

Запит на документацію про медичний стан і залишкову працездатність

Шановний постачальнику медичних послуг!

Щоб отримати державну допомогу (TANF), дорослі клієнти мають працювати, активно шукати роботу або пройти навчання до 40 годин на тиждень. Деякі клієнти можуть не мати змоги виконати цю вимогу через проблеми зі здоров'ям. Ці клієнти можуть потребувати тимчасової відстрочки від трудової діяльності, можуть брати участь, але на обмежену кількість годин, або, можливо, їм доведеться уникати певних видів роботи.

_____ (ім'я клієнта) повідомив(-ла) нам, що він/вона або член сім'ї, про якого вони піклуються, мають медичний, психічний або емоційний стан, що перешкоджає або обмежує їх здатність працювати, шукати роботу чи брати участь у навчанні.

Заповніть форму, яка додається, щоб описати ці медичні обмеження. **Якщо такий стан триває більше трьох місяців, надайте копії об'єктивних медичних свідчень (нотатки з карток, лабораторні, візуалізаційні та будь-які інші діагностичні дослідження), щоб підтвердити цей стан.** Рахунок за будь-які витрати, пов'язані з наданням цієї інформації, виставляйте DSHS, а не клієнту.

Ми використовуємо цю інформацію, щоб визначити рівень необхідної участі (до 40 годин на тиждень) у цих видах діяльності та будь-які обмеження, які слід враховувати під час розробки індивідуального плану діяльності на основі медичних потреб клієнта.

Надайте інформацію до _____ (дата кінцевого терміну). Якщо ми не отримаємо жодної медичної інформації, ми можемо вимагати виконання роботи, пошуку роботи або навчання протягом повного робочого дня, до 40 годин на тиждень, як описано вище. У разі невиконання вимог, грошові виплати може бути зменшено або їх надання буде припинено.

Якщо у вас є запитання або вам потрібно більше часу, щоб надіслати нам інформацію, зателефонуйте мені за номером _____ (номер працівника). Ви можете надіслати цей заповнений документ і будь-які медичні докази на наш загальнодержавний номер факсу 1-888-338-7410 або поштою DSHS, CSD – Центр обслуговування клієнтів, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Дякуємо,

Ім'я працівника

Запит на документацію про медичний стан і залишкову працездатність

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| ПОВНЕ ІМ'Я КЛІЄНТА | ДАТА НАРОДЖЕННЯ | ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА |
| ПОВНЕ ІМ'Я ОБСТЕЖУВАНОВОГО ПАЦІЄНТА, ЯКЩО ЦЕ НЕ КЛІЄНТ, ЗАЗНАЧЕНИЙ ВИЩЕ ПОВНЕ | | |
| ІМ'Я ПРАЦІВНИКА WORKFIRST | | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ |
| АДРЕСА COMMUNITY SERVICES OFFICE (УПРАВЛІННЯ ГРОМАДСЬКИХ ПОСЛУГ, CSO). | | |
| Щоб допомогти відділу визначити обмеження для вищезазначеної особи, надайте таку інформацію: | | |
| 1. Чи має ця особа певні (позначте галочкою) <input type="checkbox"/> фізичні, <input type="checkbox"/> розумові, <input type="checkbox"/> емоційні проблеми чи <input type="checkbox"/> проблеми з розвитком, які вимагають особливого пристосування чи уваги <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | | |
| 2. Якщо так, укажіть тип захворювання та діагноз. | | |
| Чи є у вас об'єктивні медичні докази (тести, лабораторні звіти тощо)? <input type="checkbox"/> Так. Якщо так, додайте підтверджувальні докази до цієї форми. <input type="checkbox"/> Ні. Якщо ні, перейдіть до запитання 8. | | |
| 3. Чи обмежують перелічені вище захворювання здатність особи працювати, шукати роботу або навчатися? <input type="checkbox"/> Так. Якщо так, позначте відповідні приклади нижче. <input type="checkbox"/> Ні | | |
| Приклади обмежень включають можливість: | | |
| <input type="checkbox"/> піднімати важкі предмети | <input type="checkbox"/> зосереджуватися протягом тривалого часу | |
| <input type="checkbox"/> стояти або сидіти протягом тривалого часу | <input type="checkbox"/> робити повторювані рухи | |
| <input type="checkbox"/> слідувати інструкціям | <input type="checkbox"/> взаємодіяти з людьми | |
| <input type="checkbox"/> нахилитися | <input type="checkbox"/> переносити вплив хімічних речовин, синтетичних матеріалів | |
| <input type="checkbox"/> тягнутися до розміщених високо | <input type="checkbox"/> предметів застосовувати навички грубої або дрібної моторики | |
| <input type="checkbox"/> збереження пам'яті | | |
| Опишіть будь-які інші конкретні обмеження, не зазначені вище: | | |
| Якщо так, цій особі потрібні такі обмеження участі в діяльності на тиждень: <input type="checkbox"/> 0 год (не може брати участь) <input type="checkbox"/> 1–10 год <input type="checkbox"/> 11–20 год <input type="checkbox"/> 21–30 год <input type="checkbox"/> 31–40 год. | | |



4. Чи має ця особа якісь обмеження щодо піднімання та перенесення предметів? Так Ні
Якщо так, ця особа має такі обмеження:
- Серйозне обмеження: нездатність підняти принаймні 2 фунти або нездатність стояти чи ходити.
 - Сидяча робота: здатність піднімати максимум 10 фунтів і часто* піднімати або носити такі предмети, як-от напилки та невеликі інструменти. Сидяча робота може передбачати короткочасне сидіння, ходьбу та стояння.
 - Легка робота: здатність піднімати максимум 20 фунтів і часто* піднімати або носити до 10 фунтів. Незважаючи на те, що піднята вага може бути незначною, легка робота може передбачати ходьбу або стояння до 6 з 8 годин на день чи сидіння більшу частину часу з випадковими* штовханням і тягненням елементів керування руками чи ногами.
 - Робота середньої тяжкості: здатність піднімати максимум 50 фунтів і часто* піднімати або носити до 25 фунтів.
 - Важка робота: здатність піднімати максимум 100 фунтів і часто* піднімати або носити до 50 фунтів.
- * Особа здатна працювати від 2,5 до 6 годин протягом 8-годинного дня, і необов'язково, щоб продуктивність була безперервною.

5. Чи впливає(-ють) стан(-и) цієї особи на її здатність отримувати доступ до послуг (як-от користування телефоном, лікування, призначення та дотримання зустрічей, користування транспортними послугами або пошук місць надання послуг) або захистити себе?
 Так Ні
Якщо так, опишіть:

6. Чи стан цієї особи постійний і чи обмежує він її здатність працювати, шукати роботу чи навчатися?
 Так Ні; якщо стан не є постійним, як довго стан цієї особи обмежуватиме її здатність працювати, шукати роботу чи навчатися. Укажіть кількість тижнів або місяців у полі нижче:
_____ Кількість тижнів або
_____ Кількість місяців.

7. a. Чи склали ви конкретний план лікування для вирішення проблеми зі здоров'ям цієї особи?
 Так Ні
Якщо так, опишіть план лікування.

b. Хто забезпечуватиме та контролюватиме виконання поточного плану лікування особи?

8. Чи є якісь конкретні проблеми, які потребують подальшого оцінювання чи обстеження? Так Ні
Якщо так, укажіть, який тип оцінювання чи обстеження може знадобитися для визначення медичних умов і плану вирішення проблеми. Укажіть, чи потрібні подальші направлення до спеціаліста.

9. Якщо обстежуваний пацієнт не є зазначеним клієнтом, який через вплив стану пацієнта (необхідність догляду за особою вдома) не має можливості брати участь, укажіть наведену нижче інформацію.

З огляду на стан дитини / дорослого родича поставте відповідну галочку:

- Батьки/опікуни можуть брати участь у діяльності за межами дому 0–10 год на тиждень.
 Батьки/опікуни можуть брати участь у діяльності за межами дому 11–20 год на тиждень.
 Батьки/опікуни можуть брати участь у діяльності за межами дому 21–30 год на тиждень.
 Батьки/опікуни можуть брати участь у діяльності за межами дому більше 30 год на тиждень.
 Зв'яжіться зі мною, щоб отримати додаткову інформацію.

Як довго, на вашу думку, батькам потрібно буде забезпечувати такий рівень догляду: _____ Кількість тижнів
_____ Кількість місяців

Постачальник медичних послуг / психолог-постачальник медичних послуг / інший спеціаліст

| | | |
|--------|------|----------------|
| ПІДПИС | ДАТА | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ |
|--------|------|----------------|

ПОВНЕ ІМ'Я ТА НАЗВА ПОСАДИ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ

| | | | |
|----------------|-------|------|-----------------|
| ПОШТОВА АДРЕСА | МІСТО | ШТАТ | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС |
| | | WA | |

Дозвіл на оприлюднення інформації

Я дозволяю _____ надати Department of Social and Health Services (Департаменту соціального забезпечення та охорони здоров'я) інформацію з цієї форми та будь-яку інформацію про медичну документацію, яка підтверджує хворобу/травму, що заважає мені працювати, виключно для оцінювання моєї здатності брати участь у програмі WorkFirst. Я розумію, що цей випуск містить інформацію про діагностичне тестування або лікування, яке стосується психічного здоров'я, зловживання алкоголем або наркотиками та результатів Sexually Transmitted Diseases (захворювань, що передаються статевим шляхом, STD), зокрема HIV/AIDS, якщо така інформація є частиною запису. (Revised Code of Washington (Зведення законів штату Вашингтон із поправками, RCW) 78.24.105)

| | |
|-----------------|------|
| ПІДПИС ПАЦІЄНТА | ДАТА |
|-----------------|------|

ІНСТРУКЦІЇ

Куратор / соціальний працівник WorkFirst DSHS: Мета цієї форми – допомогти вам розробити Individual Responsibility Plan (індивідуальний план відповідальності) у випадку, якщо стан здоров'я або непрацездатність впливає на здатність особи працювати, шукати роботу, відвідувати навчання та/або користуватися послугами. **Використання цієї форми НЕ є обов'язковим за наявності іншої документації.** Ви можете дати цю форму заявнику/одержувачу для заповнення та передачі відповідному постачальнику професійних послуг або відправити її безпосередньо постачальнику факсом чи поштою. Якщо ви вирішили надіслати цю форму поштою, отримайте підпис клієнта на останній сторінці та покладіть її в попередньо оплачений конверт.

Клієнт DSHS: Метою заповнення цієї форми є збір інформації від медичного працівника, який допоможе вашому куратору розглянути ваші проблеми зі здоров'ям і створити Individual Responsibility Plan (індивідуальний план відповідальності), який найкраще відповідає вашим конкретним потребам і обмеженням.

Лікар / постачальник медичних послуг: Для отримання державної допомоги (TANF) дорослі клієнти мають працювати, активно шукати роботу або пройти навчання до 40 годин на тиждень. Деякі клієнти можуть не мати змоги виконати цю вимогу через проблеми зі здоров'ям. Ці клієнти можуть потребувати тимчасової відстрочки від трудової діяльності, можуть брати участь, але на обмежену кількість годин, або, можливо, їм доведеться уникати певних видів роботи. Заповніть цю форму та передайте клієнту, надішліть її на загальнодержавний номер факсу 1-888-338-7410 або надішліть куратору WorkFirst у DSHS, CSD – Центр обслуговування клієнтів, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Надішліть нам будь-які нотатки, листи чи іншу документацію, яка вже є у ваших записах і стосується обмежень особи.