



ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

**Требования к физически  
здоровым совершеннолетним  
лицам без иждивенцев:  
Медицинское заключение  
ABAWD Requirement: Medical Report**

Пользуйтесь синими или черными чернилами.

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС DSHS

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

НОМЕР ТЕЛЕФОНА DSHS

( )

НОМЕР ФАКСА DSHS

**888-338-7410**

НОМЕР ДОСЬЕ / НОМЕР КЛИЕНТА

**Раздел 1. Заполняется клиентом**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО  
ОБЕСПЕЧЕНИЯ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)**Разрешение пациента / клиента в связи с участием:**

Я даю разрешение на раскрытие медицинской информации и/или информации об участии в реабилитационных мероприятиях, которая может быть запрошена Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services).

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА / КЛИЕНТА

ДАТА

**Раздел 2. Заполняется медицинским специалистом \*\***

Ответьте на один или несколько следующих вопросов, указанных в поле ниже. Подпишите и датуйте настоящую форму, указав вашу специальность или должность в вашей организации. \*\*

1. Эта пациентка - беременна?  Да  Нет  Неизвестно

Если да, укажите предполагаемую дату родов: \_\_\_\_\_

2. Участвует ли это лицо в программе профессиональной реабилитации, программе консультаций в связи с психическими проблемами или в программе лечения или консультаций в связи с алкогольной или наркотической зависимостью?  Да  Нет

Если да, предполагаемая дата окончания программы: \_\_\_\_\_

3. Имеет ли данное лицо психическое и/или физическое заболевание или инвалидность, постоянное или временное, по причине которого оно не сможет работать 20 часов в неделю?  Да  Нет  
Если да, укажите срок, в течение которого указанное состояние будет являться причиной, по которой данное лицо не сможет работать 20 часов в неделю:

 Менее 30 дней  1 – 3 месяца  3 – 6 месяцев 6 – 9 месяцев  9 – 12 месяцев  Свыше 12 месяцев или неопределенное время**Я подтверждаю правильность и точность информации, приведенной в настоящем документе.**

ПОДПИСЬ

ДАТА ПОДПИСИ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)

( )

ФАМИЛИЯ И ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ДОЛЖНОСТЬ / СПЕЦИАЛЬНОСТЬ\*\*

АДРЕС

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

\*\* Настоящая форма может быть подписана любым из следующих лиц: врач, помощник врача, официальный представитель клиники врача, практикующая медсестра, остеопат, лицензированный или сертифицированный психолог, консультант по вопросам злоупотребления наркотиками или алкоголем, сертифицированный консультант по вопросам, связанным с психическим здоровьем, лицензированный независимый клинический социальный работник, лицензированный сертифицированный социальный работник или сертифицированный акушер. В рамках подтверждения участия лица в реабилитационной или консультационной программе (Раздел 2) данный документ также может подписать директор программы или индивидуальный консультант.