있나요? <input type="checkbox"/> 예. 그렇다면 아래에서 해당 사례를 확인하세요. <input type="checkbox"/> 아니요		
제한의 예로는 다음과 같습니다:		
<input type="checkbox"/> 무거운 물건을 들어 올린다	<input type="checkbox"/> 장시간 집중하다	
<input type="checkbox"/> 장시간 서 있거나 앉아	<input type="checkbox"/> 반복적으로 움직이다	
<input type="checkbox"/> 지시를 따르다	<input type="checkbox"/> 사람들과 소통하다	
<input type="checkbox"/> 구부리다	<input type="checkbox"/> 화학 물질, 합성 물질에 대한 노출 허용	
<input type="checkbox"/> 위로 도달하다	<input type="checkbox"/> 총체적 또는 미세한 운동 기술	
<input type="checkbox"/> 기억 유지		
위에 나열되지 않은 기타 구체적인 제한 사항을 설명해 주세요:		
그렇다면 이 사람은 주당 다음과 같은 참여 제한으로 제한되어야 합니다:		
<input type="checkbox"/> 0 시간(참여 못함) <input type="checkbox"/> 1 - 10 시간 <input type="checkbox"/> 11 - 20 시간 <input type="checkbox"/> 21 - 30 시간 <input type="checkbox"/> 31 - 40 시간.		

DOCUMENTATION REQUEST FOR MEDICAL CONDITION AND RESIDUAL FUNCTIONAL CAPACITY
DSHS 10-353 KO (REV. 12/2024) Korean

Barcode label



10353

4. 이 사람은 들어 올리고 운반하는 데 제한이 있나요? 예 아니요

그렇다면 이 사람은 다음과 같은 제한이 있습니다:

심각한 제한: 최소 2파운드 이상 들어 올릴 수 없거나 서 있거나 걸을 수 없습니다.

좌식 작업: 최대 10파운드까지 들 수 있으며 파일이나 작은 도구와 같은 물품을 자주 들거나 운반할 수 있습니다. 좌식 작업은 경우 잠시 앉아서 견고 서 있어야 할 수도 있습니다.

가벼운 작업: 최대 20파운드, 최대 10파운드까지 자주* 들어 올리거나 운반할 수 있습니다. 들어 올리는 무게는 무시할 수 있지만 가벼운 작업을 하기 위해 하루 8시간 중 6시간까지 견거나 서 있어야 하고 또는 가끔은 대부분의 시간을* 앉아서 팔이나 다리를 밀고 당겨야 할 수도 있습니다.

중간 작업: 최대 50파운드, 최대 25파운드까지 자주* 들어 올리거나 운반할 수 있습니다.

무거운 작업: 최대 100파운드, 최대 50파운드까지 자주* 들어 올리거나 운반할 수 있습니다.

* 이 사람은 하루 8시간 동안 2.5 ~ 6시간 동안 기능을 수행할 수 있습니다. 하지만, 수행이 연속적일 필요는 없습니다.

5. 이 사람의 상태가 서비스 접근(예: 전화 사용, 치료 받기, 예약 및 유지, 교통 서비스 이용 또는 서비스 위치 찾기)이나 스스로를 보호하는 능력에 영향을 미치나요?

예 아니요

그렇다면 설명하세요:

6. 이 사람의 상태가 영구적이며 일할 수 있는 능력, 일자리를 찾거나 일할 수 있는 훈련을 제한할 가능성이 있습니까?

예 아니요. 이 질환이 영구적이지 않은 경우, 이 사람의 질환으로 인해 근무, 구직 또는 근무 훈련 능력이 얼마나 오래 제한될 수 있을까요. 아래 공간을 사용하여 주 또는 월 수를 표시하세요:

_____ 주, 또는

_____ 달.

7. a. 이 사람의 건강 관련 질환을 해결하기 위해 만든 특정 치료 계획이 있습니까?

예 아니요

그렇다면 제공되는 서비스 유형, 기간 및 치료 예약 빈도를 포함한 치료 계획을 설명합니다.

b. 누가 당사자의 지속적인 치료 계획을 제공하고 모니터링할 것입니까?

8. 추가 평가 또는 평가가 필요한 특정 문제가 있습니까? 예 아니요

그렇다면 의학적 상태를 결정하기 위해 어떤 유형의 평가 또는 평가가 필요한지 명시하고 해결할 계획을 세우세요. 전문가의 추가 의견이 필요한 경우 알려주시기 바랍니다.

9. 환자의 상태가 고객의 참여 능력에 미치는 영향으로 인해 가정 내 환자를 돌봐야 하기 하므로 평가 대상 환자와 고객이 다른 경우, 다음을 완료하시기 바랍니다.

아이/성인 친척의 상태를 고려하여 해당 상자를 선택합니다:

- 부모/관리자는 일주일에 0 - 10시간 동안 가정 이외의 장소에서 참여할 수 있습니다.
- 부모/관리자는 일주일에 11 - 20시간 동안 가정 이외의 장소에서 참여할 수 있습니다.
- 부모/관리자는 일주일에 21 - 30시간 동안 가정 이외의 장소에서 참여할 수 있습니다.
- 부모/관리자는 일주일에 30시간 동안 가정 이외의 장소에서 참여할 수 있습니다.
- 자세한 내용은 저에게 연락해 주세요.

부모가 이 수준의 관리를 제공하는 데 얼마나 걸릴 것으로 예상하십니까: _____ 주

_____ 달

의료 / 정신 건강 관리 제공자 / 기타 전문가

서명	날짜	전화번호
----	----	------

인쇄된 이름 및 제목

우편 주소	시	주	우편번호
-------	---	---	------

WA

정보 공개 권한 부여

저는 _____가 WorkFirst 프로그램에 참여할 수 있는 역량을 평가하기 위해 이 양식에 대한 정보와 제가 일할 수 없는 질병/부상 상태를 입증하는 모든 의료 기록 정보를 Department of Social and Health Services (사회보건서비스부)에 공개할 권한을 부여합니다. 이 공개는 정신 건강, 알코올 또는 약물 남용에 관한 진단 검사 또는 치료 정보와 HIV/AIDS를 포함한 Sexually Transmitted Diseases(성병, STD)의 결과가 기록의 일부인 경우 구체적으로 포함되는 것으로 알고 있습니다. (Revised Code of Washington (강령 개정, RCW) 78.24.105)

환자 서명	날짜
-------	----

지침

DSHS WorkFirst 사례 관리자/사회복지사: 이 양식의 목적은 질병 또는 무능력의 결과로 인해 근로, 구직, 교육 참석 및/또는 서비스 액세스 능력에 영향을 미칠 때 개인 책임 계획을 개발하는 데 도움이 되는 것입니다. **다른 문서가 있는 경우 이 양식을 사용해야 하는 것은 아닙니다.** 신청자/수신자에게 이 양식을 제공하여 해당 전문 서비스 제공업체에 전달하여 완료하거나 팩스 또는 우편을 통해 제공업체에 직접 제공할 수 있습니다. 이 양식을 우편으로 발송하려면 마지막 페이지에서 고객의 서명을 받은 후 선불 봉투를 동봉합니다.

DSHS 고객: 이 양식의 목적은 사례 관리자가 건강 문제를 검토하고 특정 요구 사항과 제한 사항에 가장 적합한 개별 책임 계획을 수립하는 데 도움이 되는 의료 제공업체의 정보를 수집하는 것입니다.

의사/건강 관리 제공자: 성인 고객이 공공 지원(TANF)을 받으려면 주당 최대 40 시간 동안 일하거나, 적극적으로 일자리를 찾거나, 교육을 받아야 합니다. 일부 고객은 건강 관련 문제로 인해 이 요건을 충족하지 못할 수 있습니다. 이러한 고객은 업무 활동을 일시적으로 연기해야 하거나, 참여할 수 있지만 제한된 시간 동안만 참여할 수 있거나, 특정 유형의 업무 활동을 피해야 할 수도 있습니다. 이 양식을 작성하여 고객에게 전달하거나, 주 전체 팩스 번호 1-888-338-7410로 보내거나, DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699의 WorkFirst 사례 관리자에게 보내주세요. 기록에 이미 있는 메모, 편지 또는 기타 문서 중 사람의 한계를 해결하는 문서를 보내주세요.