



病症和残余身体机能证明文件 之提交要求

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

致医疗保健服务提供者：

对于领取公共补助（贫困家庭临时补助(TANF)）的成人个案当事人，要求他们必须就业、主动求职，或者每周参加最多40小时的就业培训。由于健康问题，有些个案当事人可能无法达到这一要求。这些个案当事人可能需要延缓参加就业培训活动；也许能参加活动，但参加时间有限；或者需要避免某些特定类别的就业培训活动。

_____ (name of client)告诉我们，他们或他们所照护的家庭成员有某种病症、心理疾病或情绪症状阻止或限制他们工作、求职或参加就业培训的能力。

请填写随函附寄的表格，以描述这些医疗限制。如果任何状况持续时间超过三个月，请提供客观医学证据（图表说明、实验室、成像和任何其他诊断测试）的副本，以验证情况。请向DSHS（而非当事人）收取与提供这些信息相关的任何费用。

我们将使用这些信息来确定这些类型活动所需的参与程度（每周最多40小时），以及根据客户的医疗需求制定定制活动计划时要考虑的任何限制。

请于_____ (deadline date)之前提供上述信息。若未收到任何医疗信息，我们可能会要求您全时参与上述的工作、求职或就业培训活动，每周时间最多40小时。如果未达到要求，现金福利可能会被削减或终止。

如果您有任何疑问，或者需要更多时间才能向我们提交有关信息，请与我联系，电话号码是_____ (number of worker)。您可以将填妥的文件及任何医疗证据发送到我们的全州传真号码 1-888-338-7410或邮寄给DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699。

特此致谢。

工人姓名

病症和残余身体机能证明文件
之提交要求

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

个案当事人姓名	出生日期	个案当事人识别号码		
被评估患者的姓名（如果与上方的个案当事人姓名不同）				
WORKFIRST工作人员姓名		电话号码		
社区服务处(CSO)地址				
<p>为了协助本部确定上面列名之者参与活动的局限性，请提供以下信息：</p> <p>1. 此人是否有特定的（请勾选）<input type="checkbox"/>身体、<input type="checkbox"/>心理、<input type="checkbox"/>情绪或<input type="checkbox"/>身心发展问题，从而有必要给予特殊的调整安排或考虑？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>2. 若是如此，请问是何种症状及诊断结果如何？</p> <p style="text-align: center;">这是否以客观医疗证据（测试结果、化验单等）为依据？</p> <input type="checkbox"/> 是。如果是，请在此表格上随附支持证据。 <input type="checkbox"/> 否。 如果否，请回答问题8。 <p>3. 上列的医疗状况是否会限制个人工作、寻找工作或准备工作的能力？ <input type="checkbox"/> 是。如果是，请在下方勾选任何适用的示例。 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>限制的示例包括以下能力：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 提重物 <input type="checkbox"/> 长时间站立或坐着 <input type="checkbox"/> 遵循指示 <input type="checkbox"/> 弯腰 <input type="checkbox"/> 伸手够取 <input type="checkbox"/> 记忆保持 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 长时间集中精力， <input type="checkbox"/> 做重复的动作， <input type="checkbox"/> 与人互动， <input type="checkbox"/> 允许接触化学品、合成材料 <input type="checkbox"/> 大肌肉和精细动作技能 </td> </tr> </table> <p>请说明上方未列出的任何其它具体限制：</p> <p style="margin-top: 20px;">若是如此，此人的参与时间应限制为每周： <input type="checkbox"/> 0小时（无法参与） <input type="checkbox"/> 1－10小时 <input type="checkbox"/> 11－20小时 <input type="checkbox"/> 21－30小时 <input type="checkbox"/> 31－40小时。</p>			<input type="checkbox"/> 提重物 <input type="checkbox"/> 长时间站立或坐着 <input type="checkbox"/> 遵循指示 <input type="checkbox"/> 弯腰 <input type="checkbox"/> 伸手够取 <input type="checkbox"/> 记忆保持	<input type="checkbox"/> 长时间集中精力， <input type="checkbox"/> 做重复的动作， <input type="checkbox"/> 与人互动， <input type="checkbox"/> 允许接触化学品、合成材料 <input type="checkbox"/> 大肌肉和精细动作技能
<input type="checkbox"/> 提重物 <input type="checkbox"/> 长时间站立或坐着 <input type="checkbox"/> 遵循指示 <input type="checkbox"/> 弯腰 <input type="checkbox"/> 伸手够取 <input type="checkbox"/> 记忆保持	<input type="checkbox"/> 长时间集中精力， <input type="checkbox"/> 做重复的动作， <input type="checkbox"/> 与人互动， <input type="checkbox"/> 允许接触化学品、合成材料 <input type="checkbox"/> 大肌肉和精细动作技能			

Barcode label



4. 此人在提携重物方面是否有任何局限性？ 是 否

若是如此，此人具有以下局限性：

严重局限性：不能提举至少2磅重的物体，或者不能站立或行走。

常坐不动的工作：能提举最重达10磅的物体，并能频繁*提举或携带卷宗及小型工具之类的物品。常坐不动的工作可能会要求从事者坐定、行走或短时间站立。

轻体力工作：能提举最重达20磅的物体，并能频繁*提举或携带最重达10磅的物体。即使较轻的工作很少要求从事者提举重物，在每个8小时工作日内，其行走或站立时间仍会达到6小时。此类工作也会要求从事者在大部分时间内以坐姿工作，并偶尔*需要使用臂部或腿部推拉各种控制器。

体力要求适中的工作：能提举最重达50磅的物体，并能频繁*提举或携带最重达25磅的物体。

重体力工作：能提举最重达100磅的物体，并能频繁*提举或携带最重达50磅的物体。

* 此人能在必要的8小时内执行2.5至6小时的功能，而不尝试连续执行。

5. 此人的症状是否影响其获得服务（例如使用电话、接受服务、安排预约并按时赴约、使用交通服务，或者寻找服务地点）或自我倡导的能力？

是 否

如果是，请描述：

6. 此人的症状是否持久并有可能影响其工作、求职或参加就业培训的能力？

是 否；如果症状不持久，那么将在多长时间内影响其从事工作、求职或参加就业培训的能力？请使用下方空栏指出周数或月数：

_____ 周数，或

_____ 月数。

7. a. 您是否曾针对此人的健康状况而制定一项专门的治疗计划？

是 否

若是如此，请描述该治疗计划。

b. 谁将提供和监控此人的持续治疗计划？

8. 是否存在需要进一步评估或评测的特定问题? 是 否

如果是, 请说明可能需要哪种评估来确定医疗状况和解决计划。请说明是否需要进一步转介专家。

9. 如果由于患者症状对当事人参与能力的影响, 由于需要照顾其家人, 致使被评估的患者与所列的当事人姓名不同, 请填写以下内容。

根据子女/成人亲属的症状, 勾选适当的方框:

- 家长/看护人每周可在家庭外参加0 – 10小时。
- 家长/看护人每周可在家庭外参加11 – 20小时。
- 家长/看护人每周可在家庭外参加21 – 30小时。
- 家长/看护人每周可在家庭外参加超过30小时。
- 欲知详情, 请与我联系。

您希望家长将需要提供多长时间的此级别看护服务: _____ 周数
_____ 月数

病症/心理健康服务提供商/其他专业机构

签名	日期	电话号码
----	----	------

姓名与职称 (请工整填写)

邮寄地址 _____ 城市 _____ 州 **WA** 邮政编码 _____

信息透露授权书

本人授权 _____ 向社会福利服务部透露此表格中的信息, 以及能用以证实存在阻止本人就业的疾病/伤症之任何医疗记录信息, 而且此信息仅可用于评估本人参与WorkFirst计划活动的的能力。本人明白, 如果涉及心理健康问题、酒精或毒品滥用或性传染病(STD) (包括艾滋病毒感染/艾滋病) 的诊断测试结果或治疗信息属于上述记录的组成部分, 则所透露的内容将包括这些诊断测试结果或治疗信息。(华盛顿州修订法规(RCW) 78.24.105)

病人签名	日期
------	----

说明

DSHS WorkFirst计划个案管理员/社会工作人员：本表格的目的在于当您的工作、求职、参加培训和（或）接受服务的能力因病症或残障而受影响时，帮助您制定一项个人责任计划。**若有其它文件证明，则不强制要求使用此表格。**您可以把此表格交给申请人/接受者，以便他们将此表格交予适当的专业服务提供者，供其填写；您也可以将此表格直接传真或邮寄给服务提供者。如果您选择邮寄此表格，则应请当事人在最后一页上签名，并随函附寄预付邮费的信封。

DSHS客户：此表格用于向医疗服务提供者收集信息，以便协助您的个案管理员审核您的健康问题，并制定一项最适合您的特定需求及局限性的个人责任计划。

医生/医疗保健服务提供者：对于领取公共补助（贫困家庭临时补助(TANF)）的成人个案当事人，要求他们必须就业、主动求职，或者每周参加最多40小时的就业培训。由于健康问题，有些个案当事人可能无法达到这一要求。这些个案当事人可能需要延缓参加就业培训活动；也许能参加活动，但参加时间有限；或者需要避免某些特定类别的就业培训活动。请填写此表格并交予个案当事人，发送给我们的全州传真号码1-888-338-7410，或邮寄给WorkFirst个案管理员，地址为DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699。如果您的记录资料中已经有涉及当事人局限性的笔记、信件或其它文件证明，请提交给我们。