

گزارش از کارافتادگی

Disability Report

تصمیم از کارافتادگی پزشکی

DSHS 14-144A

فرم گزارش از کارافتادگی، DSHS 14-144A، اطلاعاتی در مورد ناتوانی مشتری، شواهد پزشکی و سابقه کار جهت استفاده بخش تعیین از کارافتادگی (Division of Disability Determination, DDDS) در تعیین از کارافتادگی پزشکی جمع‌آوری می‌کند.

متخصص خدمات اجتماعی (Social Service Specialist, SSS) یا متخصص خدمات مالی (Financial Service Specialist, FSS) فرم DSHS 14-144A را تکمیل می‌کند. SSS یا FSS باید از قرار داشتن دفتر خدمات اجتماعی (Community Service Office, CSO) و شماره تلفن در فرم اطمینان حاصل کنند. برای نشان دادن اینکه تصمیم مربوط به از کارافتادگی برای کمک پزشکی غیر اعطایی (Non-Grant Medical Assistance, NGMA) یا سلامت برای کارگران دچار ناتوانی جسمی (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD) است، گزینه مناسب را علامت بزنید. فرم تکمیل‌شده را به بسته تصمیم‌گیری از کارافتادگی اضافه کنید.

1. SSS یا FSS سرنیتزر را تکمیل و نام، شماره تأمین اجتماعی (Social Security Number, SSN) و وضعیت عامل از کارافتادگی مشتری را درج می‌کنند.
2. SSS یا FSS می‌توانند در تکمیل بخش 1 - اطلاعات مربوط به وضعیت شما به مشتری کمک کنند. نیاز نیست تاریخ‌ها دقیق باشد، اما باید ماه و سال در آن ذکر شود.
3. SSS یا FSS می‌توانند در تکمیل بخش 2 - اطلاعات مربوط به پرونده‌های پزشکی شما به مشتری کمک کنند. وارد کردن کامل اطلاعات پزشکان و منابع درمانی بسیار مهم است.
4. SSS یا FSS می‌توانند در تکمیل بخش 3 - اطلاعات مربوط به فعالیت‌های شما به مشتری کمک کنند. SSS یا FSS باید جهت اطمینان از شناسایی دقیق محدودیت‌های مشتری، اطلاعات را بررسی کنند.
5. SSS یا FSS می‌توانند در تکمیل بخش 4 - اطلاعات مربوط به آموزش شما به مشتری کمک کنند. باید ذکر شود آیا کلاس‌های مدرسه از نوع کلاس آموزش ویژه بوده‌اند یا خیر.
6. SSS یا FSS می‌توانند در تکمیل بخش 5 - اطلاعات مربوط به شغل شما به مشتری کمک کنند. نام هر کارفرما نباید ذکر شود، فقط نوع کسب‌وکار را ذکر کنید.
7. SSS یا FSS می‌توانند در تکمیل مورد 1 در بخش 6 - ملاحظات به مشتری کمک کنند. SSS یا FSS باید موارد 2 تا 6 را تکمیل کنند.

گزارش از کارافتادگی Disability Report تصمیم از کارافتادگی پزشکی

هدف درخواست:

- کمک پزشکی غیر اعطایی (NGMA)
 سلامت برای کارگران دچار ناتوانی جسمی (HWD)

خدمات اجتماعی DSHS یا مأمور امور مالی باید این فرم را در طول مصاحبه با خواهان یا نماینده خواهان تکمیل کند. لطفاً به صورت واضح امضا یا تایپ کنید یا بنویسید و تا جایی که می‌توانید، به تمام موارد پاسخ دهید. به تمام سوالات پاسخ دهید. پاسخ‌های کامل به فرایند بررسی دعوی کمک می‌کند. اگر به فضای بیشتری برای پاسخ دادن به سوالاتی در این فرم نیاز داشتید، به بخش 6 بروید یا برگه‌ای اضافه کنید.

1. نام/نام مستعار خواهان	2. شماره تأمین اجتماعی	3. شماره تلفن (و کد ناحیه)
4. اطلاعات مخاطب ثالث	نام	شماره تلفن (و کد ناحیه)
آدرس		

5. وضعیت منجر به از کارافتادگی شما چیست؟ به طور خلاصه آسیب یا بیماری‌ای را توضیح دهید که باعث شده است قادر به کار کردن نباشید.

بخش 1: اطلاعات مربوط به وضعیت شما

1. اولین بار وضعیت شما در چه تاریخی شما را اذیت کرد؟
ماه، روز، سال

2A. آیا پس از تاریخ مندرج در مورد 1 بالا کار کردید؟
اگر پاسخ شما خیر است، به سؤال 3A و 3B زیر بروید.

2B. اگر پاسخ شما به سؤال 2A بله است، آیا وضعیت شما باعث شد این موارد را تغییر بدهید:
شغل یا وظایف شغلی خود؟
ساعات کاری خود؟
حضور خود در محل کار؟
چیز دیگری در رابطه با کار خود؟

2C. اگر پاسخ شما به هر کدام از موارد 2B بله است، توضیح دهید چه تغییراتی در شرایط شغلی شما ایجاد شد، این تغییرات در چه تاریخ‌هایی رخ داد و وضعیت شما چه تأثیری روی ضروری بودن این تغییرات داشت:

3A. چه زمانی وضعیت شما باعث شد نهایتاً از شغل خود دست بکشید؟
ماه، روز، سال

3B. توضیح دهید وضعیت شما اکنون چگونه باعث شده است نتوانید کار کنید:

بخش 2: اطلاعات مربوط به سوابق پزشکی شما

1. اطلاعات مربوط به پزشکی را در زیر وارد کنید که دارای آخرین سوابق پزشکی شما در مورد وضعیت منجر به از کارافتادگی شماست:

نام پزشک/کلینیک

شماره تلفن (و کد ناحیه)

آدرس

تاریخ اولین ویزیت شما نزد این پزشک

بیماری یا آسیب‌دیدگی‌ای که برای آن، مورد معاینه یا درمان قرار گرفتید

تاریخ آخرین ویزیت شما نزد این پزشک

نوع درمان یا داروهای دریافتی (مثلاً جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، و داروهای مصرفی برای بیماری یا آسیب‌دیدگی خود، اگر از آن‌ها اطلاع دارید. اگر درمان یا دارویی وجود ندارد، بنویسید وجود ندارد.)

2. از زمان شروع شرایط منجر به ناتوانی خود، به پزشک دیگری مراجعه کرده‌اید؟ بله خیر
اگر پاسخ بله است، به این موارد پاسخ دهید:

نام پزشک/کلینیک	شماره تلفن (و کد ناحیه)
آدرس	تاریخ اولین ویزیت شما نزد این پزشک
بیماری یا آسیب‌دیدگی‌ای که برای آن، مورد معاینه یا درمان قرار گرفتید	تاریخ آخرین ویزیت شما نزد این پزشک

نوع درمان یا داروهای دریافتی (مثلاً جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، و داروهای مصرفی برای بیماری یا آسیب‌دیدگی خود، اگر از آن‌ها اطلاع دارید. اگر درمان یا دارویی وجود ندارد، بنویسید وجود ندارد.

اگر از زمان آسیب یا شروع بیماری به پزشک دیگری مراجعه کرده‌اید، صفحه‌های بیشتر حاوی اطلاعات بالا را پیوست کنید.

3. آیا برای وضعیت منجر به ازکار افتادگی خود در بیمارستانی تحت درمان قرار گرفته‌اید؟ بله خیر

اگر پاسخ بله است، موارد زیر را جواب دهید:

نام بیمارستان	شماره تلفن (و کد ناحیه)
آدرس	

ویزیت‌های شما در چه تاریخ‌هایی انجام شد؟

بیماری یا آسیب‌دیدگی‌ای که برای آن، مورد معاینه یا درمان قرار گرفتید

نوع درمان یا داروهای دریافتی (مثلاً جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، و داروهای مصرفی برای بیماری یا آسیب‌دیدگی خود، اگر از آن‌ها اطلاع دارید. اگر درمان یا دارویی وجود ندارد، بنویسید وجود ندارد.

4. اگر برای پیگیری بیماری یا آسیب‌دیدگی خود به بیمارستان دیگری مراجعه کرده‌اید، به این موارد پاسخ دهید:

نام بیمارستان	شماره تلفن (و کد ناحیه)
آدرس	

ویزیت‌های شما در چه تاریخ‌هایی انجام شد؟

بیماری یا آسیب‌دیدگی‌ای که برای آن، مورد معاینه یا درمان قرار گرفتید

نوع درمان یا داروهای دریافتی (مثلاً جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، و داروهای مصرفی برای بیماری یا آسیب‌دیدگی خود، اگر از آن‌ها اطلاع دارید. اگر درمان یا دارویی وجود ندارد، بنویسید وجود ندارد.

اگر برای پیگیری درمان مربوط به آسیب‌دیدگی یا بیماری خود در بیمارستان یا کلینیکی مراجعه کرده‌اید یا بستری شده‌اید، لطفاً نام، تاریخ و دلایل را در بخش 6 بنویسید یا صفحه‌های بیشتری پیوست کنید.

5. هیچ‌کدام از این آزمایش‌ها را در سال گذشته انجام داده‌اید؟ گزینه مناسب را در زیر علامت بزنید و اگر پاسخ «بله» است، مکان و زمان انجام آزمایش را ذکر کنید.

آزمایش	بله	خیر	محل انجام	زمان انجام
نوار قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
عکس رادیولوژی از قفسه سینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
سایر رادیولوژی (نوع را مشخص کنید):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
آزمایش تنفس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آزمایش خون
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر (مشخص کنید):
بخش 3: فهرست داروها				
نام دارو	تجویز توسط (نام پزشک)	دلیل مصرف دارو		
اگر از داروهای بیشتری استفاده می‌کنید، صفحه‌های بیشتری حاوی اطلاعات بالا پیوست کنید.				
بخش 4: اطلاعات مربوط به آموزش شما				
1. بالاترین پایه تحصیلی شما چیست؟ _____ چه سالی؟ _____				
2. آیا در مدرسه حرفه‌ای یا فنی‌و حرفه‌ای شرکت کرده‌اید یا هیچ نوعی از آموزش ویژه را پشت سر گذاشته‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ بله است، به این موارد پاسخ دهید:				
نوع آموزش یا مدرسه حرفه‌ای یا فنی‌و حرفه‌ای		تاریخ‌های تقریبی حضور		
چگونه از این حضور در مدرسه یا پشت سر گذاشتن آموزش در کارهایی که انجام دادید، استفاده کردید				
اگر مشتری در حال حضور در مدرسه است، لطفاً این موارد را بیان کنید.				
نام مدرسه، آدرس و شماره تلفن				
نام معلم				
بخش 5: اطلاعات مربوط به کاری که انجام داده‌اید				
فهرست تمام کارهایی را که در 15 سال قبل از توقف کارتان انجام داده‌اید، بیان کنید؛ با کار معمول خود شروع کنید. این به معنی کاری است که بیشتر از سایر کارها به آن مشغول بوده‌اید. اگر تحصیلات شما تا پایه ششم یا کمتر است و فقط کارهای بدون مهارت را به مدت 35 سال یا بیشتر انجام داده‌اید، تمام کارهایی را ذکر کنید که از زمان شروع به کارتان انجام داده‌اید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، با صفحه‌های بیشتری پیوست کنید یا از بخش 6 استفاده نمایید.				
عنوان شغل	نوع کسب‌وکار	از	تا	میزان پرداخت (ساعت، روز، هفته، ماه یا سال)
				روز در هفته

2A. وظیفه‌تان در کار معمول شما که در بالا ذکر کردید:

بله	خیر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

استفاده از ماشین‌آلات، ابزار یا تجهیزات؟
استفاده از دانش یا مهارت‌های فنی؟
انجام نگارش، تکمیل گزارش یا اجرای وظایف مشابه؟
دارای وظایف سرپرستی:

2B. پاسخ‌های بله را با توصیف کامل این موارد، توضیح دهید: نوع ماشین‌آلات، ابزار یا تجهیزات مورداستفاده و عملیات دقیق انجام‌شده؛ دانش یا مهارت‌های فنی مرتبط؛ نوع نگارشی که انجام دادید و ماهیت گزارش‌ها؛ و تعداد افرادی که سرپرستی آن‌ها را بر عهده داشتید و میزان وظایف سرپرستی خود.

2C. نوع و میزان فعالیت بدنی کار معمولی خود در طول روز را با علامت زدن بهترین پاسخ در زیر توصیف کنید.

چند ساعت در روز این موارد را انجام دادید؟	پیدامروزی؟	<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
ایستادن؟		<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
نشستن؟		<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
معمولاً چند بار در روز این موارد را انجام دادید: خم شدن؟	هرگز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کشیدن بدن برای رسیدن به چیزی؟	هرگز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	گاهی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	گاهی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	بمطور متناوب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	بمطور متناوب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	دائماً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	دائماً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بلند و حمل کردن: چیزی را که بلند کردید و مسافت حمل را توصیف کنید:

وزن سنگین‌ترین چیزی که بلند کردید، چقدر بود؟ 10 پوند 20 پوند 50 پوند 100 پوند بیش از 100 پوند

وزنی که به‌طور مداوم بلند یا حمل می‌کردید، چقدر بود؟ 10 پوند تا 25 پوند تا 50 پوند تا 100 پوند

بخش 6: ملاحظات

1. از این بخش به‌عنوان فضای بیشتر برای پاسخ دادن به سوالات قبلی استفاده کنید. همچنین، از این فضا برای ارائه اطلاعات بیشتری استفاده کنید که فکر می‌کنید در تصمیم‌گیری در مورد دعوی از کارافتادگی شما مفید خواهد بود (نظیر اطلاعات مربوط به دیگر آسیب‌ها یا بیماری‌هایی که قبلاً ذکر نشده است).

مصاحبه‌کننده باید تکمیل کند

2. آیا خواهان به زبان انگلیسی صحبت می‌کند؟ بله خیر اگر پاسخ خیر است، ایشان به چه زبانی صحبت می‌کند:

3. آیا خواهان در پردازش دعوی خود به کمک نیاز دارد؟ بله خیر اگر پاسخ بله است، اطلاعات مخاطب ثالث را در صفحه 1 تکمیل کنید.

4. مشخص کنید کدامیک از دشواری‌های زیر، در صورت وجود، هنگام مصاحبه مشاهده شد.

<input type="checkbox"/> خواندن	<input type="checkbox"/> نوشتن	<input type="checkbox"/> پاسخ دادن به سوالات	<input type="checkbox"/> شنیدن
<input type="checkbox"/> نشستن	<input type="checkbox"/> درک کردن	<input type="checkbox"/> استفاده از دست	<input type="checkbox"/> تنفس
<input type="checkbox"/> دیدن	<input type="checkbox"/> راه رفتن	<input type="checkbox"/> سایر (مشخص کنید):	
<input type="checkbox"/> موردی مشاهده نشد			

اگر یکی از این موارد را علامت گذاشتید، دشواری دقیق را توصیف کنید:

5. هیچ ارزیابی ABD معوق/فعلی وجود دارد؟ بله خیر

جسمانی؛ تاریخ: _____

سلامت روان؛ تاریخ: _____

6. خواهان را به‌طور کامل توصیف کنید (به‌عنوان مثال، وضعیت بدنی کلی، قد، وزن، رفتار، هرگونه دشواری که می‌توانید به ملاحظات بالا اضافه کنید یا مکمل این ملاحظات است):

امضای مصاحبه‌کننده	تاریخ	نام مصاحبه‌کننده (تایپ یا نوشتن با حروف بزرگ و خوانا)
شماره تلفن مصاحبه‌کننده (و کد ناحیه)		دفتر خدمات اجتماعی