



Заявление о состоянии здоровья, образовании и занятости
Statement of Health, Education, and Employment

А. Информация о клиенте			
Имя и фамилия клиента		Номер телефона клиента	
Предпочтительное имя или прозвище (необязательно)		Местоимение (необязательно)	
Идент. номер клиента (ID)	Дата рождения	Номер социального страхования	
<p>1. Подавали ли Вы заявление на получение Supplemental Security Income (Дополнительный социальный доход, SSI) или Social Security Disability Income (Социальное обеспечение по инвалидности, SSDI); если ответ да, то укажите дату: _____</p> <p>2. Служили ли вы когда-нибудь в Вооруженных силах США, Национальной гвардии или резерве? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если ответ да, хотите ли Вы, чтобы мы направили Вас в Department of Veterans Affairs (Администрация по делам ветеранов) штата Washington? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>3. Заинтересованы ли вы в переобучении или услугах профессиональной реабилитации в данный момент? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет; если ответ да, специалист социальной службы свяжется с Вами для получения дополнительной информации.</p> <p>4. Какой Ваш основной язык? _____ Можете ли Вы читать и писать на этом языке? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>5. Вы левша или правша? <input type="checkbox"/> Левша <input type="checkbox"/> Правша <input type="checkbox"/> Обе руки</p> <p>6. Есть ли у Вас судебный приказ о выплате алиментов на ребенка в штате Washington? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если ответ да, хотите ли вы получить направление на альтернативные решения в Division of Child Support (Отдел поддержки детей, DCS)? Отдел DCS поможет Вам разобраться с порядком выплаты алиментов и изучить варианты оплаты. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>			
В. Информация о состоянии здоровья			
<p>1. Есть ли у Вас какие-либо психические или физические заболевания, которые в настоящее время мешают Вам работать? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет; если ответ да, перечислите все заболевания, которые мешают Вам работать:</p> <p>2. Как долго заболевание (заболевания) не позволяло Вам работать?</p> <p>3. Лечили ли Вас от этих заболеваний? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если ответ да, пожалуйста, предоставьте нам следующую информацию:</p>			
Заболевание	Клиника / больница	Даты (месяц / год)	Лечение / полученное лекарство

C. Образование и обучение				
<p>1. Какой самый старший класс Вы закончили в школе (K - 12)</p> <p>2. Есть ли у Вас аттестат о среднем образовании или эквивалент аттестата о среднем образовании? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>3. Посещали ли Вы занятия по специальному обучению (special education) по чтению, письму или математике в средней школе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>				
Класс специального обучения (special education)	Уровень класса	Причина посещения класса специального обучения (special education)	Местонахождение школы или школьного округа	
<p>Учились ли Вы в колледже или на программах профессионально-технического обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если ответ да, пожалуйста, предоставьте нам следующую информацию:</p>				
Колледж или профессионально-техническое учебное заведение	Даты начала и окончания	Обучение завершено		Сертификат, лицензия или ученая степень
		Да	Нет	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D. История трудоустройства				
<p>1. Вы работаете в настоящее время? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если ответ да, то сколько Вы зарабатываете в месяц?</p> <p>2. Перечислите свои последние пять (5) лет трудовой деятельности, начиная с самого последнего места работы (при необходимости приложите дополнительные страницы):</p>				
Название должности	Рабочих часов в неделю	Месяц и год Начало: Окончание:	Почему вы перестали работать?	
Работодатель				
Расскажите нам о том, что Вы делали на этой работе:				
Название должности	Рабочих часов в неделю	Месяц и год Начало: Окончание:	Почему вы перестали работать?	
Работодатель				
Расскажите нам о том, что Вы делали на этой работе:				
Название должности	Рабочих часов в неделю	Месяц и год Начало: Окончание:	Почему вы перестали работать?	
Работодатель				
Расскажите нам о том, что Вы делали на этой работе:				

Название должности	Рабочих часов в неделю	Месяц и год Начало: Окончание:	Почему вы перестали работать?
Работодатель			
Расскажите нам о том, что Вы делали на этой работе:			
Название должности	Рабочих часов в неделю	Месяц и год Начало: Окончание:	Почему вы перестали работать?
Работодатель			
Расскажите нам о том, что Вы делали на этой работе:			
3. Есть ли у Вас хобби или опыт волонтерской деятельности? Если ответ да, расскажите нам о своем опыте (опытах) ниже:			
Если кто-то перевел или помог Вам заполнить эту форму, укажите здесь его имя и отношения с ним:			
Я заявляю, под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, приведенная мной в этом заявлении о состоянии здоровья, образовании и работе, является правдивой, правильной и полной, насколько мне известно. Я понимаю, что Department of Social and Health Services (Департамент социальных служб и здравоохранения) может потребовать от меня предоставить подтверждение информации, содержащейся в моем заявлении.			
Подпись клиента		Дата	