

Permohonan Dokumentasi bagi Keadaan Perubatan dan Kapasiti Sisa Fungsi

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 ahli keluarga yang mereka jaga, mempunyai keadaan perubatan, mental atau emosional yang menghindari atau membataskan keupayaan mereka untuk bekerja, mencari kerja atau menyertai latihan untuk kerja.

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 berikan maklumat sebelum _____ (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 menghantar dokumen lengkap ini dan sebarang bukti perubatan ke nombor faks kami di 1-888-338-7410 atau hantarkan ke alamat DSHS, CSD – Pusat Perkhidmatan Pelanggan, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Terima kasih,

Nama Pekerja

Permohonan Dokumentasi bagi Keadaan Perubatan dan Kapasiti Sisa Fungsi

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> <p>1. 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"/> Tidak</p> <p>2. Jika ya, apakah jenis keadaan tersebut dan diagnosis nya?</p> <p style="margin-left: 40px;">Adakah ini disokong dengan bukti perubatan objektif? (ujian, laporan makmal dan lain-lain) ?</p> <input type="checkbox"/> Ya. Jika ya, sila lampirkan bukti sokongan bersama-sama borang ini. <input type="checkbox"/> Tidak. Jika tidak, sila berikan penjelasan dalam Soalan 8. <p>3. Adakah keadaan perubatan yang disenaraikan di atas membataskan individu ini untuk bekerja, mencari kerja atau bersiap sedia untuk bekerja? <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 style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> untuk mengangkat objek berat <input type="checkbox"/> berdiri atau duduk untuk tempoh yang lama <input type="checkbox"/> mematuhi arahan <input type="checkbox"/> membongkokkan badan <input type="checkbox"/> mencapai sesuai di tempat tinggi <input type="checkbox"/> simpanan ingatan </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> fokus untuk tempoh yang lama, <input type="checkbox"/> membuat gerakan berulang-ulang, <input type="checkbox"/> berinteraksi dengan orang lain, <input type="checkbox"/> menahan diri daripada terdedah kepada bahan kimia dan sintetik <input type="checkbox"/> kemahiran motor kasar atau halus </td> </tr> </table> <p>Sila jelaskan sebarang keterbatasan yang khusus yang tidak disenaraikan di atas:</p> <p style="margin-left: 40px;">Jika ya, individu ini harus dihadkan jam penyertaannya setiap minggu berdasarkan berikut: <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>			<input type="checkbox"/> untuk mengangkat objek berat <input type="checkbox"/> berdiri atau duduk untuk tempoh yang lama <input type="checkbox"/> mematuhi arahan <input type="checkbox"/> membongkokkan badan <input type="checkbox"/> mencapai sesuai di tempat tinggi <input type="checkbox"/> simpanan ingatan	<input type="checkbox"/> fokus untuk tempoh yang lama, <input type="checkbox"/> membuat gerakan berulang-ulang, <input type="checkbox"/> berinteraksi dengan orang lain, <input type="checkbox"/> menahan diri daripada terdedah kepada bahan kimia dan sintetik <input type="checkbox"/> kemahiran motor kasar atau halus
<input type="checkbox"/> untuk mengangkat objek berat <input type="checkbox"/> berdiri atau duduk untuk tempoh yang lama <input type="checkbox"/> mematuhi arahan <input type="checkbox"/> membongkokkan badan <input type="checkbox"/> mencapai sesuai di tempat tinggi <input type="checkbox"/> simpanan ingatan	<input type="checkbox"/> fokus untuk tempoh yang lama, <input type="checkbox"/> membuat gerakan berulang-ulang, <input type="checkbox"/> berinteraksi dengan orang lain, <input type="checkbox"/> menahan diri daripada terdedah kepada bahan kimia dan sintetik <input type="checkbox"/> kemahiran motor kasar atau halus			



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 menjejaskan 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 mengehendkan keupayaannya untuk bekerja, mencari kerja atau berlatih untuk kerja?
 Ya Tidak; jika keadaannya tidak bersifat kekal, berapa lama keadaan individu ini mengehendkan keupayaannya untuk bekerja, mencari kerja atau berlatih untuk kerja. 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, jelaskan pelan rawatan tersebut.
- 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 perlukan untuk memberi penjagaan tahap ini: _____ 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 berkenaan 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 Kebertanggungjawaban 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 melengkapkannya 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 juga sampul surat prabayar.

Pelanggan DSHS: Tujuan borang ini adalah untuk mengumpul maklumat daripada penyedia perubatan yang akan membantu Pengurus Kes anda dalam meninjau isu kesihatan anda dan membina sebuah Individual Responsibility Plan (Pelan Kebertanggungjawaban Individu) yang sesuai dengan keperluan dan keterbatasan khusus 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-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. Sila lengkapkan borang ini dan berikan kepada klien, hantarkan kepada nombor faks kami 1-888-338-7410, atau hantarkan melalui pos kepada Pengurus Kes WorkFirst di DSHS, CSD – Pusat Perkhidmatan Pelanggan, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Hantarkan kepada kami sebarang nota, surat atau mana-mana dokumentasi yang anda ada di dalam rekod yang menunjukkan keterbatasan individu ini.