Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

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。