



## Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (Запрос документации о состоянии здоровья и остаточной функциональной способности)

Уважаемый поставщик медицинских услуг!

Чтобы взрослые клиенты могли получать государственную помощь (TANF), они должны работать, активно искать работу или проходить профессиональную подготовку, позволяющую работать до 40 часов в неделю. Некоторые клиенты не могут выполнить это требование из-за проблем со здоровьем. Этим клиентам может потребоваться временная отсрочка от трудовой деятельности, они могут участвовать в ней, но в течение ограниченного количества часов, или им может потребоваться избегать определенных видов трудовой деятельности.

\_\_\_\_\_ (имя клиента) рассказал(а) нам, что у него (нее) или у члена семьи, за которым он (она) ухаживает, есть медицинское, психическое или эмоциональное состояние, которое препятствует или ограничивает его (ее) способность работать, искать работу или проходить профессиональную подготовку.

Пожалуйста, заполните прилагаемую форму, чтобы описать эти медицинские ограничения. **Если продолжительность какого-либо заболевания превышает три месяца, предоставьте копии объективных медицинских данных (выписки из истории болезни, результаты лабораторных, визуальных и любых других диагностических исследований), подтверждающих состояние.** Пожалуйста, выставляйте счет DSHS, а не клиенту, за любые расходы, связанные с предоставлением этой информации.

Мы используем эту информацию, чтобы определить уровень необходимого участия (до 40 часов в неделю) в этих видах деятельности, а также любые ограничения, которые необходимо учитывать при разработке индивидуального плана деятельности, основанного на медицинских потребностях клиента.

**Предоставьте эту заполненную форму и любые дополнительные объективные медицинские данные до \_\_\_\_\_ (крайний срок). Если мы не получим никакой медицинской информации, мы можем потребовать участия в работе, поиске работы или профессиональной подготовке в течение полного рабочего дня (до 40 часов в неделю), как описано выше. Если требования не соблюдены, денежные выплаты могут быть сокращены или прекращены.**

Если у вас есть вопросы или вам нужно больше времени, чтобы отправить нам информацию, позвоните мне по телефону

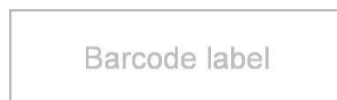
\_\_\_\_\_  
(номер сотрудника). Вы можете отправить этот заполненный документ и любые медицинские справки по нашему общенациональному номеру факса 1-888-338-7410 или по почте в DSHS, CSD - Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Спасибо!

\_\_\_\_\_  
Имя сотрудника

## Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (Запрос документации о состоянии здоровья и остаточной функциональной способности)

ФИО КЛИЕНТА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА		
ИМЯ ОЦЕНИВАЕМОГО ПАЦИЕНТА, ЕСЛИ ОН ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ КЛИЕНТА, УКАЗАННОГО ВЫШЕ				
ИМЯ И ФАМИЛИЯ СОТРУДНИКА WORKFIRST		НОМЕР ТЕЛЕФОНА		
АДРЕСС COMMUNITY SERVICES OFFICE (ОФИСА ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ НАСЕЛЕНИЯ, CSO)				
<p>Чтобы помочь департаменту определить ограничения вышеупомянутого человека, пожалуйста, предоставьте следующую информацию.</p> <p>1. Есть ли у этого человека особые заболевания (отметьте) <input type="checkbox"/> физические, <input type="checkbox"/> психические, <input type="checkbox"/> эмоциональные или <input type="checkbox"/> проблемы с развитием, которые требуют особых условий или внимания?  <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>2. Если да, укажите тип заболевания (заболеваний) и диагноз?</p> <p style="text-align: center;">Подтверждается ли это объективными медицинскими данными (анализы, лабораторные отчеты и т.д.)?  <input type="checkbox"/> Да. Если да, приложите к этой форме подтверждающие документы.  <input type="checkbox"/> Нет. Если нет, перейдите к вопросу 8.</p> <p>3. Ограничивают ли перечисленные выше медицинские показания способность человека работать, искать работу или подготавливаться к ней?  <input type="checkbox"/> Да. Если да, отметьте подходящие примеры ниже. <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Примеры ограничений включают в себя возможность:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> поднимать тяжелые предметы   <input type="checkbox"/> стоять или сидеть в течение длительных периодов времени  <input type="checkbox"/> следовать инструкциям  <input type="checkbox"/> наклоняться   <input type="checkbox"/> доставать то, что лежит сверху  <input type="checkbox"/> запоминать             </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> концентрироваться в течение длительного периода времени  <input type="checkbox"/> выполнять повторяющиеся движения  <input type="checkbox"/> взаимодействовать с людьми  <input type="checkbox"/> переносить воздействие химикатов, синтетических материалов  <input type="checkbox"/> выполнять грубую или мелкую моторику             </td> </tr> </table> <p>Опишите любые другие специфические ограничения, не перечисленные выше:</p> <p style="margin-top: 20px;">Если да, то этот человек должен быть ограничен следующими рамками участия в неделю:  <input type="checkbox"/> 0 часов (не может участвовать)                <input type="checkbox"/> 1 – 10 часов                <input type="checkbox"/> 11 – 20 часов                <input type="checkbox"/> 21 – 30 часов                <input type="checkbox"/> 31 – 40 часов</p>			<input type="checkbox"/> поднимать тяжелые предметы  <input type="checkbox"/> стоять или сидеть в течение длительных периодов времени <input type="checkbox"/> следовать инструкциям <input type="checkbox"/> наклоняться  <input type="checkbox"/> доставать то, что лежит сверху <input type="checkbox"/> запоминать	<input type="checkbox"/> концентрироваться в течение длительного периода времени <input type="checkbox"/> выполнять повторяющиеся движения <input type="checkbox"/> взаимодействовать с людьми <input type="checkbox"/> переносить воздействие химикатов, синтетических материалов <input type="checkbox"/> выполнять грубую или мелкую моторику
<input type="checkbox"/> поднимать тяжелые предметы  <input type="checkbox"/> стоять или сидеть в течение длительных периодов времени <input type="checkbox"/> следовать инструкциям <input type="checkbox"/> наклоняться  <input type="checkbox"/> доставать то, что лежит сверху <input type="checkbox"/> запоминать	<input type="checkbox"/> концентрироваться в течение длительного периода времени <input type="checkbox"/> выполнять повторяющиеся движения <input type="checkbox"/> взаимодействовать с людьми <input type="checkbox"/> переносить воздействие химикатов, синтетических материалов <input type="checkbox"/> выполнять грубую или мелкую моторику			



4. Есть ли у этого человека ограничения по подъему и переноске тяжестей?  Да  Нет  
Если да, то у этого человека есть следующие ограничения.
- Сильная ограниченность: не может поднять хотя бы 2 фунта, не может стоять или ходить.
  - Сидячая работа: может поднимать не более 10 фунтов и часто\* поднимать или переносить такие предметы, как папки и небольшие инструменты. Сидячая работа может потребовать сидения, ходьбы и стояния в течение коротких периодов времени.
  - Легкая работа: может поднимать не более 20 фунтов и часто\* поднимать или переносить до 10 фунтов. Несмотря на то, что поднимаемый вес может быть незначительным, легкая работа может требовать ходьбы или стояния до 6 из 8 часов в день, либо предполагает сидение большую часть времени с периодическим\* толканием и вытягиванием рук или ног.
  - Работа средней тяжести: может поднимать не более 50 фунтов и часто\* поднимать или переносить до 25 фунтов.
  - Тяжелая работа: может поднимать не более 100 фунтов и часто\* поднимать или переносить до 50 фунтов.
- \* Человек может выполнять функции от 2,5 до 6 часов в течение 8-часового рабочего дня, при этом не обязательно, чтобы работа была непрерывной.

5. Влияет ли состояние этого человека на его возможность получать доступ к услугам (например, пользоваться телефоном, получать лечение, записываться на прием, пользоваться транспортом или находить места предоставления услуг) или защищать себя?
- Да  Нет
- Если да, опишите:

6. Является ли состояние этого человека постоянным и может ли оно ограничить его способность работать, искать работу или проходить профессиональную подготовку?
- Да  Нет. Если состояние не является постоянным, как долго состояние этого человека будет ограничивать его способность работать, искать работу или проходить профессиональную подготовку. Укажите в поле ниже количество недель или месяцев.
- \_\_\_\_\_ Количество недель или
- \_\_\_\_\_ Количество месяцев

7. а. Существует ли конкретный план лечения, который вы составили для решения проблемы, связанной с состоянием здоровья этого человека?
- Да  Нет
- Если да, опишите план лечения, включая виды предоставляемых услуг, продолжительность и частоту посещений.

b. Кто будет обеспечивать и контролировать выполнение плана лечения данного человека?

8. Есть ли конкретные вопросы, требующие дальнейшего изучения или оценки?  Да  Нет

Если да, укажите, какой тип анализа или оценки может потребоваться для определения медицинских условий и плана по их устранению. Укажите, требуется ли дальнейшее направление к специалисту.

9. Если оцениваемый пациент отличается от указанного клиента из-за влияния состояния пациента на его способность участвовать в программе, в связи с необходимостью ухода за ним на дому, пожалуйста, заполните следующее.

Учитывая состояние ребенка/взрослого родственника, отметьте соответствующее поле:

- Родитель/опекун может участвовать в работе вне дома от 0 до 10 часов в неделю.
- Родитель/опекун может участвовать в работе вне дома от 11 до 20 часов в неделю.
- Родитель/опекун может участвовать в работе вне дома от 21 до 30 часов в неделю.
- Родитель/опекун может участвовать в работе вне дома более 30 часов в неделю.
- Пожалуйста, свяжитесь со мной для получения дополнительной информации.

Как долго, по вашему мнению, родителям придется обеспечивать такой уровень ухода: \_\_\_\_\_ Количество недель  
\_\_\_\_\_ Количество месяцев

**Врач / психиатр / другой специалист**

ПОДПИСЬ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
---------	------	----------------

ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ <b>WA</b>	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
----------------	-------	-------------------	-----------------

**Разрешение на выдачу информации**

Я разрешаю \_\_\_\_\_ предоставить Department of Social and Health Services (Департаменту социальных и медицинских услуг) информацию, содержащуюся в этой форме, а также любую информацию из медицинской карты, подтверждающую заболевание/травму, из-за которой я не могу работать, исключительно для оценки моей способности участвовать в программе WorkFirst. Я понимаю, что данное разрешение включает в себя диагностическую информацию о тестировании или лечении, касающуюся психического здоровья, злоупотребления алкоголем или наркотиками и результатов Sexually Transmitted Diseases (заболеваний, передающихся половым путем, STD), включая ВИЧ/СПИД, когда такая информация является частью записи. (Revised Code of Washington (Пересмотренный кодекс штата Washington, RCW) 78.24.105)

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА	ДАТА
------------------	------

## ИНСТРУКЦИИ

**Менеджер по работе с клиентами / социальный работник DSHS WorkFirst:** цель этой формы — помочь вам в разработке индивидуального плана ответственности, если в результате состояния здоровья или недееспособности человек не может работать, искать работу, посещать тренинги и/или получать услуги. **Использование этой формы НЕ является обязательным, если имеются другие документы.** Вы можете передать эту форму заявителю/получателю для заполнения в соответствующую организацию, оказывающую профессиональные услуги, или отправить ее непосредственно в организацию по факсу или почте. Если вы решили отправить эту форму по почте, поставьте подпись клиента на последней странице и вложите конверт с предоплатой.

**Клиент DSHS:** цель этой формы — собрать информацию от медицинского работника, которая поможет вашему менеджеру по работе с клиентами рассмотреть ваши проблемы со здоровьем и составить индивидуальный план ответственности, который наилучшим образом соответствует вашим конкретным потребностям и ограничениям.

**Врач / медицинский работник:** чтобы взрослые клиенты могли получать государственную помощь (TANF), они должны работать, активно искать работу или проходить профессиональную подготовку, позволяющую работать до 40 часов в неделю. Некоторые клиенты не могут выполнить это требование из-за проблем со здоровьем. Этим клиентам может потребоваться временная отсрочка от трудовой деятельности, они могут участвовать в ней, но в течение ограниченного количества часов, или им может потребоваться избегать определенных видов трудовой деятельности. Пожалуйста, заполните эту форму и отдайте клиенту, отправьте ее по факсу на номер 1-888-338-7410 или отправьте менеджеру по работе с клиентами программы WorkFirst в DSHS, CSD — Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Пришлите нам любые заметки, письма или другие документы, которые уже есть в ваших записях и которые касаются ограничений этого человека.