

Bản Phúc Trình về Sự Tàn Phế

Disability Report

Quyết Định Sự Tàn Phế Về Mặt Y Khoa
DSHS 14-144A

Đơn Phúc Trình về sự Tàn Phế, mẫu DSHS 14-144A, thu thập các thông tin về sự tật nguyên của thân chủ, chứng cứ y tế, và lịch sử làm việc được Nha Thẩm Định Sự Tàn Phế (DDDS) dùng để thẩm định sự tàn phế về mặt y khoa.

Chuyên Viên Dịch Vụ Xã Hội (SSS) hoặc Chuyên Viên Dịch Vụ Tài Chánh (FSS) sẽ khởi sự làm việc với mẫu DSHS 14-144A. SSS hoặc FSS này sẽ bảo đảm rằng Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO), và số điện thoại được ghi trên mẫu đơn này. Đánh vào cột thích hợp để nêu lên rằng quyết định về sự tàn phế được yêu cầu là để xin Trợ Cấp Không Có Y Tế (NGMA) hoặc Chăm Sóc Y Tế cho Nhân Viên Tàn Phế (HWD). Cộng thêm mẫu đơn đã điền hoàn chỉnh vào bộ hồ sơ quyết định về sự tàn phế.

1. SSS hoặc FSS hoàn tất phần đầu trang nêu tên, Số An Sinh Xã Hội (SSN), và tình trạng tàn phế của thân chủ.
2. SSS hoặc FSS có thể hỗ trợ thân chủ hoàn tất Phần 1 - Thông Tin Về Tình Trạng Quý Vị. Ngày không cần chính xác, nhưng nên nêu tháng và năm.
3. SSS hoặc FSS có thể hỗ trợ thân chủ hoàn tất Phần 2 - Thông Tin Về Hồ Sơ Y Khoa Quý Vị. Điều quan trọng là phải cho biết bác sĩ và các nguồn trị liệu càng hoàn chỉnh càng tốt.
4. SSS hoặc FSS có thể hỗ trợ thân chủ hoàn tất Phần 3 - Thông Tin Về Các Hoạt Động Quý Vị. SSS hoặc FSS sẽ tái xét các thông tin để bảo đảm các giới hạn của thân chủ được nhận rõ.
5. SSS hoặc FSS có thể hỗ trợ thân chủ hoàn tất Phần 4- Thông Tin Về Học Vấn Quý Vị. Nó sẽ được ghi chú nếu trường lớp là các lớp học Giáo Dục Đặc Biệt.
6. SSS hoặc FSS có thể hỗ trợ thân chủ hoàn tất Phần 5 - Thông Tin Về Công Việc Quý Vị Đã Làm. Các chủ cơ sở cá thể không nên liệt kê, chỉ liệt kê hình thức kinh doanh.
7. SSS hoặc FSS có thể hỗ trợ thân chủ hoàn tất tiêu đề 1 trong Phần 6 – Ý Kiến. Tiêu đề 2 cho tới 6 phải do SSS hoặc FSS điền.

Bản Phúc Trình Sự Tàn Phế Disability Report

Quyết Định Sự Tàn Phế Về Mặt Y Khoa
Medical Disability Decision

YẾU CẦU CHO:

- Trợ Cấp Không Có Y Tế (NGMA)
 Chăm Sóc Y Tế cho Nhân Viên bị Tàn Phế (HWD)

Đơn này do một cán sự xã hội hoàn tất trong một cuộc phỏng vấn với người khiếu nại hay đại diện của người khiếu nại. **Xin viết chữ in, đánh máy, hay viết rõ ràng và trả lời tất cả các đề mục với hết khả năng của quý vị. Trả lời tất cả các câu hỏi. Việc hoàn tất các câu trả lời giúp xúc tiến việc khiếu nại. Nếu quý vị cần thêm chỗ để trả lời bất cứ câu hỏi nào trong mẫu đơn này, đi tới phần 6 hay kèm giấy.**

1. TÊN NGƯỜI KHIẾU NẠI / BÍ DANH	2. SỐ AN SINH XÃ HỘI	3. SỐ ĐIỆN THOẠI (VÀ MÃ SỐ KHU VỰC)
4. PHẦN LIÊN LẠC CỦA NGƯỜI THỨ BA	TÊN ĐỊA CHỈ	SỐ ĐIỆN THOẠI (VÀ MÃ SỐ KHU VỰC)

5. TÌNH TRẠNG TÀN PHẾ CỦA QUÝ VỊ LÀ GÌ? GIẢI THÍCH NGÂN GỌN SỰ CHẤN THƯƠNG HAY BỆNH LÝ LÀM CẢN TRỞ QUÝ VỊ LÀM VIỆC.

Phần 1. Thông Tin Về Tình Trạng Của Quý Vị

1. Lần đầu tiên tình trạng của quý vị làm phiền quý vị vào ngày nào? _____
THÁNG NGÀY NĂM
- 2A. Quý vị có đã làm việc sau ngày viết trong phần số 1 ở trên không? Nếu quý vị trả lời **KHÔNG**, đi tới câu 3A và 3B ở dưới. CÓ KHÔNG
- 2B. **Nếu quý vị trả lời có cho câu 2A**, tình trạng của quý vị có đã làm cho quý vị thay đổi không: Việc làm hay trách nhiệm công việc của quý vị?
Số giờ làm việc?
Sự tham gia của quý vị?
Bất cứ điều gì khác về công việc quý vị?
- 2C. **Nếu quý vị trả lời có cho bất cứ phần nào trong câu 2B**, giải thích những thay đổi trong hoàn cảnh làm việc của quý vị là gì, ngày xảy ra sự việc, và tình trạng của quý vị đã tạo ra những thay đổi cần thiết ra sao:
- 3A. Cuối cùng tình trạng của quý vị làm cho quý vị ngưng làm việc vào khi nào? _____
THÁNG NGÀY NĂM
- 3B. Giải thích tình trạng quý vị hiện tại làm cản trở quý vị làm việc ra sao:

Phần 2. Thông Tin Về Hồ Sơ Y Khoa Của Quý Vị

1. Điền các thông tin sau đây về vị bác sĩ có hồ sơ y khoa cuối cùng về tình trạng tàn phế của quý vị:	<input type="checkbox"/> Đánh vào đây nếu quý vị chưa từng bao giờ gặp bác sĩ cho tình trạng tàn phế của quý vị.
TÊN BÁC SĨ / BỆNH XÁ	SỐ ĐIỆN THOẠI (VÀ MÃ SỐ KHU VỰC)
ĐỊA CHỈ	NGÀY <u>ĐẦU TIÊN</u> QUÝ VỊ GẶP BÁC SĨ NÀY
BỆNH LÝ HAY SỰ CHẤN THƯƠNG MÀ QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯỢC KHÁM HAY TRỊ LIỆU	NGÀY <u>CUỐI CÙNG</u> GẶP BÁC SĨ NÀY

HÌNH THỨC TRỊ LIỆU HAY THUỐC ĐÃ NHẬN (VÍ DỤ NHƯ GIẢI PHẪU, HOÁ TRỊ LIỆU, PHÓNG XẠ, VÀ CÁC LOẠI THUỐC QUÝ VỊ DÙNG TRỊ BỆNH HAY CHẤN THƯƠNG, NẾU BIẾT. NẾU KHÔNG CÓ TRỊ LIỆU HAY THUỐC MEN, VIẾT KHÔNG.)

2. Quý vị có đã từng gặp bất cứ bác sĩ nào khác kể từ lúc tình trạng tàn phế của quý vị bắt đầu không? Có Không
Nếu có, trả lời các câu dưới đây:

TÊN BÁC SĨ / BỆNH XÁ	SỐ ĐIỆN THOẠI (VÀ MÃ SỐ KHU VỰC)			
ĐỊA CHỈ	NGÀY <u>ĐẦU TIÊN</u> QUÝ VỊ GẶP BÁC SĨ NÀY			
BỆNH HAY SỰ CHẤN THƯƠNG MÀ QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯỢC KHÁM HAY TRỊ LIỆU	NGÀY <u>CUỐI CÙNG</u> GẶP BÁC SĨ NÀY			
HÌNH THỨC TRỊ LIỆU HAY THUỐC ĐÃ NHẬN (VÍ DỤ NHƯ GIẢI PHẪU, HOÁ TRỊ LIỆU, PHÓNG XẠ, VÀ CÁC LOẠI THUỐC QUÝ VỊ DÙNG TRỊ BỆNH HAY CHẤN THƯƠNG, NẾU BIẾT. NẾU KHÔNG CÓ TRỊ LIỆU HAY THUỐC MEN, VIẾT <u>KHÔNG</u> .)				
Nếu quý vị có gặp thêm các bác sĩ kể từ căn bệnh hay chấn thương này, kèm thêm giấy với thông tin phía trên.				
3. Quý vị có đã từng được trị liệu tại bệnh viện cho tình trạng tàn phế của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, trả lời phần dưới đây:				
TÊN BỆNH VIỆN	SỐ ĐIỆN THOẠI (VÀ MÃ SỐ KHU VỰC)			
ĐỊA CHỈ				
NGÀY NÀO ĐI KHÁM BỆNH?				
CĂN BỆNH HAY CHẤN THƯƠNG MÀ QUÝ VỊ ĐÃ KHÁM BỆNH HAY TRỊ LIỆU				
HÌNH THỨC TRỊ LIỆU HAY THUỐC ĐÃ NHẬN (VÍ DỤ NHƯ GIẢI PHẪU, HOÁ TRỊ LIỆU, PHÓNG XẠ, VÀ CÁC LOẠI THUỐC QUÝ VỊ DÙNG TRỊ BỆNH HAY CHẤN THƯƠNG, NẾU BIẾT. NẾU KHÔNG CÓ TRỊ LIỆU HAY THUỐC MEN, VIẾT <u>KHÔNG</u> .)				
4. Nếu quý vị vào các bệnh viện khác vì căn bệnh hay chấn thương của quý vị, trả lời phần sau đây:				
TÊN BỆNH VIỆN	SỐ ĐIỆN THOẠI (VÀ MÃ SỐ KHU VỰC)			
ĐỊA CHỈ				
NGÀY NÀO ĐI KHÁM BỆNH?				
CĂN BỆNH HAY CHẤN THƯƠNG MÀ QUÝ VỊ ĐÃ KHÁM BỆNH HAY TRỊ LIỆU				
HÌNH THỨC TRỊ LIỆU HAY THUỐC ĐÃ NHẬN (VÍ DỤ NHƯ GIẢI PHẪU, HOÁ TRỊ LIỆU, PHÓNG XẠ, VÀ CÁC LOẠI THUỐC QUÝ VỊ DÙNG TRỊ BỆNH HAY CHẤN THƯƠNG, NẾU BIẾT. NẾU KHÔNG CÓ TRỊ LIỆU HAY THUỐC MEN, VIẾT <u>KHÔNG</u> .)				
Nếu quý vị vào các bệnh viện hay bệnh xá khác vì căn bệnh hay chấn thương của quý vị, xin liệt kê tên, ngày và lý do trong Phần 6 hay kèm thêm giấy.				
5. Quý vị đã từng có bất cứ xét nghiệm nào trong năm ngoài không? Đánh vào cột thích hợp phía dưới và, nếu trả lời "có," cho biết nơi chốn và thời điểm xét nghiệm.				
XÉT NGHIỆM	CÓ	KHÔNG	XÉT NGHIỆM TẠI ĐÂU	THỜI ĐIỂM XÉT NGHIỆM
Điện Tâm Đồ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chụp Quang Tuyến Ngực	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chụp quang tuyến khác (nêu rõ loại nào):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Xét nghiệm hơi thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Xét nghiệm máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Loại khác (nêu rõ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Phần 3. Danh Sách Thuốc

TÊN THUỐC	KÊ TOA BỞI (TÊN BÁC SĨ)	LÝ DO DỪNG THUỐC

Nếu quý vị dùng nhiều thuốc hơn, xin kèm thêm giấy với thông tin phía trên.

Phần 4. Thông Tin Về Trình Độ Học Vấn Của Quý Vị

1. **Lớp cao nhất quý vị đã học xong?** _____ Năm nào? _____

2. Quý vị có học trường kinh doanh hay huấn nghiệp hay có bất cứ hình thức huấn luyện đặc biệt nào không? Có
 Không

Nếu có, trả lời phần sau đây:

HÌNH THỨC TRƯỜNG KINH DOANH HAY HUẤN NGHIỆP HAY HUẤN LUYỆN	NGÀY PHÒNG ĐOÁN QUÝ VỊ ĐÃ THAM GIA
--	------------------------------------

VIỆC HUẤN LUYỆN HAY HỌC TẬP NÀY ĐÃ ĐƯỢC SỬ DỤNG RA SAO TRONG BẤT CỨ CÔNG VIỆC NÀO QUÝ VỊ ĐÃ LÀM

Nếu thân chủ đang đi học, xin cung cấp thông tin sau đây.

TÊN, ĐỊA CHỈ VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI TRƯỜNG HỌC

TÊN GIÁO VIÊN

Phần 5. Thông Tin Về Công Việc Quý Vị Đã Làm

Liệt kê tất cả công việc quý vị đã làm trong 15 năm qua trước khi quý vị ngưng làm việc, bắt đầu với công việc thường làm. Nghĩa là, công việc mà quý vị đã làm lâu nhất. Nếu quý vị học từ lớp 6 trở xuống, VÀ, chỉ làm công việc nặng nhọc tay chân không có kỹ năng từ 35 năm trở lên, xin liệt kê tất cả các công việc quý vị đã làm kể từ khi quý vị bắt đầu đi làm. Nếu quý vị cần thêm chỗ, hoặc là kèm thêm giấy hay dùng Phần 6.

CHỨC VỤ CÔNG VIỆC	HÌNH THỨC DOANH NGHIỆP	TỪ	TỚI	SỐ NGÀY MỖI TUẦN	LƯƠNG (MỖI GIỜ, NGÀY, TUẦN, HAY NĂM)

- 2A. Trong công việc thường làm liệt kê ở trên, quý vị có đã:
- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|-------|
| Sử dụng máy móc, dụng cụ, hay trang thiết bị của bất cứ loại nào không? | <input type="checkbox"/> | CÓ | <input type="checkbox"/> | KHÔNG |
| Sử dụng kiến thức kỹ thuật hay kỹ năng? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Viết hay hoàn tất bất cứ báo cáo, hoặc thừa hành những nhiệm vụ tương tự? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Có trách nhiệm giám sát:..... | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

2B. Giải thích tất cả các câu trả lời có bằng cách mô tả đầy đủ: loại máy móc, dụng cụ, hay trang thiết bị quý vị đã sử dụng và chính xác hoạt động nào quý vị đã thừa hành; kiến thức kỹ thuật hay kỹ năng liên đới; hình thức viết quý vị đã viết, và bản chất của bất cứ bản báo cáo phức tạp nào; và số người quý vị đã giám sát và phạm vi giám sát của quý vị.

2C. Mô tả hình thức và số lượng hoạt động thể xác mà công việc thường làm của quý vị liên quan tới trong suốt một ngày tiêu biểu bằng cách đánh vào câu trả lời đúng nhất phía dưới.

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| Trong một ngày, có bao nhiêu | Đi? | <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 |
| giờ quý vị: | Đứng? | <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 |
| | Ngồi? | <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 |
| Một ngày quý vị thường: | Cúi? | <input type="checkbox"/> | Không bao giờ | | <input type="checkbox"/> | Thỉnh thoảng | | <input type="checkbox"/> | Thường | | <input type="checkbox"/> | Liên tục | | | | | | | |
| | Vội? | <input type="checkbox"/> | Không bao giờ | | <input type="checkbox"/> | Thỉnh thoảng | | <input type="checkbox"/> | Thường | | <input type="checkbox"/> | Liên tục | | | | | | | |

Nhấc và vác: Mô tả nhấc cái gì và vác bao xa.

Quý vị nhấc nặng nhất là bao nhiêu? 10 lbs. 20 lbs. 50 lbs. 100 lbs. trên 100 lbs.

Trong lượng quý vị thường nhấc hay là bao nhiêu?

Lên tới 10 lbs. Lên tới 25 lbs. Lên tới 50 lbs. Lên tới 100 lbs.

Phần 6. Ý Kiến

1. Dùng phần này để thêm chỗ trả lời cho bất cứ câu trả lời nào trước đó. Phần này cũng dùng để cho thêm bất cứ thông tin nào mà quý vị nghĩ sẽ có ích trong việc quyết định việc khiếu nại tình trạng tàn tật của quý vị (chẳng hạn như thông tin về các loại bệnh tật hay chấn thương khác không được liệt kê trước đó).

Sẽ Được Hoàn Tất bởi Nhân Viên Phòng Vấn

2. Người khiếu nại có nói tiếng Anh không? Có Không Nếu không, họ nói ngôn ngữ gì:
3. Người khiếu nại có cần giúp tiến hành khiếu nại của họ không Có Không
Nếu có, hoàn tất phần liên lạc cho người thứ ba trên trang 1.
4. Đánh vào phần khó khăn nào phía dưới, nếu có, đã được quan sát trong lúc phỏng vấn người khiếu nại.
- | | | | |
|---|------------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Đọc | <input type="checkbox"/> Viết | <input type="checkbox"/> Trả lời câu hỏi | <input type="checkbox"/> Nghe |
| <input type="checkbox"/> Ngồi | <input type="checkbox"/> Hiểu biết | <input type="checkbox"/> Sử dụng tay | <input type="checkbox"/> Thở |
| <input type="checkbox"/> Nhìn | <input type="checkbox"/> Đi | <input type="checkbox"/> Phần khác (nêu rõ): | |
| <input type="checkbox"/> KHÔNG QUAN SÁT | | | |

Nếu bất cứ phần nào ở trên được đánh vào, mô tả chính xác sự khó khăn liên đới:

5. Có bất cứ sự thẩm định cho chương trình ABD nào đang chờ duyệt xét /đang có không? Có Không
- Thể lý; ngày: _____
- Sức khỏe Tâm Thần; ngày: _____
6. Mô tả người khiếu nại một cách đầy đủ (ví dụ, hình dạng tổng quát, chiều cao, trọng lượng, nhân cách, bất cứ khó khăn nào để thêm vào hay bổ túc cho phần ghi chú ở trên):

CHỮ KÝ NHÂN VIÊN PHÒNG VẤN	NGÀY	TÊN NHÂN VIÊN PHÒNG VẤN (ĐÁNH MÁY HAY VIẾT CHỮ IN)
SỐ ĐIỆN THOẠI NHÂN VIÊN PHÒNG VẤN (VÀ MÃ SỐ KHU VỰC)	PHÒNG DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG	