

تقرير الإعاقة

Disability Report

تقرير الإعاقة الطبية

DSHS 14-144A

يحتوي نموذج تقرير الإعاقة، DSHS 14-144A، على معلومات عن إعاقة العميل، والإثبات الطبي على ذلك، وسجل العمل حيث تستخدم من قبل قسم تحديد الإعاقة (Division of Disability Determination (DDDS)) وذلك من أجل تحديد الإعاقة الطبية.

ويقوم الأخصائي الاجتماعي (Social Service Specialist (SSS) أو الأخصائي المالي (Financial Service Specialist (FSS) باستخدام نموذج DSHS 14-144A. وذلك ليؤكد SSS أو FSS من مكتب خدمة المجتمع (Community Service Office (CSO))، ورقم الهاتف المدون على الاستمارة. وعليه أيضاً التأشير على المربع المناسب للقرار الإعاقة فيما يتعلق بالمساعدة الطبية غير المنحة (Non-Grant Medical Assistance (NGMA)) أو الرعاية الصحية للعمال المعاقين (Healthcare for Workers with Disabilities (HWD)). وينبغي إضافة النموذج المستوفي إلى مجموعة قرار الإعاقة.

1. يجوز SSS أو FSS باستيفاء الجزء العلوي من الصفحة للإشارة إلى الاسم، ورقم الضمان الاجتماعي (SSN)، وحالة الإعاقة الخاصة بالعميل.
2. يجوز SSS أو FSS مساعدة العميل في استيفاء الجزء 1 – معلومات حول حالتك. ليس من الضروري أن تكون التواريخ دقيقة، ولكن يجب أن تبين الشهر والعام.
3. يجوز SSS أو FSS مساعدة العميل في استيفاء الجزء 2 – معلومات سجلاتك الطبية. ومن الأهمية بمكان استيفاء تحديد الأطباء ومصادر العلاج كيفية أمكن.
4. يجوز SSS أو FSS مساعدة العميل في استيفاء الجزء 3 – معلومات حول أنشطتك. ويجب على SSS أو FSS مراجعة المعلومات للتأكد من أن بيانات العميل واضحة قدر الإمكان.
5. يجوز SSS أو FSS مساعدة العميل في استيفاء الجزء 4 – معلومات حول تعليمك. ويجب تدوين ما إذا كانت الفصول الدراسية هي فصول تعليم خاص (Special Education).
6. يجوز SSS أو FSS مساعدة العميل في استيفاء الجزء 5 – معلومات حول العمل الذي التحقت به. وليس من الضروري تدوين أصحاب العمل الفرديين، ويكتفى بذكر بنوع الشركة فقط.
7. يجوز SSS أو FSS مساعدة العميل على استيفاء البند 1 في الجزء 6 – ملاحظات. ويجب أن يستوفي SSS أو FSS البنود من 2 إلى 6.

تقرير الإعاقة
Disability Report
قرار الإعاقة الطبية

يتعلق الطلب بـ:

- مساعدة طبية غير المنحة (Non-Grant Medical Assistance (NGMA))
 الرعاية الصحية للعمال المعاقين (Healthcare for Workers with Disabilities (HWD))

يتم استيفاء هذا النموذج من قبل موظف الخدمات الاجتماعية أو المالية بإدارة الخدمات الصحية والاجتماعية أثناء (DSHS) المقابلة مع المدعي أو ممثل المدعي. والرجاء الطباعة، أو الاستنساخ أو الكتابة بوضوح والإجابة على كافة البنود قدر الإمكان. **الإجابة على كافة الأسئلة** إن استيفاء الإجابات يساعد في التعامل مع الدعوى الخاصة بك. **وإذا كنت بحاجة إلى مساحات إضافية للإجابة على أي من الأسئلة في هذا النموذج، فالرجاء الانتقال إلى الجزء 6 أو إرفاق أوراق المعلومات.**

| | | |
|--------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 3. رقم الهاتف (مع رقم المنطقة) | 2. رقم الضمان الاجتماعي | 1. اسم / كنية صاحب الدعوى |
| رقم الهاتف (مع رقم المنطقة) | الاسم | 4. رقم اتصال طرف آخر |
| العنوان | | |

5. ما هو وضع إعاقتك؟ اشرح باختصار الإصابة أو المرض الذي يمنعك عن العمل.

الجزء 1: معلومات عن حالتك

1. ما هو أول تاريخ إصابة بهذه الحالة؟
الشهر/ اليوم / السنة

2. هل تعمل بعد التاريخ الموضح في البند 1 أعلاه؟
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى 3 و3ب أدناه.

2ب. إذا كانت إجابتك نعم على 2أ، فهل كان لحالتك أثر في حدوث تغير لك:
وظيفتك أو مهام وظيفتك؟
عدد ساعات العمل؟
الحضور والانصراف؟
أي شيء آخر عن عملك؟

2ج. إذا كانت إجابتك نعم على أي من البنود في 2ب، فاشرح ما هو التغيير الذي حدث لك في ظروف العمل، وتواريخ حدوث ذلك، وكيف أن حالتك جعلت من هذا التغيير أمرًا ضروريًا:

3أ. متى تسببت حالتك في توقفك نهائيًا عن العمل؟
الشهر/ اليوم / السنة

3ب. اشرح كيف أن حالتك تعيقك عن العمل:

الجزء 2: معلومات عن سجلاتك الطبية

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> قم بالتأشير هنا إذا لم تذهب أبدًا لزيارة طبيب بشأن حالة الإعاقة الخاصة بك. | 1. أدخل المعلومات التالية حول الطبيب المعالج والذي لديه أحدث سجلات طبية حول حالة الإعاقة الخاصة بك: |
| رقم الهاتف (مع رقم المنطقة) | اسم الطبيب/العيادة |
| أول تاريخ زيارتك إلى الطبيب | العنوان |
| آخر تاريخ زيارتك إلى الطبيب | المرض أو الإصابة التي حصلت بسببها على فحوصات أو علاج |

نوع العلاج أو الدواء المقدم (مثل الجراحة، العلاج الكيميائي، الإشعاعي، والدواء الذي تأخذه لمرضك أو إصابتك، إذا كنت تعرفه. إذا لم يكن هنالك علاج أو دواء فكتب لا يوجد.

2. هل قمت بزيارة أي أطباء آخرين منذ أن بدأت حالة الإعاقة الخاصة بك؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فأجب على ما يلي:

| | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| رقم الهاتف (مع رقم المنطقة) | اسم الطبيب/العيادة | | | |
| أول تاريخ زيارتك إلى الطبيب | العنوان | | | |
| آخر تاريخ زيارتك إلى الطبيب | المرض أو الإصابة التي خضعت بسببها لفحوصات أو علاج | | | |
| نوع العلاج أو الدواء المقدم (مثل الجراحة، العلاج الكيماوي، الإشعاعي، والدواء الذي تأخذه لمرضك أو إصابتك، إذا كنت تعرفه. إذا لم يكن هنالك علاج أو دواء فاكتب <u>لا يوجد</u> . | | | | |
| إذا كنت ذهبت لزيارة أطباء آخرين منذ تعرضك لهذا المرض أو الإصابة، فقم بإرفاق صفحات إضافية مع المعلومات الموضحة أعلاه. | | | | |
| 3. هل تلقيت العلاج في المستشفى فيما يتعلق بحالة الإعاقة الخاصة بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا. | | | | |
| رقم الهاتف (مع رقم المنطقة) | اسم المستشفى: | | | |
| العنوان | | | | |
| ما هي تواريخ زيارتك؟ | | | | |
| المرض أو الإصابة التي حصلت بسببها على فحوصات أو علاج | | | | |
| نوع العلاج أو الدواء المقدم (مثل الجراحة، العلاج الكيماوي، الإشعاعي، والدواء الذي تأخذه لمرضك أو إصابتك، إذا كنت تعرفه. إذا لم يكن هنالك علاج أو دواء فاكتب <u>لا يوجد</u> . | | | | |
| 4. إذا كنت في مستشفيات أخرى بشأن مرضك أو إصابتك، فأجب على ما يلي: | | | | |
| رقم الهاتف (مع رقم المنطقة) | اسم المستشفى: | | | |
| العنوان | | | | |
| ما هي تواريخ زيارتك؟ | | | | |
| المرض أو الإصابة التي خضعت بسببها لفحوصات أو علاج | | | | |
| نوع العلاج أو الدواء المقدم (مثل الجراحة، العلاج الكيماوي، الإشعاعي، والدواء الذي تأخذه لمرضك أو إصابتك، إذا كنت تعرفه. إذا لم يكن هنالك علاج أو دواء فاكتب <u>لا يوجد</u> . | | | | |
| إذا كنت قد ذهبت إلى مستشفيات أو عيادات أخرى بشأن مرضك أو إصابتك، فأدرج الأسماء، والتواريخ والأسباب في الجزء 6 أو أرفق صفحات إضافية. | | | | |
| 5. هل خضعت لأي من الاختبارات التالية في العالم الماضي؟ قم بتأشير المربع المناسب أدناه، وإذا كانت إجابتك "نعم"، فاذكر متى وأين تم هذا الاختبار. | | | | |
| متى تم | أين تم | لا | نعم | الاختبار |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | الصورة البيانية الكهربائية للقلب |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | أشعة أكس على الصدر |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | أشعة أكس أخرى (حدد نوعها) |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | فحوصات التنفس |

| | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| فحوصات الدم | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| أخرى (حددها): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

الجزء 2: قائمة العلاج

| اسم العلاج | وصف العلاج من قبل (اسم الطبيب) | سبب العلاج |
|------------|--------------------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

إذا استخدمت أكثر من علاج، فإرفق صفحات إضافية مع المعلومات أعلاه.

الجزء 4: معلومات عن تعليمك

| | |
|--|--|
| 1. ما هي أعلى مرحلة وصلت إليها في المدرسة؟ | ما هو العام؟ |
| 2. هل ذهبت إلى مدرسة حرفية أو مهنية أو حصلت على أي نوع من التدريب الخاص؟ | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| تواريخ الالتحاق بالمدرسة تقريباً | نوع المدرسة أو التدريب الحرفي أو المهني؟ |
| كيف تمت الاستفادة من هذه المدرسة أو التدريب في أي عمل التحقت به | |

إذا كان العمل ملتحقاً بالمدرسة، فيرجى تقديم ما يلي.

| |
|----------------------------------|
| اسم المدرسة والعنوان ورقم الهاتف |
| اسم المدرس |

جزء 5: معلومات عن العمل الذي التحقت به

اذكر كافة الوظائف التي التحقت بها خلال الـ 15 عامًا الماضية قبل توقعك عن العمل، والبدء في عمك المعتاد. يعني ذلك أن نوع العمل الذي التحقت به كان أطول من حيث المدة. وإذا كان لديك تعليم حتى المرحلة السادسة، أو أقل، وتقوم فقط بعمل غير ماهر بدرجة كبيرة طيلة 35 عامًا أو يزيد، فاذكر كافة الوظائف التي التحقت بها منذ أن بدأت العمل. وإذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساحات، فإما أن ترفق صفحات إضافية أو تستخدم الجزء 6.

| المسمى الوظيفي | نوع العمل | من | إلى | الأيام في الأسبوع | معدل الدفع (لكل ساعة، أو يوم، أو أسبوع، أو شهر، أو عام) |
|----------------|-----------|----|-----|-------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

- 2أ. بالنسبة للوظائف المدرجة أعلاه، هل:
- استخدمت ماكينات أو أدوات أو معدات من أي نوع؟ نعم لا
- استخدمت المعرفة أو المهارات الفنية؟ نعم لا
- قمت بأي أعمال كتابية أو استيفاء التقارير أو القيام بمهام مشابهة؟ نعم لا
- لديك مسؤوليات إشرافية: نعم لا

2ب. اشرح كافة الإجابات التي أشرت عليها بنعم وذلك من خلال إعطاء وصف كامل لما يلي: أنواع الماكينات، أو الأدوات، أو المعدات التي استخدمتها والتشغيل المناسب الذي قمت به، والمعرفة أو المهارات الفنية ذات العلاقة، ونوع الأعمال الكتابية، وأنواع التقارير؛ وعدد الأشخاص الذين أشرفت عليهم ومدى الإشراف.

2ج. قم بوصف نوع وكمية النشاط البدني الذي قمت به في عملك المعتاد أثناء اليوم العادي وذلك بالتأشير على أفضل إجابة أدناه.

- كم عدد الساعات التي تعملها في اليوم: المشي؟ 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- الوقوف؟ 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- الجلوس؟ 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- كم عدد المرات في اليوم: تتحني؟ أبداً عادة غالباً باستمرار
- التناول؟ أبداً عادة غالباً باستمرار
- الرفع والحمل: صف ما تقوم بحمله والمسافة التي تقطعها أثناء الرفع:

- ما هو أثقل وزن قمت بحمله؟ 10 رطل 20 رطل 50 رطل 100 رطل أكثر من 100 رطل
- ما هو الثقل الذي تقوم بحمله أو رفعه غالباً؟ أكثر من 10 رطل أكثر من 25 رطل أكثر من 50 رطل أكثر من 100 رطل

جزء 6: ملاحظات

1. استخدم هذا القسم كمساحة إضافية للإجابة على أي من الأسئلة السابقة. وأيضاً استخدم هذه المساحة لإعطاء معلومات إضافية تتصور أنها سوف تكون مفيدة في تحديد القرار الخاص بدعوى الإعاقة (مثل معلومات عن الأمراض أو الإصابات الأخرى التي لم يتم درجها سابقاً).

يتم استكمالها من قبل من يجري المقابلة

2. هل يتحدث صاحب الدعوى اللغة الإنجليزية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، فما هي اللغة التي يتحدثها/تحدثها:
3. هل يحتاج صاحب الدعوى إلى مساعدة في التعامل مع الدعوى الخاصة به/بها؟ نعم لا. إذا كانت الإجابة نعم، فأكمل معلومات الاتصال بأطراف أخرى في الصفحة 1.
4. قم بالتحقق من الصعوبات المدرجة أدناه، إن وجدت، أثناء مقابلتك مع صاحب الدعوى.
- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> القراءة | <input type="checkbox"/> الكتابة | <input type="checkbox"/> الإجابة على الأسئلة | <input type="checkbox"/> السمع |
| <input type="checkbox"/> الجلوس | <input type="checkbox"/> الفهم | <input type="checkbox"/> استخدام اليدين | <input type="checkbox"/> التنفس |
| <input type="checkbox"/> الرؤية | <input type="checkbox"/> المشي | <input type="checkbox"/> أخرى (حددها): | |
| <input type="checkbox"/> لم يلاحظ شيء | | | |
- إذا تم تأشير البنود المدرجة أعلاه، فقم بوصف الصعوبة المتضمنة:

5. أي تقييمات ABD معلقة/حالية؟ نعم لا.

بدنية، التاريخ: _____

الصحة العقلية، التاريخ: _____

6. قم بوصف صاحب الشكوى بالكامل (مثل البنية العامة، الطول، الوزن، السلوك، أي صعوبات أخرى تضيف إلى أو تكمل من الملاحظات المذكورة أعلاه):

| | | |
|-------------------------------------|--|------------------------|
| اسم من يجري المقابلة (اكتب أو اطبع) | التاريخ | توقيع من يجري المقابلة |
| مكتب خدمات المجتمع | رقم هاتف من يجري المقابلة (مع رمز المنطقة) | |