

Documentation Request for Medical Condition and (طلب توثيق الحالة الطبية والقدرة الوظيفية الباقية) Residual Functional Capacity

السيد مقدم الرعاية الصحية:

لنتلقى المساعدة العامة (TANF)، يُطلب من العملاء البالغين العمل أو البحث بنشاط عن عمل أو الحصول على تدريب للعمل مدة تصل إلى 40 ساعة أسبوعيًا. قد لا يتمكن بعض العملاء من تلبية هذا المطلب بسبب مشكلات صحية. قد يحتاج هؤلاء العملاء إلى تأجيل مؤقت من نشاط العمل، أو قد يتمكنون من المشاركة ولكن لعدد محدود من الساعات، أو قد يحتاجون إلى تجنب أنواع معينة من أنشطة العمل.

أخبرنا (اسم العميل) أنهم أو أحد أفراد أسرته الذين يتولون رعايتهم يعانون من حالة طبية أو عقلية أو عاطفية تمنعهم أو تحد من قدرتهم على العمل أو البحث عن عمل أو المشاركة في التدريب للعمل.

يرجى ملء الاستمارة المرفقة لوصف هذه القيود الطبية. إذا كانت مدة أي حالة تزيد عن ثلاثة أشهر، يرجى تقديم نسخ من أدلة طبية موضوعية (ملاحظات المخطط، المختبر، التصوير، وأي اختبار تشخيصي آخر) للتحقق من الحالة. يرجى توجيه الفواتير المتعلقة بأي تكاليف متعلقة بتقديم هذه المعلومات إلى DSHS، وليس العميل.

سنستخدم هذه المعلومات لتحديد مستوى المشاركة المطلوبة (حتى 40 ساعة في الأسبوع) في هذه الأنواع من الأنشطة، ولتحديد أي قيود يجب مراعاتها عند وضع خطة نشاط مخصصة بناءً على الاحتياجات الطبية للعميل.

يرجى تقديم هذه الاستمارة المكتملة وأي دليل طبي موضوعي إضافي بحلول _____ (تاريخ الموعد النهائي). إذا لم نتلق أي معلومات طبية، فقد نطلب المشاركة بدوام كامل، حتى 40 ساعة في الأسبوع، في العمل أو البحث عن عمل أو التدريب للعمل كما هو موضح أعلاه. قد تُخفّض المزايا النقدية أو تُنهي في حال عدم استيفاء المتطلبات.

إذا كان لديك أي استفسارات أو كنت بحاجة إلى مزيد من الوقت لإرسال المعلومات إلينا، يرجى الاتصال بي على الرقم _____ (رقم العامل). يمكنك إرسال هذا المستند المكتمل وأي دليل طبي إلى رقم الفاكس الخاص بنا على مستوى الولاية على الرقم 1-888-338-7410 أو إرساله بالبريد إلى DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

شكرا لك،

اسم الموظف

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

(طلب توثيق الحالة الطبية والقدرة الوظيفية الباقية)

اسم العميل	تاريخ الميلاد	رقم تعريف العميل												
اسم المريض الخاضع للتقييم إذا كان مختلفًا عن اسم العميل المذكور أعلاه														
اسم موظف WORKFIRST	رقم الهاتف													
عنوان (مكتب الخدمات المجتمعية، CSO) COMMUNITY SERVICES OFFICE														
<p>لمساعدة الإدارة في تحديد القيود المفروضة على الشخص المذكور أعلاه، يرجى تقديم المعلومات التالية:</p> <p>1. هل يعاني هذا الشخص من مشاكل محددة (يرجى تحديد المربع) <input type="checkbox"/> جسدية، <input type="checkbox"/> عقلية، <input type="checkbox"/> عاطفية، أو <input type="checkbox"/> تنموية تتطلب تكييفات أو اعتبارات خاصة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>														
<p>2. إذا كانت الإجابة بنعم، فما نوع الحالة (الحالات) والتشخيص؟</p>														
<p>هل هذا مدعوم بأدلة طبية موضوعية (اختبارات، تقارير مختبرية، إلخ)؟ <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إرفاق الأدلة الداعمة بهذا النموذج. <input type="checkbox"/> لا. إذا كانت الإجابة بلا، يرجى التطرق إلى ذلك في السؤال 8.</p>														
<p>3. هل تحدد الحالة (الحالات) الطبية المذكورة أعلاه من قدرة الشخص على العمل أو البحث عن عمل أو الاستعداد للعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، فحدد أي من الأمثلة أدناه تنطبق. <input type="checkbox"/> لا</p>														
<p>تشمل أمثلة القيود القدرة على:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> رفع الأجسام الثقيلة</td> <td><input type="checkbox"/> التركيز لفترات طويلة،</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> الوقوف أو الجلوس لفترات طويلة</td> <td><input type="checkbox"/> إجراء الحركات المتكررة،</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> اتباع التعليمات</td> <td><input type="checkbox"/> التفاعل مع الناس،</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> الانحناء</td> <td><input type="checkbox"/> تحمل التعرض للمواد الكيميائية والمواد الاصطناعية</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> الوصول إلى أعلى</td> <td><input type="checkbox"/> المهارات الحركية العامة أو الدقيقة</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> المحافظة على الذاكرة</td> <td></td> </tr> </table> <p>يرجى وصف أي قيود محددة أخرى غير مدرجة أعلاه:</p>			<input type="checkbox"/> رفع الأجسام الثقيلة	<input type="checkbox"/> التركيز لفترات طويلة،	<input type="checkbox"/> الوقوف أو الجلوس لفترات طويلة	<input type="checkbox"/> إجراء الحركات المتكررة،	<input type="checkbox"/> اتباع التعليمات	<input type="checkbox"/> التفاعل مع الناس،	<input type="checkbox"/> الانحناء	<input type="checkbox"/> تحمل التعرض للمواد الكيميائية والمواد الاصطناعية	<input type="checkbox"/> الوصول إلى أعلى	<input type="checkbox"/> المهارات الحركية العامة أو الدقيقة	<input type="checkbox"/> المحافظة على الذاكرة	
<input type="checkbox"/> رفع الأجسام الثقيلة	<input type="checkbox"/> التركيز لفترات طويلة،													
<input type="checkbox"/> الوقوف أو الجلوس لفترات طويلة	<input type="checkbox"/> إجراء الحركات المتكررة،													
<input type="checkbox"/> اتباع التعليمات	<input type="checkbox"/> التفاعل مع الناس،													
<input type="checkbox"/> الانحناء	<input type="checkbox"/> تحمل التعرض للمواد الكيميائية والمواد الاصطناعية													
<input type="checkbox"/> الوصول إلى أعلى	<input type="checkbox"/> المهارات الحركية العامة أو الدقيقة													
<input type="checkbox"/> المحافظة على الذاكرة														
<p>إذا كانت الإجابة بنعم، فيجب أن يقتصر هذا الشخص على حدود المشاركة التالية في الأسبوع: <input type="checkbox"/> 0 ساعة (غير قادر على المشاركة) <input type="checkbox"/> 1 - 10 ساعات <input type="checkbox"/> 11 - 20 ساعة <input type="checkbox"/> 21 - 30 ساعة <input type="checkbox"/> 31 - 40 ساعة.</p>														

DOCUMENTATION REQUEST FOR MEDICAL CONDITION AND
 RESIDUAL FUNCTIONAL CAPACITY
 DSHS 10-353 AR (REV. 12/2024) Arabic



10353

Barcode label

4. هل يعاني هذا الشخص من أي قيود تعيقه عن الرفع والحمل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فإن هذا الشخص لديه القيود الآتية:

محدود بشدة: غير قادر على رفع ما لا يقل عن 2 رطل أو غير قادر على الوقوف أو المشي.

العمل المريح: قادر على رفع 10 أرطال كحد أقصى ورفع أو حمل أشياء مكتبية مثل الملفات والأدوات الصغيرة بشكل متكرر*. قد يتطلب العمل المريح الجلوس والمشي والوقوف لفترات قصيرة.

العمل الخفيف: قادر على رفع 20 رطلاً كحد أقصى ورفع أو حمل ما يصل إلى 10 أرطال بشكل متكرر*. على الرغم من أن الوزن المرفوع قد يكون ضئيلاً، إلا أن العمل الخفيف قد يتطلب المشي أو الوقوف مدة تصل إلى 6 ساعات من أصل 8 ساعات في اليوم، أو قد يتضمن الجلوس معظم الوقت مع الدفع أو السحب العرضي* لأذرع أو أرجل التحكم.

العمل المتوسط: قادر على رفع 50 رطلاً كحد أقصى ورفع أو حمل ما يصل إلى 25 رطلاً بشكل متكرر*.

العمل الشاق: قادر على رفع 100 رطل كحد أقصى ورفع أو حمل ما يصل إلى 50 رطلاً بشكل متكرر*.

* الشخص قادر على أداء وظيفته مدة 2.5 إلى 6 ساعات في يوم عمل مدته 8 ساعات، وليس من الضروري أن يكون الأداء متواصلًا.

5. هل تؤثر حالة (حالات) هذا الشخص على قدرته على الوصول إلى الخدمات (مثل استخدام الهاتف، وتلقي العلاج، وحجز المواعيد والالتزام بها، واستخدام خدمات النقل، أو العثور على مواقع الخدمات) أو الدفاع عن نفسه؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم الوصف:

6. هل حالة هذا الشخص دائمة ومن المحتمل أن تحد من قدرته على العمل أو البحث عن عمل أو التدريب للعمل؟

نعم لا؛ إذا لم تكن الحالة دائمة، فكم من الوقت يحتمل أن تحد حالة هذا الشخص من قدرته على العمل أو البحث عن عمل أو التدريب للعمل. يرجى استخدام المساحة أدناه للإشارة إلى عدد الأسابيع أو الأشهر:

عدد الأسابيع، أو _____

عدد الأشهر. _____

7. a. هل هناك خطة علاجية محددة وضعتها لمعالجة الحالة الصحية لهذا الشخص؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى وصف خطة العلاج بما في ذلك أنواع الخدمات المقدمة، ومدتها، وتواتر مواعيد العلاج.

b. من الذي سيتولى تقديم خطة العلاج المستمرة لهذا الشخص ومراقبتها؟

8. هل هناك قضايا محددة تحتاج إلى مزيد من التقييم أو الدراسة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد نوع التقييم أو الدراسة التي قد تكون مطلوبة لتحديد الحالات الطبية والتخطيط لمعالجتها. يرجى الإشارة إلى ما إذا كانت هناك حاجة إلى المزيد من الإحالات إلى المتخصص.

9. إذا كان المريض الخاضع للتقييم مختلفًا عن العميل المسمى بسبب تأثير حالة المريض على قدرة العميل على المشاركة، نظرًا لضرورة رعاية الشخص في منزله، يرجى ملء ما يلي:

نظرًا لحالة الطفل / القريب البالغ، حدد المربع المناسب:

- يمكن للوالد / مقدم الرعاية المشاركة خارج المنزل من 0 إلى 10 ساعات في الأسبوع.
 يمكن للوالد / مقدم الرعاية المشاركة خارج المنزل من 11 إلى 20 ساعة في الأسبوع.
 يمكن للوالد / مقدم الرعاية المشاركة خارج المنزل من 21 إلى 30 ساعة في الأسبوع.
 يمكن للوالد / مقدم الرعاية المشاركة خارج المنزل أكثر من 30 ساعة في الأسبوع.
 يرجى التواصل معي لمزيد من المعلومات.

كم من الوقت تتوقع أن يحتاج الوالد لتوفير هذا المستوى من الرعاية: _____ عدد الأسابيع

_____ عدد الأشهر

مقدم الرعاية الصحية / العقلية / لخصاصي آخر

التوقيع	التاريخ	رقم الهاتف
الاسم بأحرف واضحة واللقب		
عنوان البريد	المدينة	الولاية WA
	الرمز البريدي	

تفويض للإفصاح عن المعلومات

أنا أفوض _____ بإصدار معلومات هذا النموذج وأي معلومات من سجلات طبية تدعم حالة المرض/الإصابة التي تمنعني من العمل، فقط بهدف تقييم قدرتي على المشاركة في برنامج WorkFirst، إلى Department of Social and Health Services (إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية). أدرك أن هذا الإصدار يشمل تحديدًا اختبارات التشخيص أو معلومات العلاج المتعلقة بالصحة العقلية أو تعاطي الكحول أو المخدرات ونتائج Sexually Transmitted Diseases (الأمراض المنتقلة بالجنس، STDs)، بما في ذلك HIV/AIDS (فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)، عندما تكون هذه المعلومات جزءًا من السجل. (قانون Washington المعدّل، RCW 78.24.105)

توقيع المريض	التاريخ

تعليمات

مدير حالة / عامل اجتماعي DSHS WorkFirst: الغرض من هذا النموذج هو مساعدتك في وضع خطة مسؤولية فردية للحالات الطبية أو حالات العجز التي تؤثر على قدرة الشخص على العمل أو البحث عن عمل أو حضور التدريب أو الوصول إلى الخدمات. **استخدام هذا النموذج ليس إلزامياً إذا كانت هناك وثائق أخرى موجودة.** يمكنك إعطاء هذا النموذج للمتقدم / المستلم لأخذه إلى مقدم الخدمة المهنية المناسب لإكماله أو يمكنك تقديمه مباشرة إلى مقدم الخدمة المهنية عن طريق الفاكس أو البريد. إذا اخترت إرسال هذا النموذج بالبريد، فتأكد من توقيع العميل في الصفحة الأخيرة وأرفق الطرف المدفوع مسبقاً.

عميل DSHS: الغرض من هذا النموذج هو جمع المعلومات من مقدم الرعاية الصحية التي ستساعد مدير حالتك في مراجعة مشكلاتك الصحية وإنشاء خطة مسؤولية فردية تناسب احتياجاتك وحدودك المحددة بشكل أفضل.

الطبيب / مقدم الرعاية الصحية: بالنسبة للعملاء البالغين للحصول على المساعدة العامة (TANF)، يُطلب منهم العمل أو البحث بنشاط عن عمل أو الحصول على تدريب للعمل مدة تصل إلى 40 ساعة أسبوعياً. قد لا يتمكن بعض العملاء من تلبية هذا المطلب بسبب مشكلات صحية. قد يحتاج هؤلاء العملاء إلى تأجيل لفترة مؤقتة من نشاط العمل، أو قد يتمكنون من المشاركة ولكن لعدد محدود من الساعات، أو قد يحتاجون إلى تجنب أنواع معينة من أنشطة العمل. يرجى ملء هذا النموذج وإعطائه للعميل أو إرساله إلى رقم الفاكس الخاص بنا على مستوى الولاية 1-888-338-7410، أو إرساله إلى مدير حالة WorkFirst في DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. أرسل إلينا أي ملاحظات أو رسائل أو وثائق أخرى لديك بالفعل في سجلاتك تتناول قيود الشخص المعني.