



ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

# ABAWD 要求: 医疗报告书

## ABAWD Requirement: Medical Report

请使用蓝色或黑色墨水笔填写。

DSHS 邮寄地址

**DSHS, PO BOX 11699  
TACOMA WA 98411-9905**

DSHS 电话号码

( )

DSHS 传真号码

**888-338-7410**

个案/当事人身份识别号码

### 第 1 部分由当事人填写

当事人姓名 (请工整填写)

社会安全号码 (自愿填写)

#### 患者/当事人参与者的授权:

本人授权将所要求的医疗信息和/或康复参与信息透露给社会福利服务部。

\_\_\_\_\_  
患者/当事人参与者的签名

\_\_\_\_\_  
日期

### 第 2 部分由医疗专业人士填写 \*\*

请回答下方方框中的一个或多个问题。请在此表格上签上姓名和日期, 包括您在机构中的职业或职位。 \*\*

1. 此人是否怀孕?  是  否  不明

若是如此, 预产期是: \_\_\_\_\_

2. 此人是否参与了职业康复计划、心理健康咨询计划, 或吸毒或酗酒治疗或咨询计划?  是  否

若是如此, 预计的计划结束日期是: \_\_\_\_\_

3. 此人是否患有会让他们无法一周工作 20 个小时的临时性或永久性的心理和/或身体疾病或残疾?  是  否

若是如此, 请指出他们的状况会让他们在多长的时间无法一周工作 20 个小时:

不到 30 天

1 - 3 个月

3 - 6 个月

6 - 9 个月

9 - 12 个月

超过 12 个月或无限期

#### 本人证明上述信息均属实且准确。

签名

签名日期

电话号码 (请包括区号)

( )

此处工整填写姓名

职位/专业\*\*

邮寄地址

城市

州

邮政编码

\*\* 此表格可由以下任何人士签名: 医生、医生助理、医生办公室的指定代表、执业护士、骨科医生、执照或认证心理医生、药物和酒精滥用问题顾问、认证心理健康顾问、执照独立临床社会工作者、执照认证社会工作者, 或认证助产士。为了证明个人参与了某项康复或顾问计划 (第 2 部分), 计划主管或此个人的顾问也可以签署此声明书。