



Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (Permohonan Dokumentasi untuk Keadaan Perubatan dan Baki Keupayaan untuk Berfungsi)

Ke Hadapan Penyedia Jagaan Kesihatan:

Untuk klien dewasa ingin mendapatkan bantuan awam (TANF), mereka diwajibkan untuk bekerja, mencari kerja secara aktif, atau mendapat latihan untuk bekerja sehingga 40 jam seminggu. Sesetengah klien mungkin tidak dapat memenuhi keperluan ini kerana isu yang berkaitan dengan kesihatan. Klien-klien ini mungkin perlukan penundaan buat sementara waktu daripada aktiviti kerja, mungkin dapat menyertai untuk jumlah jam yang terhad, atau mungkin perlu menghindari beberapa jenis aktiviti kerja.

_____ (nama klien) memberitahu kami yang mereka, atau salah seorang daripada ahli keluarga yang mereka jaga, mempunyai keadaan kesihatan atau mental, yang menghindari atau mengehadkan mereka untuk bekerja, mencari kerja atau menyertai latihan untuk bekerja.

Sila lengkapkan borang yang dilampirkan bagi menerangkan keterbatasan perubatan ini. **Jika sebarang keadaan yang lama dari tiga bulan, sila sertakan salinan bukti perubatan objektif (nota carta, ujian makmal, imbasan pengimejan dan sebarang ujian diagnostik) bagi mengesahkan keadaan tersebut.** Sila invoiskan bil kepada DSHS bagi sebarang perbelanjaan yang berkaitan dalam menyediakan informasi ini, bukan kepada klien.

Kami akan menggunakan maklumat ini bagi mempertimbangkan tahap penyertaan yang diperlukan (sehingga 40 jam setiap minggu) dalam aktiviti-aktiviti ini, dan sebarang keterbatasan yang perlu dipertimbangkan bagi membina sebuah pelan aktiviti yang disesuaikan berdasarkan keperluan perubatan klien.

Sila sertakan borang yang lengkap ini dan sebarang bukti perubatan objektif tambahan menjelang _____ (tarikh akhir). Jika kami tidak menerima sebarang maklumat perubatan, kami memerlukan penyertaan sepenuh masa klien, sehingga 40 jam seminggu, dalam bekerja, pencarian pekerjaan atau latihan untuk bekerja seperti yang dijelaskan di atas. Jika keperluan tidak dipenuhi, faedah tunai mungkin akan dikurangkan atau dibatalkan.

Jika anda mempunyai sebarang soalan atau perlukan lebih masa untuk berikan maklumat kepada kami, sila hubungi kami di _____ (nombor pekerja). Anda boleh hantarkan dokumen lengkap ini dan sebarang bukti perubatan kepada nombor faks kami di 1-888-338-7410 atau hantaran surat kepada DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Terima kasih,

Nama Pekerja



WORKFIRST

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (Permohonan Dokumentasi untuk Keadaan Perubatan dan Baki Keupayaan untuk Berfungsi)

NAMA KLIEN	TARIKH LAHIR	NOMBOR PENGENALAN KLIEN												
NAMA PESAKIT YANG DINILAI JIKA BERLAINAN DENGAN NAMA KLIEN DI ATAS														
NAMA PEKERJA WORKFIRST	NOMBOR TELEFON													
ALAMAT COMMUNITY SERVICES OFFICE (PEJABAT PERKHIDMATAN KOMUNITI, CSO)														
<p>Bagi membantu jabatan kami mempertimbangkan keterbatasan individu yang dinamakan di atas, sila sertakan maklumat berikut:</p> <ol style="list-style-type: none">Adakah individu ini mempunyai masalah (sila tandakan pada kotak berkenaan) <input type="checkbox"/> fizikal, <input type="checkbox"/> mental, <input type="checkbox"/> emosional, atau <input type="checkbox"/> perkembangan khusus yang memerlukan penyesuaian atau pertimbangan khas? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> TidakJika ya, apakah jenis keadaan tersebut dan diagnosisnya?														
<p>Adakah ini disokong dengan bukti perubatan objektif? (ujian, laporan makmal dan lain-lain) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya. Jika ya, sila lampirkan bukti sokongan bersama-sama borang ini. <input type="checkbox"/> Tidak. Jika tidak, sila jawab Soalan 8.</p>														
<p>3. Adakah keadaan perubatan yang disenaraikan di atas membataskan individu ini untuk bekerja, mencari kerja atau bersiap sedia untuk bekerja?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya. Jika ya, sila tandakan sebarang contoh yang berkenaan di bawah. <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Contoh keterbatasan termasuklah keupayaan:</p> <table><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> mengangkat objek berat</td><td><input type="checkbox"/> memberikan fokus untuk waktu yang lama,</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> berdiri atau duduk untuk waktu yang lama</td><td><input type="checkbox"/> membuat pergerakan berulang kali,</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> mematuhi arahan</td><td><input type="checkbox"/> berinteraksi dengan orang,</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> membongkok</td><td><input type="checkbox"/> bertahan dengan pendedahan bahan kimia, sintetik</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> mencapai sesuatu di tempat tinggi</td><td><input type="checkbox"/> kemahiran motor kasar atau halus</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> memori jangka panjang</td><td></td></tr></tbody></table> <p>Sila jelaskan sebarang keterbatasan yang khusus yang tidak disenaraikan di atas:</p>			<input type="checkbox"/> mengangkat objek berat	<input type="checkbox"/> memberikan fokus untuk waktu yang lama,	<input type="checkbox"/> berdiri atau duduk untuk waktu yang lama	<input type="checkbox"/> membuat pergerakan berulang kali,	<input type="checkbox"/> mematuhi arahan	<input type="checkbox"/> berinteraksi dengan orang,	<input type="checkbox"/> membongkok	<input type="checkbox"/> bertahan dengan pendedahan bahan kimia, sintetik	<input type="checkbox"/> mencapai sesuatu di tempat tinggi	<input type="checkbox"/> kemahiran motor kasar atau halus	<input type="checkbox"/> memori jangka panjang	
<input type="checkbox"/> mengangkat objek berat	<input type="checkbox"/> memberikan fokus untuk waktu yang lama,													
<input type="checkbox"/> berdiri atau duduk untuk waktu yang lama	<input type="checkbox"/> membuat pergerakan berulang kali,													
<input type="checkbox"/> mematuhi arahan	<input type="checkbox"/> berinteraksi dengan orang,													
<input type="checkbox"/> membongkok	<input type="checkbox"/> bertahan dengan pendedahan bahan kimia, sintetik													
<input type="checkbox"/> mencapai sesuatu di tempat tinggi	<input type="checkbox"/> kemahiran motor kasar atau halus													
<input type="checkbox"/> memori jangka panjang														
<p>Jika ya, individu ini harus dihadkan jam penyertaannya setiap minggu berdasarkan berikut:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 jam (tidak dapat menyertai) <input type="checkbox"/> 1 – 10 jam <input type="checkbox"/> 11 – 20 jam <input type="checkbox"/> 21 – 30 jam <input type="checkbox"/> 31 – 40 jam.</p>														

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

Barcode label



10353

4. Adakah individu ini mempunyai keterbatasan untuk mengangkat dan menampung? Ya Tidak
 Jika ya, individu ini mempunyai keterbatasan yang berikut:
- Terhad teruk: Tidak dapat mengangkat paling kurang 2 paun atau tidak dapat berdiri atau berjalan.
 - Kerja sedentari: Dapat mengangkat maksimum 10 paun dan selalu* mengangkat atau menampung item-item seperti fail dan alatan kecil. Sebuah kerja sedentari mungkin memerlukan kita untuk duduk, berjalan dan berdiri untuk tempoh yang singkat.
 - Kerja ringan: Dapat mengangkat maksimum 20 paun dan selalu* mengangkat atau menampung sehingga 10 paun. Meskipun beban yang diangkat boleh diabaikan, kerja ringan mungkin memerlukan kita untuk berjalan atau berdiri sehingga 6 jam daripada 8 jam setiap hari, atau memerlukan untuk kita duduk kebanyakan masa dengan sesekali* menolak dan menarik lengan atau pengawalan kaki.
 - Kerja sederhana: Dapat mengangkat maksimum 50 paun dan selalu* mengangkat atau menampung sehingga 25 paun.
 - Kerja berat: Dapat mengangkat maksimum 100 paun dan selalu* mengangkat atau menampung sehingga 50 paun.

* Individu tersebut dapat melakukan kerja yang diperlukan selama 2.5 hingga 6 jam dalam kerja 8 jam sehari dan kerja tersebut tidak semestinya berterusan.

5. Adakah keadaan individu ini menjaskan keupayaannya mengakses perkhidmatan (seperti menggunakan telefon, menerima rawatan, membuat dan meneruskan temu janji, menggunakan perkhidmatan pengangkutan atau mencari lokasi perkhidmatan) atau bercakap bagi pihaknya sendiri dan dapatkan apa yang dia mahukan?

Ya Tidak

Jika ya, sila jelaskan:

6. Adakah keadaan individu ini bersifat kekal dan akan mengehadkan keupayaannya untuk bekerja, mencari kerja atau berlatih untuk kerja?

Ya Tidak; jika keadaannya bukan kekal, berapa lama keadaan individu ini bakal mengehadkan keupayaannya untuk bekerja, mencari kerja, atau berlatih untuk bekerja. Sila gunakan ruangan di bawah untuk berikan bilangan minggu atau bulan:

_____ Bilangan minggu, atau

_____ Bilangan bulan.

7. a. Adakah sebarang pelan rawatan khusus yang anda lakukan bagi merawat kesihatan individu ini?

Ya Tidak

Jika ya, terangkan pelan rawatan termasuk jenis perkhidmatan yang disediakan, tempoh, dan kekerapan janji temu rawatan.

- b. Siapakah yang akan menyediakan dan memantau pelan rawatan individu yang sedang berjalan ini?

8. Adakah sebarang isu khusus yang memerlukan penilaian atau penaksiran lanjut? Ya Tidak

Jika ya, sila jelaskan jenis penaksiran atau penilaian apa yang mungkin diperlukan bagi mempertimbangkan keadaan perubatan dan pelan untuk menguruskannya. Sila nyatakan jika perlukan rujukan lanjut kepada pakar.

9. Jika pesakit yang dinilai berlainan dengan klien yang dinamakan kerana impak keadaan pesakit terhadap keupayaannya untuk menyertai, disebabkan oleh keperluan untuk menjaga individu tersebut di rumah mereka, sila lengkapkan yang berikut.

Berdasarkan keadaan saudara kanak-kanak / orang dewasa ini, sila tandakan kotak yang bersesuaian:

- Ibu bapa / penjaga boleh turut serta di luar rumah 0 – 10 jam seminggu.
- Ibu bapa / penjaga boleh turut serta di luar rumah 11 - 20 jam seminggu.
- Ibu bapa / penjaga boleh turut serta di luar rumah 21 - 30 jam seminggu.
- Ibu bapa / penjaga boleh turut serta di luar rumah lebih daripada 30 jam seminggu.
- Sila hubungi saya untuk maklumat lanjut.

Berapa lama anda jangkakan pihak ibu bapa perlu menyediakan penjagaan begini: _____ Bilangan minggu
_____ Bilangan bulan

Penyedia Jagaan Kesihatan Perubatan / Mental / Profesional Lain

TANDATANGAN	TARIKH	NOMBOR TELEFON
NAMA DAN PANGKAT DITULIS		

ALAMAT SURAT MENYURAT	BANDAR	NEGERI	KOD ZIP
		WA	

Pengizinan Melepaskan Maklumat

Saya memberi kebenaran _____ melepaskan maklumat kepada Department of Social and Health Services (Jabatan Perkhidmatan Kesihatan dan Sosial) di dalam borang ini dan sebarang maklumat rekod perubatan yang menyokong keadaan penyakit/kecederaan yang menghalang saya daripada bekerja, kebenaran ini hanya untuk menilai keupayaan saya menyertai Program WorkFirst. Saya faham yang pelepasan ini secara khusus mengandungi ujian diagnostik atau maklumat rawatan yang berkaitan kesihatan mental, penyalahgunaan dadah atau alkohol dan keputusan Sexually Transmitted Diseases (Penyakit Hubungan Jenis, STD), termasuklah HIV/AIDS, jika maklumat tersebut terdapat di dalam rekod. (Revised Code of Washington (Kod Semakan Washington, RCW) 78.24.105)

TANDATANGAN PESAKIT	TARIKH

ARAHAN

Pengurus Kes / Pekerja Sosial DSHS WorkFirst: Tujuan borang ini adalah bagi membantu anda dalam membina sebuah Individual Responsibility Plan (Pelan Keber tanggungjawaban Individu) apabila, berdasarkan keadaan perubatan, atau ketakupayaan, terdapat sebuah impak terhadap keupayaan individu untuk bekerja, mencari kerja, datang latihan dan/atau mengakses perkhidmatan. **Penggunaan borang ini BUKAN mandatori jika wujudnya dokumentasi yang lain.** Anda boleh berikan borang ini kepada pemohon / penerima untuk mengambil penyedia perkhidmatan profesional yang sesuai bagi melengkapannya atau anda boleh berikannya terus kepada pihak penyedia melalui faks atau surat. Jika anda memilih untuk menghantar borang ini melalui pos, dapatkan tandatangan klien pada muka surat terakhir, dan sertakan sampul surat prabayar.

Pelanggan DSHS: Tujuan borang ini adalah untuk mengumpul maklumat daripada pembekal perubatan yang akan membantu Pengurus Kes anda menyemak isu kesihatan anda dan membina Pelan Keber tanggungjawaban Individu yang sesuai mengikut keperluan dan keterbatasan anda.

Doktor / Penyedia Jagaan Kesihatan: Untuk klien dewasa ingin mendapatkan bantuan awam (TANF), mereka perlu bekerja, mencari kerja secara aktif, atau mendapat latihan untuk bekerja sehingga 40 jam seminggu. Sesetengah klien mungkin tidak dapat memenuhi keperluan ini kerana isu yang berkaitan dengan kesihatan. Klien ini mungkin memerlukan penundaan sementara daripada aktiviti kerja, mungkin boleh menyertai namun untuk bilangan jam yang terhad, atau mungkin perlu menghindari beberapa jenis aktiviti kerja. Sila lengkapkan borang ini dan berikannya kepada klien anda, hantarkannya kepada nombor faks kami 1-888-338-7410, atau hantar kepada Pengurus Kes WorkFirst di DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Hantarkan kepada kami sebarang nota, atau dokumentasi lain anda ada dalam rekod yang menunjukkan keterbatasan individu tersebut.