

Yêu Cầu Chứng Từ về Tình Trạng Bệnh và Dung Tích Khí Cạn Chức Năng

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

Kính thưa 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 để đi làm lên 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 trì hoãn tạm thời 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.

_____ (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, tâm thần hoặc cảm xúc ngăn cản hoặc giới hạn khả năng đi làm, tìm việc hoặc tham gia khóa huấn luyện để đi làm của họ.

Xin hoàn tất mẫu đơn kèm theo để mô tả các giới hạn bệnh này. **Nếu bất kỳ thời gian bệnh nào kéo dài hơn ba tháng, xin cung cấp các bản sao bằng chứng y khoa khách quan (chú giải phác đồ, xét nghiệm, hình ảnh và bất kỳ xét nghiệm chẩn đoán nào khác) để xác minh tình trạng.** 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.

Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin này để xác định mức tham gia được yêu cầu (lên đến 40 giờ mỗi tuần) trong các loại hoạt động này, và bất kỳ giới hạn nào để xem xét trong việc triển khai một chương trình hoạt động tùy chỉnh được dựa vào các nhu cầu y tế của thân chủ.

Xin cung cấp thông tin trước _____ (ngày hết hạn). Nếu chúng tôi không nhận được bất kỳ thông tin y tế nào, chúng tôi có thể yêu cầu việc tham gia toàn thời gian, lên đến 40 giờ mỗi tuần, về việc đi làm, tìm việc hoặc huấn luyện để đi làm như được mô tả trên đây. Nếu các yêu cầu không được đáp ứng, các phúc lợi tiền mặt có thể bị giảm bớt hoặc chấm dứt.

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 bằng chứng y tế nào đến số fax toàn tiểu bang của chúng tôi tại 1-888-338-7410 hoặc gửi 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 và Dung Tích Khí Cạn Chức Năng

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

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)														
<p>Để trợ giúp bộ xác định (các) giới hạn của cá nhân được nêu rõ ở trên, xin cung cấp thông tin sau đây:</p> <p>1. Người này có các vấn đề cụ (xin đánh dấu vào ô) <input type="checkbox"/> thể về thể chất <input type="checkbox"/> tâm thần <input type="checkbox"/> cảm xúc <input type="checkbox"/> phát triển yêu cầu phải có quá trình điều chỉnh thích nghi hoặc xem xét đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>2. Nếu có, loại (các) tình trạng và chẩn đoán nào?</p> <p>Việc này có được hỗ trợ với bằng chứng y khoa khách quan (xét nghiệm, báo cáo thử nghiệm, v.v.) không? <input type="checkbox"/> Có. Nếu có, xin kèm theo bằng chứng chứng minh cùng với mẫu đơn này. <input type="checkbox"/> Không. Nếu không, xin chuyển đến Câu Hỏi 8.</p> <p>3. (Các) Tình trạng bệnh 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. Nếu có, hãy đánh dấu vào bất kỳ ví dụ nào thích hợp dưới đây. <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Ví dụ về các giới hạn bao gồm khả năng:</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> nâng nhấc 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 các khoảng thời gian dài</td><td><input type="checkbox"/> cử động 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"/> chịu đựng sự tiếp xúc với các hóa chất, vật liệu tổng hợp</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> với lên bên trên</td><td><input type="checkbox"/> các kỹ năng vận động thô hoặc tinh</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> duy trì trí nhớ</td><td></td></tr></table> <p>Xin mô tả bất kỳ các giới hạn cụ thể nào khác không được liệt kê trên đây:</p> <p>Nếu có, người này sẽ bị hạn chế về 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.</p>			<input type="checkbox"/> nâng nhấc các đồ vật nặng	<input type="checkbox"/> tập trung trong thời gian dài,	<input type="checkbox"/> đứng hoặc ngồi trong các khoảng thời gian dài	<input type="checkbox"/> cử động 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"/> chịu đựng sự tiếp xúc với các hóa chất, vật liệu tổng hợp	<input type="checkbox"/> với lên bên trên	<input type="checkbox"/> các kỹ năng vận động thô hoặc tinh	<input type="checkbox"/> duy trì trí nhớ	
<input type="checkbox"/> nâng nhấc các đồ vật nặng	<input type="checkbox"/> tập trung trong thời gian dài,													
<input type="checkbox"/> đứng hoặc ngồi trong các khoảng thời gian dài	<input type="checkbox"/> cử động 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"/> chịu đựng sự tiếp xúc với các hóa chất, vật liệu tổng hợp													
<input type="checkbox"/> với lên bên trên	<input type="checkbox"/> các kỹ năng vận động thô hoặc tinh													
<input type="checkbox"/> duy trì trí nhớ														



4. Người này có bất kỳ giới hạn nào về việc 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 đứng và kéo bộ điều khiển bằng tay hoặc chân.
- 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.

* Người này có thể thực hiện chức năng này từ 2.5 đến 6 giờ trong một ngày 8-giờ khi cần và không cố gắng 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 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) hoặc biện hộ cho chính bản thân không?

Có Không

Nếu có, hãy mô tả:

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

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

_____ Tuần, hoặc

_____ 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 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 nêu rõ hình thức thẩm định hoặc đánh giá nào có thể cần để xác định tình trạng bệnh và lập kế hoạch để giải quyết. Xin cho biết xem thêm bất kỳ giới thiệu nào nữa đến chuyên gia được yêu cầu.

9. Nếu bệnh nhân đang được đánh giá khác với thân chủ đã nêu tên bởi vì sự ảnh hưởng tình trạng của bệnh nhân dựa vào khả năng tham gia của thân chủ, do nhu cầu chăm sóc cho người này tại nhà, xin hoàn tất các mục sau đây.

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

- Phụ huynh / nhân viên chăm sóc có thể tham gia ngoài nhà 0 – 10 giờ mỗi tuần.
- Phụ huynh / nhân viên chăm sóc có thể tham gia ngoài nhà 11 – 20 giờ mỗi tuần.
- Phụ huynh / nhân viên chăm sóc có thể tham gia ngoài nhà 21 – 30 giờ mỗi tuần.
- Phụ huynh / nhân viên chăm sóc có thể tham gia ngoài nhà 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: _____ Tuần
_____ Tháng

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 GỬI 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 thông tin xét nghiệm chẩn đoán hoặc 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 này 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 Quản Lý Hồ Sơ WorkFirst DSHS / Nhân Viên Xã Hội: Mục đích của mẫu đơn này là để trợ giúp quý vị triển khai một Chương Trình Trách Nhiệm Cá Nhân khi, do một tình trạng bệnh hoặc khuyết tật, có ảnh hưởng đến khả năng đi làm, tìm việc, tham gia khóa huấn luyện và/hoặc tiếp cận các dịch vụ. **Sử dụng mẫu đơn này là 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 giúp chọn một chuyên viên chăm sóc chuẩn mực thích hợp để hoàn tất hoặc quý vị có thể gửi mẫu đơn này trực tiếp đến chuyên viên này bằng cách fax hoặc gửi thư. Nếu quý vị chọn gửi mẫu đơn này, có chữ ký thân chủ ở trang cuối, và kèm theo một bao thư đã trả bưu phí.

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 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 để đi làm lên 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 trì hoãn tạm thời 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 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 người này.