

د معلولیت راپور
د طبي معلولیت پرېکړه
DSHS 14-144A

د معلولیت د راپور فورمه، DSHS 14-144A، د مراجعه کوونکي د معلولیت، طبي شواهدو او د کار د مخیني په اړه معلومات راټولوي تر څو د معلولیت د ټاکنې د خدمتونو د ځانگې (Division of Disability Determination Services، DDDS) له خوا د طبي معلولیت په ټاکلو کې وکارول شي.

د ټولنیزو خدمتونو متخصص (Social Service Specialist، SSS) یا د عامه گټو متخصص (Public Benefits Specialist، PBS) د DSHS 14-144A فورمه پیلوي. SSS یا PBS باید ډاډ ترلاسه کړي چې د ټولنیزو خدمتونو دفتر (Community Service Office، CSO) او د تلیفون شمېره په فورمه کې لیکل شوي دي. مناسبه برخه یا خانه په نښه کړئ تر څو وینې چې د معلولیت پرېکړه د له وریا مرستې پرته طبي مرستې (Non-Grant Medical Assistance، NGMA) یا د معلولیت لرونکو کارگرانو لپاره د روغتیايي پاملرنې (Healthcare for Workers with Disabilities، HWD) لپاره غوښتل شوي ده. بشپړه شوي فورمه د معلولیت د پرېکړې بستې ته ور زیاته کړئ.

1. د SSS یا PBS کارکوونکی سرلیک بشپړوي تر څو د مراجعه کوونکي نوم، د ټولنیز امنیت شمېره (Social Security Number، SSN)، او د معلولیت حالت وینې.

2. د SSS یا PBS کارکوونکی له مراجعه کوونکي سره د 1 برخه - ستاسو د حالت په اړه معلومات په بشپړولو کې مرسته کولای شي. اړینه نه ده چې نېټې دي دقیقې وي، خو باید میاشت او کال څرگند کړي.

3. د SSS یا PBS کارکوونکی له مراجعه کوونکي سره د 2 برخه - ستاسو د طبي سوابقو په اړه معلومات په بشپړولو کې مرسته کولای شي. د امکان تر کچې په بشپړه توگه د ډاکترانو او د درمنلي د سرچینو مشخصول اړین دي.

4. د SSS یا PBS کارکوونکی له مراجعه کوونکي سره د 3 برخه - د درملو لېست په بشپړولو کې مرسته کولای شي. SSS یا PBS باید معلومات وگوري تر څو ډاډ ترلاسه کړي چې د مراجعه کوونکي د درملو لېست څومره چې شوني وي بشپړ دی.

5. د SSS یا PBS کارکوونکی له مراجعه کوونکي سره د 4 برخه - ستاسو د زده کړو په اړه معلومات په بشپړولو کې مرسته کولای شي. باید پاملرنه وشي چې د ښوونځي ټولگي، د ځانگړي زده کړي ټولگي وو او که نه.

6. د SSS یا PBS کارکوونکی له مراجعه کوونکي سره د 5 برخه - د هغه کار په اړه معلومات چې کړی مو دی په بشپړولو کې مرسته کولای شي. کارگومارونکي باید په انفرادي توگه ونه لیکل شي، یوازې د کاروبار ډول باید ولیکل شي.

7. د SSS یا PBS کارکوونکی له مراجعه کوونکي سره د 6 برخه - کتنې د 1 مورد په بشپړولو کې مرسته کولای شي. له 2 څخه تر 6 پورې موارد باید د SSS یا PBS کارکوونکي بشپړ کړي.

د معلولیت راپور
د طبي معلولیت پرېکړه

غوښتنه لپاره د:

له وړیا مرستې پرته مالي مرسته (NGMA)

د معلولیت لرونکو کارگرانو لپاره روغتیايي پاملرنه

(HWD)

دا فورمه د مدعي یا د مدعي د استازي سره د مرکي پر مهال د DSHS د ټولنيزو خدماتو يا مالي کارکونکي له خوا بشپړېږي. مهرباني وکړئ په روښانه او واضح توگه يې چاپ، تايپ يا وليکئ او تر خپلې وړتيا پورې ټولو مواردو ته ځواب ورکړئ. ټولې پوښتنې ځواب کړئ. بشپړ ځوابونو د ادعا په پروسس کې مرسته کوي. که د فورمي د هرې پوښتنې د ځواب لپاره اضافي ځای ته اړتیا لری، 6 برخې ته لار شئ يا پاڼې ضمیمه کړئ.

1. د مدعي نوم/عرف (مستعار نوم) 2. د ټولنيز امنیت شمېره د تلیفون شمېره (او سیمه بیز کود)

4. درېیم لوری نوم د تلیفون شمېره (او سیمه بیز کود) اړیکه

پته

5. ستاسو د معلولیت حالت څه دی؟ په لنډ ډول هغه تپ یا ناروغي تشریح کړئ چې ستاسو د کار مخنیوی کوي.

1 برخه - ستاسو د حالت (ناروغي) په اړه معلومات

1. په لومړي ځل په کومه نېټه دې حالت یا ناروغي وځورولئ؟

مياشت / ورځ / کال

نه هو

2A. پورته په 1 مورد کې له ښودل شوي نېټې څخه مو وروسته کار وکړ؟

که مو نه ځواب ورکړی وي، لاندې 3A او 3B ته لار شئ.

2B. که مو 2A ته هو ځواب ورکړی وي، آیا ستاسو حالت یا ناروغي د دې لامل شوه چې لاندې موارد بدل کړئ:

2C. که په 2B کې مو هر مورد ته هو ځواب ورکړی وي، تشریح کړئ چې ستاسو د کار په شرایطو کې بدلونونه څه وو، په کومو نېټو پېښ شول، او څنگه ستاسو حالت دغه بدلونونه اړین ګرځولي وو:

3A. بلاخره کله ستاسو حالت (ناروغي) د دې لامل شو چې کار ودرئ؟

مياشت / ورځ / کال

3B. تشریح کړئ چې خپل حالت (ناروغي) مو اوس څنگه له کار څخه راګرځوي:

2 برخه. ستاسو د طبي سوابقو په اړه معلومات

که مو د خپل معلولیت د حالت لپاره هېڅکله ډاکټر نه وي کتلی، دا ځای په نښه کړئ.

1. د وروستي ډاکټر، چې ستاسو د معلولیت د حالت په اړه تر ټولو وروستي طبي سوابق لري، لاندې معلومات وليکئ:

د تلیفون شمېره (او سیمه بیز کود)

د ډاکټر / کلینک نوم

هغه نېټه چې لومړی ځل مو دا ډاکټر ولید

پته

هغه نېټه چې وروستی ځل مو دا ډاکټر ولید

هغه ناروغي یا تپ چې د هغې لپاره مو ازموینه یا درملنه کوله

<p>د درملني يا درملو ډول چې تر لاسه کړي مو دي (يعني، جراحي، کيموتراپي، تشعشع او هغه درمل چې د خپلي ناروغۍ يا تپ لپاره يې استعمالوئ، که معلوم وي. که مو هېڅ درملنه يا درمل نه وي تر لاسه کړي، هېڅ وليکئ.</p>	
<p>2. د معلوليت د حالت له پيل راهيسې مو کوم بل ډاکټر ليدلی دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که ځواب هو وي، لاندې موارد ځواب کړئ:</p>	
<p>د ډاکټر / کلينک نوم</p>	<p>د تليفون شمېره (او سيمه بيز کوډ)</p>
<p>پته</p>	<p>هغه نېټه چې لومړی ځل مو دا ډاکټر وليد</p>
<p>هغه ناروغي يا تپ چې د هغې لپاره مو ازموينه يا درملنه کوله</p>	<p>هغه نېټه چې وروستی ځل مو دا ډاکټر وليد</p>
<p>د درملني يا درملو ډول چې تر لاسه کړي مو دي (يعني، جراحي، کيموتراپي، تشعشع او هغه درمل چې د خپلي ناروغۍ يا تپ لپاره يې استعمالوئ، که معلوم وي. که مو هېڅ درملنه يا درمل نه وي تر لاسه کړي، هېڅ وليکئ.</p>	
<p>که د دې ناروغۍ يا تپ راهيسې مو نور ډاکټران ليدلي وي، له پورتنيو معلوماتو سره اضافي پاڼې ضميمه کړئ.</p>	
<p>3. د خپل معلوليت د حالت لپاره مو په روغتون کې درملنه شوې ده؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه که ځواب هو وي، لاندې موارد ځواب کړئ:</p>	
<p>د روغتون نوم</p>	<p>د تليفون شمېره (او سيمه بيز کوډ)</p>
<p>پته</p>	
<p>د کتنو يا مراجعو نېټې مو کومې وي؟</p>	
<p>هغه ناروغي يا تپ چې د هغې لپاره مو ازموينه يا درملنه کوله</p>	
<p>د درملني يا درملو ډول چې تر لاسه کړي مو دي (يعني، جراحي، کيموتراپي، تشعشع او هغه درمل چې د خپلي ناروغۍ يا تپ لپاره يې استعمالوئ، که معلوم وي. که مو هېڅ درملنه يا درمل نه وي تر لاسه کړي، هېڅ وليکئ.</p>	
<p>4. که د خپلي ناروغۍ يا تپ لپاره نورو روغتونونو ته تللي وي، لاندې موارد ځواب کړئ:</p>	
<p>د روغتون نوم</p>	<p>د تليفون شمېره (او سيمه بيز کوډ)</p>
<p>پته</p>	
<p>د کتنو يا مراجعو نېټې مو کومې وي؟</p>	
<p>هغه ناروغي يا تپ چې د هغې لپاره مو ازموينه يا درملنه کوله</p>	

د درملني يا درملو ډول چې تر لاسه كړي مو دي (يعني، جراحي، كيموټراپي، تشعشع او هغه درمل چې د خپلي ناروغۍ يا ټپ لپاره يې استعمالوي، كه معلوم وي. كه مو هېڅ درملنه يا درمل نه وي تر لاسه كړي، **هېڅ** وليكي.

كه د خپلي ناروغۍ يا ټپ لپاره نورو روغتونونو يا كلينكونو ته تللي وي، نومونه، نېټې او لاملونه يې په 6 برخه كې وليكي يا اضافي پاڼې ضميمه كړئ.

5. تېر كال مو له لاندې ازموينو څخه كومه يوه يې كړې ده؟ لاندې مناسبه برخه يا خانه په نېنه كړئ، او كه مو ځواب «هو» وي، د ازمويني ځاى او وخت وليكي.

ازموينه	هو	نه	چېرته شوي ده	كله شوي ده
الكتروكارډيوگرام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
د سينې اېكسري (X-ray)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
بله اېكسري (X-ray) (ډول يې مشخص كړئ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
د ساه ايستلو يا تنفسي ازمويني	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
د ويني ازمويني	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
نوري (مشخص يې كړئ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3 برخه. د درملو لېست

د درمل نوم	تجويز شوي له خوا د (د ډاكټر نوم)	د درملو لامل

كه نور درمل كاروي، له پورتنيو معلوماتو سره اضافي پاڼې ضميمه كړئ.

4 برخه. ستاسو د زده كړو په اړه معلومات

1. د ښوونځي تر ټولو لوړ ټولگي چې بشپړ كړى مو دى كوم دى؟ كوم كال _____
2. حرفوي يا مسلکي ښوونځي ته تللي ياست يا كومه ځانگړې روزنه مو تر لاسه كړې ده؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه كه ځواب هو وي، لاندې موارد ځواب كړئ:
د حرفوي يا مسلکي ښوونځي يا روزني ډول
تقريبې نېټې چې گډون مو پکې كړى دى
دغه زده كړې يا روزنه په هغه كار كې څنگه كارول كېده چې تاسو كاوه؟

که مراجعه کوونکي بنوونځي ته ځي، مهرباني وکړئ لاندې معلومات وړاندې کړئ.

د بنوونځي نوم، پته، او د تلیفون شمېره

د بنوونکي نوم

5 برخه. د هغه کار په اړه معلومات چې کړی مو دی

ټولې هغه دندې ولیکئ چې له کار درولو څخه مخکې مو په تېرو پنځو کلونو کې لرلې دي، او له خپلې معمول دندې څخه یې پیل کړئ. یعنې هغه کار چې تر ټولو زیاتي مودې لپاره مو کړی وي. که تر 6م ټولګې پورې یا لږې زده کړې لری او د 35 یا زیاتو کلونو لپاره مو یوازې غیر مسلکي درانه کارونه کړي وي، ټولې هغه دندې ولیکئ چې د کار پیلولو راهیسې مو کړي دي. که نور ځای ته اړتیا لری، یا اضافي پاتې ضمیمه کړئ یا 6 برخه وکاروئ.

د نندې سرلیک	د کاروبار ډول	له	تر	په اونۍ کې ورځې	د معاش کچه (په ساعت، ورځ، اونۍ، میاشت یا کال)

2A. په خپله معمول دنده کې چې پورته یاده شوي، تاسو:

ماشینونه، وسایل یا تجهیزات، که هر ډول وو، کارول؟	هو	نه
تخنیکي پوهه یا مهارتونه کارول؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لیکل مو کول، راپورونو مو بشپړول یا ورته کارونه مو کول؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د څارني یا نظارتي مسوولیتونه مو لرل:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2B. د لاندې مواردو په اړه د بشپړو توضیحاتو په ورکولو سره ټول هو ځوابونه تشریح کړئ: د ماشینونو، وسایلو او تجهیزاتو ډولونه چې کارولي مو دي او دقیق عملیات یا فعالیت چې ترسره کړی مو دی؛ اړونده تخنیکي پوهه یا مهارتونه؛ د لیکلو ډول چې کړی مو دی، او د هر ډول راپور څرنگوالی؛ او د هغو کسانو شمېر چې تاسو یې څارنه کړې او ستاسو د څارني کچه.

2C. لاندې د تر ټولو غوره ځواب په نښه کولو سره، په یوه معمولي ورځې کې د خپلې دندې اړوند د فزیکي فعالیت ډول او اندازه تشریح کړئ.

په یوه ورځ کې به څو ساعتونه: ګرځېدلی/قدم مو واهه؟ 0 1 2 3 4 5 6 7 8

ولار وئ؟ 0 1 2 3 4 5 6 7 8

ناست وئ؟ 0 1 2 3 4 5 6 7 8

په ورځ کې به څو ځله: ګرځېدلی/خړم کېدلې؟ هېڅکله کله کله په مکرر ډول په دوامداره توګه

لاس مو اورېدو؟ هېڅکله کله کله په مکرر ډول په دوامداره توګه

وزن پورته کاوه او لېږداوه: تشریح کړئ چې څه به مو پورته کول او په څومره واټن به مو لېږدول:

تر ټولو دروند وزن چې پورته کړی مو دی، څومره و؟ 10 پونډه. 20 پونډه. 50 پونډه. 100 پونډه. له 100 پونډو څخه زیات.

هغه وزن چې په مکرر ډول به مو پورته کاوه یا لېږداوه، څومره وو؟ تر 10 پونډو پورې. تر 25 پونډو پورې. تر 50 پونډو پورې. تر 100 پونډو پورې.

1. دا برخه د تېرو پوښتنو لپاره د اضافي ځواب لپاره وکاروئ. همدارنگه، دا برخه د هر ډول اضافي معلوماتو لپاره وکاروئ چې فکر کوئ ستاسو د معلولیت د ادعا په اړه په پرېکړه کولو کې مرسته کوي (لکه د خپلو نورو ناروغيو یا تپونو په اړه معلومات چې مخکې نه دي لیکل شوي).

د مرکه کوونکي له خوا بشپړېږي

2. مدعي په انګلیسي خبرې کوي؟ هو نه که ځواب نه وي، په کومه ژبه خبرې کوي:

3. مدعي د خپلې ادعا په مخ کې وړلو کې مرستې ته اړتیا لري؟ هو نه که ځواب هو وي، په 1 پاڼه کې د درېیم لوري د اړیکې شمېره ولیکئ.

4. په نښه کړئ چې له مدعي سره د مرکې پر مهال کومې لاندې ستونزې لیدل شوی، که شتون ولري.

- | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> لوستل | <input type="checkbox"/> لیکل | <input type="checkbox"/> پوښتنو ته ځواب ورکول | <input type="checkbox"/> اورېدل |
| <input type="checkbox"/> کښېناستل | <input type="checkbox"/> پوهېدل | <input type="checkbox"/> لاس کارول | <input type="checkbox"/> ساه اخیستل یا تنفس |
| <input type="checkbox"/> لیدل | <input type="checkbox"/> ګرځېدل یا قدم وهل | <input type="checkbox"/> نور (مشخص یې کړئ): | |

هېڅ یوه یې هم نه ده لیدل شوي

که له پورتنیو مواردو څخه یې کوم یو په نښه شوی وي، اړونده دقیقه ستونزه تشریح کړئ:

5. کومه پاتې یا د اجرا په حال کې / اوسنی د ډېر عمر لرونکو، نابینایانو یا معلولینو (ABD, Aged, Blind, or Disabled) ارزونه؟ هو نه

فزیکي؛ نېټه: _____

رواني روغتیا؛ نېټه: _____

6. مدعي به بشپړ ډول تشریح کړئ (مثال، عمومي جوړښت، لوړوالی، وزن، چلند، کومه ستونزه چې په پورتنیو یادو شوو ستونزو سره اضافه کېږي یا یې بشپړوي):

د مرکه کوونکي نوم (تایپ یا چاپ)	نېټه	د مرکه کوونکي لاسلیک
د ټولنیزو خدمتونو دفتر		د مرکه کوونکي د تلیفون شمېره (او سیمه ییز کوډ)