

## 장애확인 보고서

### Disability Report

의학적 장애 판정

DSHS 14-144A

장애확인 보고서(DSHS 14-144A)는 장애 판정 부서(Division of Disability Determination, DDDS)에서 신청인의 의학적 장애여부를 판정하는데 사용할 장애, 의학적 증명 및 경력 정보를 수집하는 양식입니다.

사회복지사(SSS) 또는 재무담당자(FSS)가 DSHS 14-144A 양식을 먼저 작성합니다. SSS 또는 FSS는 본 양식에 반드시 보사부 사무처(CSO) 및 전화번호를 기록해야 합니다. 장애 판정 신청 네모 칸 NGMA(Non-Grant Medical Assistance) 또는 HWD(Healthcare for Workers with Disabilities) 중 한 곳에 체크합니다. 장애 판정 패키지에 완성한 양식을 추가합니다.

1. SSS 또는 FSS가 신청인의 이름, 소셜시큐리티번호(SSN) 및 장애증세에 관한 내용을 작성합니다.
2. SSS 또는 FSS가 1부 - 신청인의 증세 부분 작성을 도와줄 수 있습니다. 반드시 정확한 날짜를 기입해야 하는 것은 아니지만 해당 월/년은 기재되어야 합니다.
3. SSS 또는 FSS가 2부 - 신청인의 의료 기록부 정보 부분 작성을 도와줄 수 있습니다. 가능한한 의사와 치료 기관 등을 빠짐없이 기입하는 것이 중요합니다.
4. SSS 또는 FSS가 3부 - 신청인의 활동 정보 부분 작성을 도와줄 수 있습니다. SSS 또는 FSS는 신청인의 상태가 확실하게 일을 할 수 없는 정도인지 해당 정보를 잘 검토해야만 합니다.
5. SSS 또는 FSS가 4부 - 신청인의 교육 정보 부분 작성을 도와줄 수 있습니다. 신청인이 받은 학교 수업이 특수교육 대상 학생이 받는 수업이었는지 기록해야만 합니다.
6. SSS 또는 FSS가 5부 - 신청인의 직업 정보 부분 작성을 도와줄 수 있습니다. 개별 고용주 이름을 기입하는 것이 아니라 직종만 기입하면 됩니다.
7. SSS 또는 FSS가 6부 - 비고 부분의 1항 작성을 도와줄 수 있습니다. 2항~6항은 SSS 또는 FSS가 기입해야만 합니다.



의사의 이름/진료원	전화번호(및 지역번호)			
주소	이 의사를 <u>처음</u> 방문한 날짜			
진찰 또는 치료한 질병 또는 상해	이 의사를 <u>마지막</u> 방문한 날짜			
받은 치료 또는 약품 종류(예: 질병이나 상해로 인해 받은 수술, 화학요법, 방사선치료 및 복용약). 치료나 복용하는 약이 없으면 <u>없음</u> 으로 기록하십시오.				
<b>이 질병이나 상해 발생 이후 방문한 다른 의사가 있으면 다른 용지에 상기의 내용을 모두 써 넣어 첨부하십시오.</b>				
3. 장애 증세로 인해 병원 치료를 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <b>'예'일 경우 다음에 답하십시오.</b>				
병원 이름	전화번호(및 지역번호)			
주소				
방문한 날짜(들)				
진찰 또는 치료한 질병 또는 상해				
받은 치료 또는 약품 종류(예: 질병이나 상해로 인해 받은 수술, 화학요법, 방사선치료 및 복용약). 치료나 복용하는 약이 없으면 <u>없음</u> 으로 기록하십시오.				
4. 질병이나 상해와 관련해 다른 병원의 진찰/치료를 받은 적이 있으면 아래에 답하십시오.				
병원 이름	전화번호(및 지역번호)			
주소				
방문한 날짜(들)				
진찰 또는 치료한 질병 또는 상해				
받은 치료 또는 약품 종류(예: 질병이나 상해로 인해 받은 수술, 화학요법, 방사선치료 및 복용약). 치료나 복용하는 약이 없으면 <u>없음</u> 으로 기록하십시오.				
<b>질병 또는 상해와 관련해 다른 병원이나 진료소의 진찰/치료를 받은 적이 있으면 해당 병원이나 진료소의 이름, 방문한 날짜 및 이유 등을 6부에 적거나 다른 용지에 적어 첨부하십시오.</b>				
5. 다음 중 작년에 받은 검사가 있습니까? 해당 네모 칸에 체크로 표기하고 '예'에 답한 경우 검사를 받은 곳과 날짜를 기입하십시오.				
검사	예	아니오	검사를 실시한 곳	검사를 실시한 날짜
심전도	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
흉부 엑스레이	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
기타 엑스레이(엑스레이 부위를 상세하게 기재):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
호흡기 검사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

피검사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
기타(구체적으로 기재):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**3부. 복용약 목록**

복용약 이름	처방의(의사 이름)	처방 이유

복용약이 더 있으면 다른 용지에 상기의 정보를 적어 첨부하십시오.

**4부. 신청인의 교육 정보**

1. 이수한 최종 학력을 기재하십시오. \_\_\_\_\_ 연도: \_\_\_\_\_
2. 실업학교 또는 직업학교를 다닌 적이 있거나 어떤 특수 교육을 받은 적이 있습니까?  예  아니오  
'예'로 답한 경우 다음에 답하십시오.

실업학교 또는 직업학교 또는 특수 교육 종류	다닌 날짜(대략)
--------------------------	-----------

당신이 일한 직종에 이 학교나 교육을 어떻게 활용했습니까?

신청인이 학교에 재학 중이라면 다음 정보를 입력해 주십시오.

학교 이름, 주소, 전화 번호
교사 이름

**5부. 신청인의 직업 정보**

일을 중단하기 전으로, 당신의 평소 직업부터 시작해 지난 15년간 수행한 모든 직업을 기재하십시오. 이 말은 당신이 가장 오랫동안 수행한 직종을 의미합니다. 6학년 이하의 교육만을 이수한 사람으로서 별도의 기술을 필요로 하지 않는 중노동을 35년 이상 수행하였으면 첫 직업부터 당신이 수행한 모든 직업을 기재하십시오. 여백이 더 필요하다면 다른 용지에 이 내용을 적어 첨부하거나 6부를 활용하십시오.

직위	직종	시작일	종료일	주당 요일 수	급료(시급/일급/주급/월급/연봉)



5. 계류 중인/현행 ABD 수혜자격 평가가 있습니까?  예  아니요

신체적; 날짜: \_\_\_\_\_

정신건강; 날짜: \_\_\_\_\_

6. 신청인의 전반적인 부문을 설명하십시오(예: 일반적인 체격, 신장, 체중, 행동, 위에 언급한 사항 외 추가 또는 보충할 수 있는 힘든 문제).

면접관의 서명	날짜	면접관의 이름(타자하거나 활자체로 기입할 것)
면접관의 전화번호(지역번호 포함)		보사부 사무처(CSO)