



ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

ABAWD 요구사항:

의료 기록(부)

ABAWD Requirement: Medical Report

파란색이나 검정색 펜을 사용하십시오.

DSHS 우편물 수령 주소 DSHS, PO BOX 11699 TACOMA WA 98411-9905	
DSHS 전화번호 ()	DSHS 팩스번호 888-338-7410
케이스 / 수혜자 ID 번호	

제 1항 수혜자가 작성합니다.	
수혜자 이름 (정자체로 기입)	사회 보장 번호(선택 사항)
<p>환자 / 수혜자 참가자 서명:</p> <p>본인은 Department of Social and Health Services에 요청되는 의료 기록 공개 및/또는 재활 참여를 승인합니다.</p> <p style="text-align: center;">_____ 날짜</p> <p style="text-align: center;">환자 / 수혜자 서명</p>	
제 2항 의료 전문인이 작성합니다.**	
<p>다음의 질문에 대하여 아래의 상자에 하나 또는 그 이상 해당하는 답변을 기입하십시오. 본 양식에 기관에서 귀하의 직업 또는 직책을 포함하여 날짜를 기입하고 서명하십시오. **</p> <p>1. 이 개인은 임신 중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름 예인 경우, 출산 예정일: _____</p> <p>2. 이 개인은 직업재활 프로그램, 정신건강 상담 프로그램, 약물 또는 알코올 치료 또는 상담 프로그램의 참가자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우, 프로그램 예상 종료일: _____</p> <p>3. 이 개인은 주당 20시간 근로를 할 수 없는 정신적 및/또는 육체적, 일시적 또는 영구적인 질환 또는 장애가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우, 주당 20시간 근로를 할 수 없는 기간을 표시하십시오. <input type="checkbox"/> 30일 이하 <input type="checkbox"/> 1-3개월 <input type="checkbox"/> 3-6개월 <input type="checkbox"/> 6-9개월 <input type="checkbox"/> 9-12개월 <input type="checkbox"/> 12개월 이상 또는 무기한</p>	
본인은 위에 제공된 정보가 사실이며 정확함을 확인합니다.	
서명	서명일
전화번호(지역번호 포함) ()	
이름(정자체로 기입)	직위 / 직업**
주소	시 주 우편번호

** 본 양식은 다음의 직책을 가진 사람이 서명할 수 있습니다. 의사, 진료보조인력(PA), 의사 사무실의 지정 대리인, 임상 간호사(NP), 면허 소지 또는 공인 임상심리사, 약물 및 알코올 남용 카운슬러, 공인 정신건강 카운슬러, 면허 소지 독립 임상 사회복지사, 면허 공인 사회복지사, 또는 공인 조산사 개인의 재활 또는 상담 프로그램(제2항)에 참여를 확인할 목적으로, 프로그램 감독자 또는 개인의 담당 카운슬러 또한 본 양식에 서명할 수 있습니다.