



ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

Yêu Cầu ABAWD:
Báo Cáo Thông Tin Sức Khỏe
ABAWD Requirement: Medical Report

Xin sử dụng bằng bút mực xanh hoặc đen.

ĐỊA CHỈ GỬI THƯ DSHS DSHS, PO BOX 11699 TACOMA WA 98411-9905	
SỐ ĐIỆN THOẠI DSHS ()	SỐ FAX DSHS 888-338-7410
SỐ HỒ SƠ / ID CỦA THÂN CHỦ	

Mục 1. Được điền vào bởi thân chủ		
TÊN THÂN CHỦ (XIN VIẾT IN)	SỐ AN SINH XÃ HỘI (KHÔNG BẮT BUỘC)	
Ủy quyền của người tham gia là Bệnh Nhân / Thân Chủ: Tôi ủy quyền tiết lộ thông tin sức khỏe và/hoặc việc tham gia phục hồi chức năng được yêu cầu cho Bộ Y Tế và Xã Hội. <p style="text-align: right;">CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI THAM GIA LÀ BỆNH NHÂN / THÂN CHỦ NGÀY</p>		
Mục 2. Được điền vào bởi một chuyên viên y khoa **		
Xin trả lời một hoặc nhiều câu hỏi sau đây trong ô ở dưới. Xin ký tên và đề ngày trên mẫu đơn này bao gồm nghề nghiệp hoặc chức vụ của quý vị trong cơ quan của quý vị. **		
1. Cá nhân này có mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết Nếu có, ngày dự sinh: _____		
2. Cá nhân này có là một người tham gia chương trình phục hồi chức năng hướng nghiệp, chương trình tư vấn sức khỏe tâm thần, hoặc chương trình điều trị hoặc tư vấn việc lạm dụng ma túy hay rượu bia không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, ngày dự kiến kết thúc chương trình: _____		
3. Cá nhân này có bệnh hoặc khuyết tật tinh thần và/hoặc thể chất, tạm thời hoặc dài lâu, điều gì sẽ ngăn cản họ làm việc 20 giờ mỗi tuần? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, xin nêu rõ bao lâu bệnh tình của họ sẽ ngăn cản họ làm việc 20 giờ mỗi tuần: <input type="checkbox"/> Ít hơn 30 ngày <input type="checkbox"/> 1 – 3 tháng <input type="checkbox"/> 3 – 6 tháng <input type="checkbox"/> 6 – 9 tháng <input type="checkbox"/> 9 – 12 tháng <input type="checkbox"/> Nhiều hơn 12 tháng hoặc không hạn định		
Tôi cam đoan thông tin được cung cấp trên đây là đúng sự thật và chính xác.		
CHỮ KÝ	NGÀY KÝ	SỐ ĐIỆN THOẠI (CÓ MÃ VÙNG) ()
VIẾT IN TÊN Ở ĐÂY	CHỨC DANH / NGHỀ NGHIỆP**	
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG MÃ VÙNG

** Mẫu đơn này có thể được ký bởi bất kỳ người nào sau đây: bác sĩ điều trị, trợ lý bác sĩ, đại diện được chỉ định của phòng khám bác sĩ, chuyên viên điều dưỡng thực hành, bác sĩ nắn xương, nhà tâm lý học có phép hoặc có chứng nhận, chuyên viên tư vấn vấn đề lạm dụng ma túy và rượu bia, chuyên viên tư vấn sức khỏe tâm thần có chứng nhận, nhân viên xã hội y tế độc lập có phép, nhân viên xã hội được chứng nhận có phép, hoặc bà đỡ có chứng nhận. Vì mục đích xác minh việc tham gia của một cá nhân trong chương trình phục hồi chức năng hoặc tư vấn (Mục 2), giám đốc chương trình hoặc chuyên viên tư vấn của cá nhân cũng có thể ký vào bản báo cáo này.