



Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (Yêu Cầu Chứng Từ về Tình Trạng Bệnh và Dung Tích Khí Cạn Chức Năng)

Kính gửi Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:

Để nhận trợ cấp công cộng (TANF), các thân chủ là người lớn phải đi làm, tích cực tìm việc hoặc tham gia khóa đào tạo việc làm tối đa 40 giờ mỗi tuần. Một số thân chủ có thể không có khả năng đáp ứng được yêu cầu này do các vấn đề liên quan đến sức khỏe. Các thân chủ này có thể cần trì hoãn tạm thời một hoạt động việc làm, có thể có khả năng tham gia nhưng trong số giờ có giới hạn hoặc có thể cần phải tránh một số loại hoạt động việc làm nhất định.

_____ (tên thân chủ) cho chúng tôi biết rằng họ hoặc một thành viên gia đình mà họ chăm sóc mắc phải tình trạng bệnh, tâm thần hoặc cảm xúc ngăn cản hoặc hạn chế khả năng đi làm, tìm việc hoặc tham gia khóa đào tạo việc làm của họ.

Vui lòng hoàn thành mẫu đơn đính kèm để mô tả những hạn chế y tế này. **Nếu bất kỳ tình trạng nào kéo dài hơn ba tháng, vui lòng cung cấp bản sao bằng chứng y tế khách quan (chú giải phác đồ, xét nghiệm, hình ảnh và bất kỳ xét nghiệm chẩn đoán nào khác) để xác minh tình trạng đó.** Vui lòng gửi hóa đơn cho DSHS, không phải gửi cho thân chủ, về bất kỳ chi phí nào liên quan đến việc cung cấp thông tin này.

Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin này để xác định mức độ tham gia cần thiết (tối đa 40 giờ mỗi tuần) vào các loại hoạt động này và bất kỳ hạn chế nào cần cân nhắc khi lập kế hoạch hoạt động tùy chỉnh dựa trên nhu cầu y tế của thân chủ.

Vui lòng cung cấp mẫu đơn đã hoàn thành này và bất kỳ bằng chứng y tế khách quan bổ sung nào chậm nhất vào ngày _____ (ngày đến hạn). Nếu không nhận được bất kỳ thông tin y tế nào, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị làm việc toàn thời gian, tối đa 40 giờ một tuần, tìm việc hoặc đào tạo việc làm như mô tả ở trên. Nếu không đáp ứng được các yêu cầu, các phúc lợi tiền mặt có thể bị giảm bớt hoặc chấm dứt.

Nếu quý vị bất kỳ thắc mắc nào hoặc cần thêm thời gian để gửi thông tin cho chúng tôi, vui lòng gọi cho tôi theo số _____ (số của nhân viên). Quý vị có thể gửi chứng từ đã hoàn thành này và bất kỳ bằng chứng y tế nào đến số fax toàn tiểu bang của chúng tôi theo số 1-888-338-7410 hoặc gửi qua đường bưu điện đến DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Xin cảm ơn quý vị,

Tên Nhân Viên

**Documentation Request for Medical Condition and Residual
Functional Capacity (Yêu Cầu Chứng Từ về Tình Trạng Bệnh và Dung
Tích Khí Cạn Chức Năng)**

TÊN THÂN CHỦ	NGÀY SINH	SỐ ĐỊNH DANH THÂN CHỦ												
TÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ NẾU KHÁC VỚI TÊN THÂN CHỦ ĐÃ NÊU RÕ Ở TRÊN														
TÊN NHÂN VIÊN WORKFIRST	SỐ ĐIỆN THOẠI													
ĐỊA CHỈ CỦA COMMUNITY SERVICES OFFICE (VĂN PHÒNG DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG, CSO)														
<p>Để trợ giúp bộ xác định (các) hạn chế của cá nhân được nêu rõ ở trên, vui lòng cung cấp thông tin sau đây:</p> <p>1. Người này có vấn đề cụ thể (vui lòng đánh dấu vào ô) <input type="checkbox"/> về thể chất, <input type="checkbox"/> tâm thần, <input type="checkbox"/> cảm xúc hoặc <input type="checkbox"/> phát triển cần được điều chỉnh hoặc cân nhắc đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>2. Nếu có, đó là loại tình trạng bệnh và chẩn đoán gì?</p> <p>Việc này có được hỗ trợ với bằng chứng y tế khách quan (xét nghiệm, báo cáo phòng thí nghiệm, v.v.) không? <input type="checkbox"/> Có. Nếu có, vui lòng đính kèm bằng chứng hỗ trợ vào mẫu đơn này. <input type="checkbox"/> Không. Nếu không, vui lòng chuyển đến Câu Hỏi Số 8.</p> <p>3. (Các) tình trạng bệnh được liệt kê ở trên có hạn chế khả năng đi làm, tìm việc hoặc chuẩn bị đi làm của người này không? <input type="checkbox"/> Có. Nếu có, hãy đánh dấu vào bất kỳ ví dụ nào thích hợp dưới đây. <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Ví dụ về những hạn chế bao gồm khả năng:</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> nâng nhắc các đồ vật nặng</td><td><input type="checkbox"/> tập trung trong thời gian dài,</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> đứng hoặc ngồi trong thời gian dài</td><td><input type="checkbox"/> thực hiện các động tác lặp đi lặp lại,</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> thực hiện theo các hướng dẫn</td><td><input type="checkbox"/> giao tiếp với mọi người,</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> cúi xuống</td><td><input type="checkbox"/> sức chịu đựng khi tiếp xúc với hóa chất, vật liệu tổng hợp</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> vói lên cao</td><td><input type="checkbox"/> kỹ năng vận động thô và vận động tinh</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> duy trì trí nhớ</td><td></td></tr></table> <p>Vui lòng mô tả bất kỳ hạn chế cụ thể nào khác không được liệt kê ở trên:</p> <p>Nếu có, người này sẽ bị hạn chế ở mức độ tham gia sau đây mỗi tuần: <input type="checkbox"/> 0 giờ (không thể tham gia) <input type="checkbox"/> 1 – 10 giờ <input type="checkbox"/> 11 – 20 giờ <input type="checkbox"/> 21 – 30 giờ <input type="checkbox"/> 31 – 40 giờ.</p>			<input type="checkbox"/> nâng nhắc các đồ vật nặng	<input type="checkbox"/> tập trung trong thời gian dài,	<input type="checkbox"/> đứng hoặc ngồi trong thời gian dài	<input type="checkbox"/> thực hiện các động tác lặp đi lặp lại,	<input type="checkbox"/> thực hiện theo các hướng dẫn	<input type="checkbox"/> giao tiếp với mọi người,	<input type="checkbox"/> cúi xuống	<input type="checkbox"/> sức chịu đựng khi tiếp xúc với hóa chất, vật liệu tổng hợp	<input type="checkbox"/> vói lên cao	<input type="checkbox"/> kỹ năng vận động thô và vận động tinh	<input type="checkbox"/> duy trì trí nhớ	
<input type="checkbox"/> nâng nhắc các đồ vật nặng	<input type="checkbox"/> tập trung trong thời gian dài,													
<input type="checkbox"/> đứng hoặc ngồi trong thời gian dài	<input type="checkbox"/> thực hiện các động tác lặp đi lặp lại,													
<input type="checkbox"/> thực hiện theo các hướng dẫn	<input type="checkbox"/> giao tiếp với mọi người,													
<input type="checkbox"/> cúi xuống	<input type="checkbox"/> sức chịu đựng khi tiếp xúc với hóa chất, vật liệu tổng hợp													
<input type="checkbox"/> vói lên cao	<input type="checkbox"/> kỹ năng vận động thô và vận động tinh													
<input type="checkbox"/> duy trì trí nhớ														



4. Người này có hạn chế gì khi nâng nhấc và mang vác không? Có Không

Nếu có, người này có những hạn chế sau đây:

- Hạn chế nghiêm trọng: Không thể nâng nhấc ít nhất 2 pound hoặc không thể đứng hoặc đi lại.
- Công việc ít vận động: Có thể nâng nhấc tối đa 10 pound và thường xuyên* nâng nhấc hoặc mang vác các vật phẩm như hồ sơ và các dụng cụ nhỏ. Công việc ít vận động có thể đòi hỏi phải ngồi, đi và đứng trong thời gian ngắn.
- Công việc nhẹ: Có thể nâng nhấc tối đa 20 pound và thường xuyên* nâng nhấc hoặc mang vác tối đa 10 pound. Mặc dù trọng lượng nâng nhấc có thể không đáng kể nhưng công việc nhẹ có thể đòi hỏi phải đi hoặc đứng lên đến 6 giờ trong tổng số 8 giờ mỗi ngày, hoặc phải ngồi phần lớn thời gian và đôi khi* phải đẩy và kéo bộ điều khiển bằng tay hoặc chân.
- Công việc trung bình: Có thể nâng nhấc tối đa 50 pound và thường xuyên* nâng nhấc hoặc mang vác tối đa 25 pound.
- Công việc nặng: Có thể nâng nhấc tối đa 100 pound và thường xuyên* nâng nhấc hoặc mang vác tối đa 50 pound.

* Người này có khả năng thực hiện chức năng này trong vòng 2.5 đến 6 giờ trong một ngày làm việc 8 giờ và không nhất thiết phải thực hiện liên tục.

5. (Các) tình trạng của người này có ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận các dịch vụ của họ (như sử dụng điện thoại, nhận phương pháp điều trị, lên và giữ lịch hẹn, sử dụng dịch vụ đưa đón hoặc tìm địa điểm cung cấp dịch vụ) hoặc khả năng tự bảo vệ quyền lợi của họ không?

Có Không

Nếu có, vui lòng mô tả:

6. Tình trạng này có lâu dài và có khả năng hạn chế khả năng đi làm, tìm việc hoặc tham gia khóa đào tạo việc làm của người này không?

Có Không; nếu tình trạng này không lâu dài, thì có thể hạn chế khả năng đi làm, tìm việc hoặc tham gia khóa đào tạo việc làm của người này trong bao lâu. Vui lòng sử dụng khoảng trống bên dưới để ghi số tuần hoặc tháng:

_____ Số tuần hoặc

_____ Số tháng.

7. a. Quý vị có kế hoạch điều trị cụ thể nào để giải quyết tình trạng liên quan đến sức khỏe của người này không?

Có Không

Nếu có, hãy mô tả kế hoạch điều trị bao gồm các loại dịch vụ được cung cấp, thời gian và tần suất các cuộc hẹn điều trị.

b. Ai sẽ cung cấp và giám sát kế hoạch điều trị đang diễn ra của người này?

8. Có vấn đề cụ thể nào cần được đánh giá hoặc thẩm định thêm không? Có Không

Nếu có, vui lòng nêu rõ hình thức đánh giá hoặc thẩm định nào có thể cần để xác định tình trạng bệnh và lập kế hoạch để giải quyết. Vui lòng cho biết nếu cần giới thiệu thêm bác sĩ chuyên khoa.

9. Nếu bệnh nhân đang được đánh giá khác với thân chủ được nêu tên do tình trạng của bệnh nhân ảnh hưởng đến khả năng tham gia của thân chủ, do cần phải chăm sóc người này tại nhà, vui lòng hoàn thành các mục sau.

Dựa vào tình trạng của trẻ/người thân là người lớn, hãy đánh dấu vào ô thích hợp:

- Phụ huynh/người chăm sóc có thể tham gia ngoài nhà từ 0 đến 10 giờ mỗi tuần.
- Phụ huynh/người chăm sóc có thể tham gia ngoài nhà từ 11 đến 20 giờ mỗi tuần.
- Phụ huynh/người chăm sóc có thể tham gia ngoài nhà từ 21 đến 30 giờ mỗi tuần.
- Phụ huynh/người chăm sóc có thể tham gia ngoài nhà trên 30 giờ mỗi tuần.
- Vui lòng liên hệ với tôi để biết thêm thông tin.

Quý vị mong đợi phụ huynh sẽ cần cung cấp mức độ chăm sóc này trong bao lâu: _____ Số tuần
_____ Số tháng

Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần/Y Tế/Chuyên Viên Khác

CHỮ KÝ	NGÀY	SỐ ĐIỆN THOẠI
--------	------	---------------

TÊN IN HOA VÀ CHỨC DANH

ĐỊA CHỈ GỬI THƯ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP
		WA	

Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin

Tôi cho phép _____ tiết lộ cho Department of Social and Health Services (Sở Dịch Vụ Y Tế và Xã Hội) thông tin trên mẫu đơn này và bất kỳ thông tin trong hồ sơ y tế nào chứng minh tình trạng bệnh tật/thương tích khiến tôi không thể làm việc, chỉ nhằm mục đích đánh giá năng lực tham gia Chương Trình WorkFirst của tôi. Tôi hiểu rằng việc tiết lộ này cụ thể bao gồm thông tin về xét nghiệm chẩn đoán hoặc điều trị liên quan đến sức khỏe tâm thần, lạm dụng rượu hoặc ma túy và hậu quả của Sexually Transmitted Diseases (Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục, STD), bao gồm cả HIV/AIDS, khi thông tin đó là một phần của hồ sơ. (Revised Code of Washington (Bộ Luật Sửa Đổi của Washington, RCW) 78.24.105)

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN	NGÀY
----------------------	------

HƯỚNG DẪN

Nhân Viên Quản Lý Hồ Sơ WorkFirst DSHS/Nhân Viên Xã Hội: Mục đích của mẫu đơn này là hỗ trợ quý vị triển khai Chương Trình Trách Nhiệm Cá Nhân khi có tác động đến khả năng đi làm, tìm việc, tham gia khóa đào tạo việc làm và/hoặc tiếp cận các dịch vụ của người đó do tình trạng bệnh hoặc mất khả năng. **KHÔNG bắt buộc sử dụng mẫu đơn này nếu có chứng từ khác.** Quý vị có thể đưa mẫu đơn này cho người nộp đơn/người tiếp nhận giúp chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chuyên nghiệp thích hợp để hoàn tất hoặc quý vị có thể trực tiếp gửi mẫu đơn này đến nhà cung cấp qua fax hoặc đường bưu điện. Nếu quý vị chọn gửi mẫu đơn này qua đường bưu điện, hãy yêu cầu thân chủ ký tên ở trang cuối cùng và kèm theo bao thư đã trả bưu phí.

Khách Hàng DSHS: Mục đích của mẫu đơn này là để thu thập thông tin từ nhà cung cấp dịch vụ y tế sẽ hỗ trợ Nhân Viên Quản Lý Hồ Sơ của quý vị xem xét các vấn đề sức khỏe của quý vị và lập Chương Trình Trách Nhiệm Cá Nhân phù hợp nhất với nhu cầu và hạn chế cụ thể của quý vị.

Bác Sĩ/Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe: Để nhận trợ cấp công cộng (TANF), các thân chủ là người lớn phải đi làm, tích cực tìm việc hoặc tham gia khóa đào tạo việc làm tối đa 40 giờ mỗi tuần. Một số thân chủ có thể không có khả năng đáp ứng được yêu cầu này do các vấn đề liên quan đến sức khỏe. Các thân chủ này có thể cần trì hoãn tạm thời một hoạt động việc làm, có thể có khả năng tham gia nhưng trong số giờ có giới hạn hoặc có thể cần phải tránh một số loại hoạt động việc làm nhất định. Vui lòng hoàn thành mẫu đơn này hoặc cung cấp cho thân chủ, hãy gửi mẫu đơn này đến số fax toàn tiểu bang của chúng tôi theo số 1-888-338-7410, hoặc gửi đến Nhân Viên Quản Lý Hồ Sơ WorkFirst theo địa chỉ DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Gửi cho chúng tôi bất kỳ chú giải, thư từ hoặc chứng từ nào khác mà quý vị đã nhận trong hồ sơ đề cập đến những hạn chế của người đó.