

残障情况报告

Disability Report

对残障病症之医学鉴定

DSHS 14-144A

残障情况报告表格DSHS 14-144A用于收集关于当事人的残障情况资料、医疗证据和工作履历，供残障病症评鉴处(DDDS)对残障病症进行医学鉴定。

由社会服务专职人员(SSS)或财务服务专职人员(FSS)开始填写DSHS 14-144A表格。SSS或FSS应确保表格中写明社区服务处(CSO)和电话号码。请勾选相应的方框，以此表示提出残障病症评鉴请求是为申请非资助医疗补助(NGMA)或残障雇员医疗保健(HWD)。把填妥的表格放入残障病症评鉴文件包内。

1. 由SSS或FSS填写标题，说明当事人的姓名、社会安全号码(SSN)和残障病症。
2. SSS或FSS可以协助当事人填写第1部分 - 关于您的病症情况资料。日期不必具体到哪一天，但应说明年份和月份。
3. SSS或FSS可以协助当事人填写第2部分 - 关于您的医疗记录情况资料。应尽量提供关于医生和治疗机构的完整情况资料，这非常重要。
4. SSS或FSS可以协助当事人填写第3部分 - 关于您的活动情况。SSS或FSS应审阅这一情况资料，以确保对当事人的局限性作出清楚的确定。
5. SSS或FSS可以协助当事人填写第4部分 - 关于您的学历情况。如果所学的课程属于特殊教育课程，应注明。
6. SSS或FSS可以协助当事人填写第5部分 - 关于您的工作情况。只需说明企业类别，而不要列出具体的雇主。
7. SSS或FSS可以协助当事人填写第6部分的第1项 - 评论。第2至第6项由SSS或FSS填写。

残障情况报告

Disability Report

对残障病症之医学鉴定

提出要求以获得:

- 非资助医疗补助(NGMA)
 残障雇员医疗保健(HWD)

本表格由社会工作人员在与索偿人或其代表面谈时填写。请工整填写、以键入方式填写或清楚地填写,并尽量回答所有各项问题。请回答所有的问题。完整的回答有助于索偿申请之办理。如果您需要更多填写栏位来回答本表格的任何问题,请阅读第6部分或者另附纸页填写。

1. 索偿人姓名/别名	2. 社会安全号码	3. 电话号码 (以及地区号码)
4. 第三方联系信息 姓名	电话号码 (以及地区号码)	
地址		
5. 您有何残障病症? 请简要说明使您无法从事工作的伤症或疾病情况。		

第1部分 有关您的病症情况

1. 您最初受病症烦扰的日期是哪一天? _____
月 日 年份

2A. 在上面第1项中显示的日期之后您是否曾工作? 如果您回答“否”,请跳至下面的3A及3B。 是 否

2B. 如果您对2A项回答“是”,那么您的病症是否导致以下变化:

您的工作或工作职责?

您的工作小时数?

您的出勤率?

您工作的其它方面?

2C. 如果您对2B中任何一项回答“是”,请说明您的工作环境发生了哪些改变、发生改变的日期以及您的病症如何使这些改变成为必然:

3A. 您的病症最终于何时导致您停止工作? _____
月 日 年份

3B. 请说明您的病症如何使您目前无法从事工作:

第2部分 关于您的医疗记录情况

1. 下列情况涉及保存有您残障病症最新医疗记录的医生;请填写: 如果您从未由于残障病症而就医,请勾选此方框。

医生姓名/诊所	电话号码 (以及地区号码)
地址	您在这位医生的诊所初次就医的日期
接受检查或治疗的疾病或伤症	您在这位医生的诊所最近一次就医的日期

如果您知道的话,请说明治疗类别或药物种类(例如,手术治疗、化学疗法、放射疗法)以及为治疗疾病或伤症而服用的药物。如果没有接受治疗或服用药物,请填写“无”。

2. 自从您开始患有残障病症以来,您是否曾在其他医生的诊所就医? 是 否
若是如此,请回答下列问题:

医生姓名 / 诊所	电话号码 (以及地区号码)
地址	您在这位医生的诊所初次就医的日期
接受检查或治疗的疾病或伤症	您在这位医生的诊所最近一次就医的日期
如果您知道的话, 请说明治疗类别或药物种类 (例如, 手术治疗、化学疗法、放射疗法) 以及为治疗疾病或伤症而服用的药物。 如果没有接受治疗或服用药物, 请填写“无”。	

**如果自从您的疾病或伤症开始以来, 您还曾在其他医生的诊所就医,
请另附纸页填写上述情况。**

**3. 您是否曾因残障病症而接受住院治疗? 是 否
若是如此, 请回答下列问题:**

医院名称	电话号码 (以及地区号码)
地址	
您去就诊的日期是哪些天?	
接受检查或治疗的疾病或伤症	
如果您知道的话, 请说明治疗的类别或药物的种类 (例如, 手术治疗、化学疗法、放射疗法) 和用于治疗疾病或伤症而服用的药物。如果没有接受治疗或服用药物, 请填写“无”。	

4. 如果您由于疾病或伤症还曾在其它医院接受过治疗, 请回答下列问题:

医院名称	电话号码 (以及地区号码)
地址	
您去就诊的日期是哪些天?	
接受检查或治疗的疾病或伤症	
如果您知道的话, 请说明治疗类别或药物种类 (例如, 手术治疗、化学疗法、放射疗法) 以及为治疗疾病或伤症而服用的药物。 如果没有接受治疗或服用药物, 请填写“无”。	

**您如果由于疾病或伤症还在其它医院或诊所接受过治疗, 请在第6部分列出医院或诊所名称、
日期和就诊原因, 或另附纸页填写。**

5. 您去年是否曾接受过下列任何化验检查? 如果您回答“是”, 请勾选下面相应的方框, 并说明接受化验检查的地点和时间。

化验检查	是	否	在何处接受化验检查	在何时接受化验检查
心电图	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸部X光透视	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其它X光透视 (请说明种类):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
呼吸检查	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

验血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
其它（请具体说明）：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

第3部分 药物清单

药物名称	开处方的医生（医生姓名）	用药原因

如果您服用多种药物，请另附纸页填写上述情况。

第4部分 关于您的学历情况

- 您完成的最高学历是甚么？ _____ 哪一年完成？ _____
- 您是否就读过贸易或职业学校，或者接受过任何类别的特殊培训？ 是 否
若是如此，请回答下列问题：

您就读的贸易或职业学校或所接受培训的类别	您就读贸易或职业学校或接受培训的大致日期
----------------------	----------------------

这些教育或培训对您曾经从事的工作有何作用

如果当事人正上学，请提供以下信息。

学校名称、地址和电话号码
教师姓名

第5部分 关于您过去工作的情况

请列出过去15年内您在停止工作以前从事的所有工作，并请从您的正常工作开始填写，即您以前从事的工作中时间最长者。如果您的文化程度为6年级或低于6年级，并且只从事过非技术类的重体力劳动，且时间达35年或以上，则请列出您开始参加工作以来从事过的所有工作。如果您需要更多填写栏位，可以另附纸页填写或使用第6部分的填写栏位。

工作职称	企业类别	自	至	每周工作天数	工资（每小时、每天、每周、每月或每年）

- 2A. 在上述正常工作中，您是否曾：
- | | | | | |
|------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 使用机器、工具或任何种类的设备？ | <input type="checkbox"/> | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 |
| 使用技术知识或技能？ | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 履行过书写、撰写报告或类似职责？ | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 负有监督责任： | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

2B. 对于所有肯定的回答，请给予详细说明：您使用过的机器、工具或设备的类别，以及您的具体操作；所涉及的技术知识或技能；您撰写的文件类别和报告的性质；以及您管理的雇员人数和您的管理职责范围。

2C. 请勾选下列最佳答案，用以说明在典型的工作日内，您的正常工作所涉及的身体活动量和类别。

- 您每天用几个小时从事以下活动：
- | | | | | | | | | | |
|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 行走？ | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| 站立？ | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| 坐？ | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
- 您每天从事以下活动的次数如何：
- | | | | | |
|-------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 弯腰？ | <input type="checkbox"/> 从未有过这种情况 | <input type="checkbox"/> 偶尔如此 | <input type="checkbox"/> 经常 | <input type="checkbox"/> 连续不断 |
| 伸手够取？ | <input type="checkbox"/> 从未有过这种情况 | <input type="checkbox"/> 偶尔如此 | <input type="checkbox"/> 经常 | <input type="checkbox"/> 连续不断 |
- 抬起和搬运：请说明抬起何物以及运送距离。

您抬起的物品最大重量是多少？ 10磅 20磅 50磅 100磅 超过100磅

您经常抬起和搬运的物品重量是多少？
 达到10磅 达到25磅 达到50磅 达到100磅

第6部分 评论

1. 请使用本部分的额外填写栏位来回答上面的任何问题。也可使用这一填写栏位来提供您认为将有助于就您的残障索偿作出决定之额外情况（例如，关于先前未列出的其它疾病或伤症的情况）。

由主持访谈者填写

2. 索偿人是否讲英语？ 是 否 如果不讲英语，请问索偿人讲何种语言：

3. 索偿人在办理其索偿申请时是否需要协助？ 是 否
若是如此，请在第1页填写第三方联系信息。

4. 在与索偿人面谈时，您观察到索偿人在下列哪些方面有困难，若有则请勾选。

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 阅读 | <input type="checkbox"/> 书写 | <input type="checkbox"/> 回答问题 | <input type="checkbox"/> 听力 |
| <input type="checkbox"/> 坐 | <input type="checkbox"/> 理解 | <input type="checkbox"/> 使用双手 | <input type="checkbox"/> 呼吸 |
| <input type="checkbox"/> 视物 | <input type="checkbox"/> 行走 | <input type="checkbox"/> 其它（请具体说明）： | |
| <input type="checkbox"/> 未观察到任何困难情况 | | | |

如果勾选了上述任何一项，请说明确切的困难程度：

5. 是否有任何即将进行的/当前的老年人、盲人或残障人士现金补助计划(ABD)评估? 是 否

体检; 日期: _____

心理健康; 日期: _____

6. 对索偿人作充分说明(例如体格、身高、体重、行为, 以及对上列困难方面的任何添加或补充):

主持访谈者签名	日期	主持访谈者的姓名(请键入或工整填写)
主持访谈者的电话号码(请包括地区号码)		社区服务处