



Yêu Cầu Chứng Từ về Tình Trạng Bệnh Tật hoặc Khuyết Tật **Documentation Request for Medical or Disability Condition**

Kính thưa Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe:

_____ (tên thân chủ) đã nói cho chúng tôi biết rằng họ hoặc một thành viên gia đình mà họ chăm sóc có một tình trạng bệnh tật, tâm thần hoặc cảm xúc ngăn cản hoặc giới hạn việc tham gia vào các hoạt động WorkFirst của thân chủ mà có thể bao gồm tìm việc, chuẩn bị đi làm, tham dự các lớp giáo dục, tham gia khóa huấn luyện hoặc đi làm.

Xin hoàn tất mẫu đơn kèm theo để mô tả các giới hạn này. **Ngoài ra, nếu một tình trạng được cho rằng kéo dài hơn ba tháng, cũng xin cung cấp các bản sao chú giải phúc đồ hiện tại.**

Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin này để xác định mức tham gia lên đến 40 giờ mỗi tuần, trong khi tìm việc, chuẩn bị việc làm, tham dự các lớp giáo dục, tham gia khóa huấn luyện, hoặc đi làm. Xin gửi hóa đơn đến DSHS, không phải thân chủ, về bất kỳ chi phí nào liên quan đến việc cung cấp thông tin này.

Xin cung cấp thông tin trước _____ (ngày hết hạn). Nếu chúng tôi không nhận được bất kỳ thông tin nào từ quý vị, chúng tôi có thể yêu cầu việc tham gia toàn thời gian, lên đến 40 giờ mỗi tuần, trong các loại hoạt động được mô tả trên đây.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào hoặc cần thêm thời gian để gửi cho chúng tôi thông tin, xin gọi cho tôi theo số _____ (số của nhân viên). Quý vị có thể gửi chứng từ đã hoàn tất này và bất kỳ chú giải phúc đồ nào theo số fax toàn tiểu bang của chúng tôi tại 1-888-338-7410 hoặc gửi thư đến DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Cảm ơn quý vị,

Tên Nhân Viên Xã Hội

**Yêu Cầu Chứng Từ
về Tình Trạng Bệnh Tật hoặc Khuyết Tật**
Documentation Request for Medical or Disability Condition

TÊN THÂN CHỦ	NGÀY SINH	SỐ CĂN CƯỚC CỦA THÂN CHỦ
TÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ NẾU KHÁC TÊN THÂN CHỦ ĐÃ NÊU RÕ TRÊN ĐÂY		
TÊN NHÂN VIÊN WORKFIRST		SỐ ĐIỆN THOẠI
ĐỊA CHỈ VĂN PHÒNG DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG (CSO)		
Đề trợ giúp bộ xác định (các) giới hạn của cá nhân được nêu rõ ở trên, xin cung cấp thông tin sau đây:		
1. Người này có các vấn đề cụ thể <input type="checkbox"/> về thể chất, <input type="checkbox"/> tâm thần, <input type="checkbox"/> cảm xúc hoặc <input type="checkbox"/> phát triển (xin đánh dấu vào ô) đòi hỏi phải có quá trình điều chỉnh thích nghi hoặc xem xét đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
2. Nếu có, loại (các) tình trạng và chẩn đoán nào?		
Việc này có được hỗ trợ bằng cách xét nghiệm, báo cáo thử nghiệm, v.v. không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
3. (Các) Tình trạng thể chất, tâm thần, cảm xúc hoặc phát triển được liệt kê trên đây có giới hạn khả năng đi làm, tìm việc hoặc chuẩn bị đi làm của người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
<p>Các ví dụ về giới hạn bao gồm khả năng nâng nhấc các vật nặng, đứng hoặc ngồi trong thời gian dài, thực hiện theo các hướng dẫn, cúi xuống, vớ lấy, tập trung trong thời gian được kéo dài, chuyển động lặp đi lặp lại, tương tác với mọi người, hoặc bị phơi nhiễm hóa chất, vật liệu tổng hợp)? Các ví dụ khác bao gồm một khả năng có giới hạn để tham dự các lớp giáo dục hoặc hướng nghiệp có thể liên quan đến việc ngồi trong thời gian kéo dài, hoàn tất đơn xin việc (có thể liên quan đến khả năng nhớ, đọc hoặc viết và thu thập thông tin), sắp xếp và duy trì các cuộc hẹn, sử dụng phương tiện đi lại, xếp hàng, tham dự phỏng vấn, thực hiện theo một kế hoạch có thể tuyển dụng được bằng văn bản, hoặc biện hộ cho chính họ.</p> <p>Nếu có, hãy mô tả bất kỳ giới hạn cụ thể nào:</p>		
Nếu có, người này sẽ bị hạn chế các giới hạn 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.		



4. Người này có bất kỳ giới hạn nào về nâng nhấc và mang vác không? Có Không

Nếu có, người này có các giới hạn sau đây:

- Giới hạn nghiêm trọng: Không thể nâng nhấc ít nhất 2 pound hoặc không thể đứng hoặc đi.
- Việc làm tĩnh tại: Có thể nâng nhấc 10 pound tối đa và thường xuyên* nâng nhấc hoặc mang vác như các vật phẩm là hồ sơ và dụng cụ nhỏ. Một việc làm tĩnh tại có thể đòi hỏi phải ngồi, đi và đứng trong thời gian ngắn.
- Việc làm nhẹ: Có thể nâng nhấc 20 pound tối đa và thường xuyên* nâng nhấc hoặc mang vác lên đến 10 pound. Cho dù trọng lượng được nâng nhấc có thể không đáng kể, việc làm nhẹ có thể đòi hỏi phải đi hoặc đứng lên đến 6 giờ trong số 8 giờ mỗi ngày, hoặc liên quan đến việc ngồi suốt thời gian nhưng thỉnh thoảng đẩy và kéo tay hoặc chân bộ điều khiển. Thỉnh thoảng có nghĩa là người này có thể thực hiện chức năng này từ rất ít lên đến 2.5 giờ trong một ngày 8-giờ. Không cần thiết rằng việc thực hiện phải liên tục.
- Việc làm trung bình: Có thể nâng nhấc 50 pound tối đa và thường xuyên* nâng nhấc hoặc mang vác lên đến 25 pound.
- Việc làm nặng: Có thể nâng nhấc 100 pound tối đa và thường xuyên* nâng nhấc hoặc mang vác lên đến 50 pound.

* Thỉnh thoảng có nghĩa là người này có thể thực hiện chức năng này từ 2.5 đến 6 giờ trong một ngày 8-giờ. Không cần thiết rằng việc thực hiện phải 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 liệu pháp điều trị, sắp xếp và duy trì các cuộc hẹn, sử dụng các dịch vụ phương tiện đi lại, hoặc tìm kiếm các địa điểm dịch vụ) không?

Có Không

Nếu có, hãy mô tả:

6. Tình trạng của người này có lâu dài và có thể giới hạn khả năng làm việc, tìm việc, hoặc tham gia khóa huấn luyện để đi làm của họ không?

Có Không; nếu tình trạng không lâu dài, tình trạng của người này sẽ có thể giới hạn khả năng đi làm, tìm việc hoặc tham gia khóa huấn luyện để đi làm của họ bao lâu. Xin sử dụng ô dưới đây để cho biết số tuần hoặc tháng:

_____ Số tuần, hoặc

_____ Số tháng.

7. a. Có một kế hoạch điều trị cụ thể mà quý vị đã lập để xác định tình trạng liên quan đến sức khỏe hoặc khuyết tật của người này không?

Có Không

Nếu có, hãy mô tả kế hoạch điều trị:

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

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

Nếu có, xin mô tả loại thẩm định hoặc đánh giá nào và loại chuyên gia nào mà người này sẽ được giới thiệu.

9. Nếu bệnh nhân đang được đánh giá khác với thân chủ đã nêu rõ bởi vì sự ảnh hưởng tình trạng của bệnh nhân vào khả năng tham gia của thân chủ, xin hoàn tất các mục sau đây.

Đã được đưa ra tình trạng của trẻ / thân nhân người lớn, hãy đánh dấu vào ô thích hợp:

- Phụ huynh / chuyên viên chăm sóc có thể tham gia 0 – 10 giờ mỗi tuần.
- Phụ huynh / chuyên viên chăm sóc có thể tham gia 11 – 20 giờ mỗi tuần.
- Phụ huynh / chuyên viên chăm sóc có thể tham gia 21 – 30 giờ mỗi tuần.
- Phụ huynh / chuyên viên chăm sóc có thể tham gia nhiều hơn 30 giờ mỗi tuần.
- Xin liên hệ với tôi để biết thêm thông tin.

Quý vị mong đợi bao lâu phụ huynh sẽ cung cấp mức chăm sóc này:

Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần / Y Tế / Chuyên Viên Khác

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

TÊN VÀ CHỨC VỤ VIẾT IN

ĐỊA CHỈ GỞI THƯ	THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	MÃ VÙNG
		WA	

Sự Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin

Tôi cho phép _____ tiết lộ cho Bộ Y Tế và Xã Hội thông tin trên mẫu đơn này và bất kỳ thông tin trong hồ sơ y tế nào mà chứng minh tình trạng bệnh tật/thương tổn ngăn không cho tôi làm việc, chỉ để đánh giá khả năng tham gia vào Chương Trình WorkFirst của tôi. Tôi hiểu rằng việc tiết lộ này cụ thể bao gồm xét nghiệm chẩn đoán hoặc thông tin điều trị liên quan đến sức khỏe tâm thần, lạm dụng rượu bia hoặc ma túy và kết quả Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục (STD), bao gồm HIV/AIDS, khi thông tin như thế là một phần của hồ sơ. (Bộ Luật Washington Đã Được Sửa Đổi (RCW) 78.24.105)

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

HƯỚNG DẪN

Nhân Viên Xã Hội/Nhân Viên Quản Lý Hồ Sơ WorkFirst DSHS: Mục đích của mẫu đơn này là để trợ giúp quý vị trong việc phát triển một Chương Trình Trách Nhiệm Cá Nhân khi, do một tình trạng hoặc khuyết tật, có một ảnh hưởng đến khả năng đi làm, tìm việc, tham gia khóa huấn luyện và/hoặc tiếp cận các dịch vụ của người này. **Sử dụng mẫu đơn này KHÔNG bắt buộc nếu chứng từ khác hiện có.** Quý vị có thể cung cấp mẫu đơn này cho người nộp đơn/người tiếp nhận để chọn một chuyên viên chăm sóc chuẩn mực thích hợp hoặc quý vị có thể gửi mẫu đơn này trực tiếp đến chuyên viên chăm sóc. Nếu quý vị chọn gửi mẫu đơn này, có chữ ký thân chủ ở trang cuối, và kèm theo một bao thư có ghi sẵn địa chỉ của mình bao gồm tên quý vị để bảo đảm mẫu đơn sẽ được gửi lại cho người thích hợp.

Khách Hàng DSHS: Mục đích của mẫu đơn này là để thu thập thông tin từ một chuyên viên chăm sóc y tế sẽ trợ giúp Nhân Viên Quản Lý Hồ Sơ hoặc Nhân Viên Xã Hội của quý vị trong việc tái xét các vấn đề sức khỏe của quý vị và lập một Chương Trình Trách Nhiệm Cá Nhân phù hợp nhất với các nhu cầu và giới hạn cụ thể của quý vị.

Bác Sĩ/Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe: Đối với các thân chủ người lớn để nhận được trợ cấp công cộng (TANF), họ buộc phải đi làm, tích cực tìm việc, hoặc tham gia khóa huấn luyện đi làm từ 32 đến 40 giờ mỗi tuần. Một số thân chủ không thể có khả năng đáp ứng yêu cầu này bởi vì các vấn đề liên quan đến sức khỏe. Các thân chủ này có thể cần được 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 các loại hoạt động việc làm nhất định. Xin hoàn tất mẫu đơn này hoặc cung cấp cho thân chủ, hãy gửi mẫu đơn này đến số fax toàn tiểu bang của chúng tôi tại 1-888-338-7410, hoặc gửi đến Nhân Viên Quản Lý Hồ Sơ WorkFirst hoặc Nhân Viên Xã Hội tại 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 được trong hồ sơ của quý vị xác định các giới hạn của quý vị.