



Documentation Request for Medical Condition and (د طبي حالت او پاتي فعالیت ظرفیت لپاره د اسنادو غوښتنه) Residual Functional Capacity

ګرانه روغتیایی پالنه وړاندې کوونکيه:

د بالغ مراجعینو لپاره چې عامه مرستې (TANF) ترلاسه کړي، دوی د کار کولو، په فعاله توګه کار کتلو، یا په اونۍ کې تر 40 ساعتونو پورې د کار کولو لپاره روزنه ترلاسه کولو اړتیا لري. ځینې مراجعین کیدي شي د روغتیا پورې اړوندو مسلو له امله د دې اړتیا پوره کولو وړ نه وي. دا مراجعین کیدي شي په لنډمهاله توګه د کاري فعالیت څخه ځنډولو ته اړتیا ولري، کیدي شي د برخه اخیستلو وړ وي مګر د محدود شمیر ساعتونو لپاره، یا کیدي شي د ځانګړو کاري فعالیتونو څخه دده کولو ته اړتیا ولري.

(د مراجعه کوونکي نوم) مونږ ته وویل چې دوی، یا د کورنۍ یو غړی چې دوی یې پاملرنه کوي، یو طبي، ذهني یا احساساتي حالت لري، کوم چې د دوی د کار کولو، کار کتلو یا د کار کولو په روزنه کې د برخه اخیستلو وړتیا مخه نیسي یا محدودوي.

مهرباني وکړئ د دې طبي محدودیتونو تشریح کولو لپاره ضمیمه شوي فورمه بشپړه کړئ. که چېرې د کوم حالت موده له دريو میاشتو څخه زیاته وي، مهرباني وکړئ د حالت تاییدولو لپاره د هدف طبي ثبوت (چارټ یادښتونه، لابراتوار، انځور، او کوم بل تشخیصي تیسټ/ازموینه) وړاندې کړئ. مهرباني وکړئ د دې معلوماتو وړاندې کولو پورې اړوند هر ډول لګښتونو لپاره DSHS ته بل ورکړئ، مراجعه کوونکي ته نه.

مونږ به دا معلومات په دې ډول فعالیتونو کې د اړین برخه اخیستنې کچې (په اونۍ کې تر 40 ساعتونو پورې) د معلومولو لپاره وکاروو، او د مراجعه کوونکي طبي اړتیاو پربنسټ د دودیز فعالیت پلان پراختیا کې کوم محدودیتونه په پام کې ونیسو.

مهرباني وکړئ دا پوره شوی فورمه او کوم اضافي هدف طبي ثبوت تر _____ (د پای نیتي) پورې چمتو کړئ. که چېرې مونږ کوم طبي معلومات ترلاسه نکړو، مونږ کیدي شي د بشپړ وخت برخه اخیستنې ته اړتیا ولرو، په یوه اونۍ کې تر 40 ساعتونو پورې، په کار، د دندې لټون یا لکه څنګه چې پورته تشریح شوي د کار کولو لپاره روزنه. که چېرې اړتیاوې نه پوره کيږي، نو د نغدو پیسو ګټې به کمې یا ختمې شي.

که چېرې تاسو څه پوښتنې لرئ یا مونږ ته د معلوماتو رالیرلو لپاره نور وخت ته اړتیا لرئ، مهرباني وکړئ ما ته په _____ (د کارکوونکي شمېره) باندې زنگ ووهئ. تاسو کیدي شي دا بشپړ شوی سند او هر ډول طبي ثبوت زموږ په ټول ایالت کې د فکس شمیرې 1-888-338-7410 ته واستوئ یا یې DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699 ته پوسټي کړئ.

منه،

د کارکوونکي نوم

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

(د طبي حالت او پاتي فعالیت ظرفیت لپاره د اسنادو غوښتنه)

د مراجعه کوونکي نوم	د زیږون نېټه	د مراجعه کوونکي د پیژندنې شمېره												
د ارزول شوي ناروغ نوم که چیرې د پورتنی نومول شوي مراجعه کوونکي څخه مختلف وي														
د WORKFIRST کارمند نوم	د تیلیفون شمېره													
COMMUNITY SERVICES OFFICE (د ټولني خدماتو دفتر، CSO) پته														
<p>د پورتنی نومول شوي شخص محدودیت (محدودیتونو) په معلومولو کې د ډیپارټمنټ/څانګې سره د مرستې لپاره، مهرباني وکړئ لاندې معلومات وړاندې کړئ:</p> <p>1. ایا دا کس ځانګړي (مهرباني وکړئ بکس چک کړئ) <input type="checkbox"/> فزیکي، <input type="checkbox"/> ذهني، <input type="checkbox"/> احساساتي، یا <input type="checkbox"/> د ودې مسلي لري چې ځانګړي استوګنځایونو یا په پام کې نیولو ته اړتیا لري؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p>														
<p>2. که هو، د حالت (حالتونو) ډول او تشخیص څه دی؟</p>														
<p>ایا دا د هدفې طبي ثبوت (ازمويڼې، لابراتوار راپورټونو، او داسې نورو) سره ملاتړ کېږي؟ <input type="checkbox"/> هو. که هو، مهرباني وکړئ د دې فورمې سره د ملاتړ شواهد وښلولئ. <input type="checkbox"/> نه. که نه، مهرباني وکړئ په 8 پوښتنه کې په ګوته کړئ.</p>														
<p>3. ایا پورته لیست شوي طبي حالت (حالتونه) د کس د کار کولو، د کار لپاره لټون، یا د کار لپاره د چمتو کولو وړتیا محدودوي؟ <input type="checkbox"/> هو. که هو، لاندې کوم تطبیقي مثالونه چک کړئ. <input type="checkbox"/> نه</p> <p>د محدودیتونو مثالونو کې وړتیا شامله ده:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> د درنو شیانو اوچتول</td> <td><input type="checkbox"/> د اوږدې مودې وخت لپاره ودرېدل یا کښیناستل</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> د اوږدې مودې وخت لپاره ودرېدل یا کښیناستل</td> <td><input type="checkbox"/> د لارښوونو تعقیبول</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> د لارښوونو تعقیبول</td> <td><input type="checkbox"/> تاوېدل/تیتیدل</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> تاوېدل/تیتیدل</td> <td><input type="checkbox"/> پورته رسېدل</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> پورته رسېدل</td> <td><input type="checkbox"/> د حافظې ساتل</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> د حافظې ساتل</td> <td></td> </tr> </table> <p>مهرباني وکړئ کوم بل ځانګړي محدودیتونه تشریح کړئ چې پورته لیست شوي ندي:</p>			<input type="checkbox"/> د درنو شیانو اوچتول	<input type="checkbox"/> د اوږدې مودې وخت لپاره ودرېدل یا کښیناستل	<input type="checkbox"/> د اوږدې مودې وخت لپاره ودرېدل یا کښیناستل	<input type="checkbox"/> د لارښوونو تعقیبول	<input type="checkbox"/> د لارښوونو تعقیبول	<input type="checkbox"/> تاوېدل/تیتیدل	<input type="checkbox"/> تاوېدل/تیتیدل	<input type="checkbox"/> پورته رسېدل	<input type="checkbox"/> پورته رسېدل	<input type="checkbox"/> د حافظې ساتل	<input type="checkbox"/> د حافظې ساتل	
<input type="checkbox"/> د درنو شیانو اوچتول	<input type="checkbox"/> د اوږدې مودې وخت لپاره ودرېدل یا کښیناستل													
<input type="checkbox"/> د اوږدې مودې وخت لپاره ودرېدل یا کښیناستل	<input type="checkbox"/> د لارښوونو تعقیبول													
<input type="checkbox"/> د لارښوونو تعقیبول	<input type="checkbox"/> تاوېدل/تیتیدل													
<input type="checkbox"/> تاوېدل/تیتیدل	<input type="checkbox"/> پورته رسېدل													
<input type="checkbox"/> پورته رسېدل	<input type="checkbox"/> د حافظې ساتل													
<input type="checkbox"/> د حافظې ساتل														
<p>که هو، دا کس باید په هره اونۍ کې د لاندې برخه اخیستنې محدودیتونو پورې محدود وي:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ساعته (د برخه اخیستلو توان نلرل) <input type="checkbox"/> 1 - 10 ساعته <input type="checkbox"/> 11 - 20 ساعته <input type="checkbox"/> 21 - 30 ساعته <input type="checkbox"/> 31 - 40 ساعته.</p>														

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



10353

Barcode label

4. ایا دا کس د پورته کولو او بار وړلو سره څه محدودیتونه لري؟ هو نه
که هو، دا کس لاندې محدودیتونه لري:

- په سختی سره محدود: لږترلږه د 2 پونډو وزن پورته کولو توان نلري یا د ودریدو یا تگ کولو توان نلري.
- ځای پرځای د ناستې کار: د 10 پونډه اعظمي او په مکرر ډول د وزن پورته کولو وړ دی* د فایلونو او کوچنیو وسیلو په څیر توکي پورته کول یا لیردول. ځای پرځای د ناستې کار ممکن د لنډې مودې لپاره ناستې، تگ او ولاړې ته اړتیا ولري.
- سپک کار: د 20 پونډه اعظمي او په مکرر ډول وزن پورته کول* پورته کولو یا تر 10 پونډه بار وړلو وړ. که څه هم پورته شوي وزن کیدی شي بی اهمیتته وي، سپک کار کیدی شي په ورځ کې له 8 ساعتونو څخه 6 پورې پیدل تللو یا ولاړ پاتې کیدو ته اړتیا ولري، یا کیدی شي پکې ډیرې وخت د لاس یا پښې کنترول سره کله ناکله* دیکه کولو او کښولو سره ناسته شامله وي.
- متوسط کار: د 50 پونډه اعظمي او په مکرر ډول وزن پورته کول* پورته کولو یا تر 25 پونډه بار وړلو وړ.
- دروند کار: د 100 پونډه اعظمي او په مکرر ډول وزن پورته کول* پورته کولو یا تر 50 پونډه بار وړلو وړ.
- * کس په 8 ساعتونو کې له 2.5 څخه تر 6 ساعتونو پورې فعالیت ترسره کولو وړ وي او دا اړینه نده چې فعالیت دوامداره وي.

5. ایا د دې شخص حالت (حالتونه) د دوی خدمتونو ته د لاسرسي په وړتیا باندې اغیزه کوي (لکه د تلیفون کارول، درملنه ترلاسه کول، د ملاقاتونو ترسره کول او ساتل، د ترانسپورت/ورني راورني خدمتونو کارول، یا د خدمتونو موقعیتونه موندل) یا د ځان لپاره مدافع وکیل؟
 هو نه
که هو، نو تشریح یې کړئ:

6. ایا د دې کس حالت د تل لپاره دی او احتمال لري چې د کار کولو، د کار لټون کولو، یا د کار لپاره د روزني وړتیا محدود کړي؟
 هو نه؛ که چیرې حالت د تل لپاره نه وي، د دې کس حالت به څومره وخت د کار کولو، د کار لټون کولو، یا د کار لپاره د روزني وړتیا محدوده کړي. مهرباني وکړئ د اونيو یا میاشتنو شمیر په گوته کولو لپاره د لاندې ځای څخه کار واخلئ:
_____ د اونيو شمیر، یا
_____ د میاشتنو شمیر.

7. ا. ایا د درملني داسې ځانگړی پلان شتون لري چې تاسو جوړ کړی ترڅو د دې کس روغتیا پورې اړوند حالت حل کړئ؟
 هو نه
که هو، د درملني پلان واضح کړئ په شمول د چمتو شوي خدمتونو ډولونه، دوره، او د درملني ملاقاتونو تعدد.

ب. د چا لخوا به د کس د درملني روان پلان چمتو او څارنه وشي؟

8. ایا داسی ځانګړي مسلي شتون لري چې نوري اټکلېدنې يا ارزونې ته اړتيا لري؟ هو نه

که هو، مهرباني وکړئ مشخص کړئ چې کوم ډول اټکلېدنې يا ارزونې ته کيدی شي اړتيا وي ترڅو طبي حالتونه او د حل کولو لپاره پلان معلوم کړي. مهرباني وکړئ په ګوته کړئ که چيرې متخصص ته نور راجع کولو ته اړتيا وي.

9. که چيرې ارزول شوی ناروغ د نومول شوي مراجعه کوونکي څخه مختلف وی د هغه اغيز له امله چې د ناروغ حالت يې د مراجعه کوونکي د برخه اخيستنې وړتيا باندې لري، د دوی په کور کې د کس لپاره پاملرنې ته اړتيا له امله، مهرباني وکړئ لاندې بشپړ کړئ.

د ماشوم / لوی يا بالغ خپلوان حالت ته په پام کولو سره، مناسب بکس چيک کړئ:

والدين / پالونکی کولی شي د کور څخه بهر په اونی کې 10 - 0 ساعته برخه واخلي.

والدين / پالونکی کولی شي د کور څخه بهر په اونی کې 20 - 11 ساعته برخه واخلي.

والدين / پالونکی کولی شي د کور څخه بهر په اونی کې 30 - 21 ساعته برخه واخلي.

والدين / پالونکی کولی شي د کور څخه بهر په اونی کې له 30 ساعتونو څخه زيات برخه واخلي.

مهرباني وکړئ له ما سره د نورو معلوماتو لپاره اړیکه ونیسئ.

تاسو له والدين څخه څومره وخت لپاره تمه لرئ چې د پاملرنې دې کچې چمتو کولو ته به اړتيا ولري: _____ د اونيو شمير

_____ د مياشتو شمير

طبي / د ذهني روغتيا پاملرنې چمتو کونکی / بل مسلکي

لاسليک	نېټه	د تېليفون شميره
واضح/روښانه نوم او سرليک		
د استوګنې پته	ښار	ایالت د زېږ کود WA

د معلوماتو د خوشي کولو لپاره واک

زه _____ اجازه ورکوم چې په دې فورمه او د طبي ریکارډ کې هر ډول معلومات Department of Social and Health Services (د ټولنيزو او روغتيايي خدمتونو څانګې) ته خپاره کړم چې د ناروغی/تېپ حالت ثابتوي چې زما د کار کولو، يوازې زما د WorkFirst پروګرام کې د برخه اخيستلو وړتيا ارزولو مخه نيسي. زه پوهيرم چې پدې خپرونه کې په ځانګړې توګه د ذهني روغتيا، الکول يا مخدره/نشي توکو ناوړه ګټه اخيستنې او Sexually Transmitted Diseases (جنسي خپريدونکي ناروغيو، STD) په اړه د تشخيصي ازموينې يا درملنې معلومات شامل دي، په شمول د HIV/AIDS، کله چې دا ډول معلومات د ریکارډ برخه وي. (د واشنگټن اصلاح شوی کود، ((RCW) 78.24.105

د ناروغ لاسليک	نېټه
----------------	------

لارښوونې

د DSHS WorkFirst قضیې مدیر/ټولنیز کارمند/کارکوونکی: د دې فورمې موخه تاسو سره Individual Responsibility Plan (د انفرادي ذمه واری پلان) په رامینځته کولو کې مرسته کول دي کله چې، د طبي حالت، یا ناتوانۍ په پایله کې، د کار کولو، کار موندلو، روزنې کې گډون او/یا خدمتونو ته د لاسرسۍ په وړتیا باندې اغیزه شتون ولري. **د دې فورمې کارول لازمي ندي که چیرې نور اسناد شتون ولري.** تاسو دا فورمه غوښتونکي/ترلاسه کونکي ته ورکولی شئ ترڅو د بشپړولو لپاره مناسب مسلکي خدمت چمتو کونکي ته یې یوسي یا تاسو دا نېغ په نېغه چمتو کونکي ته د فکس یا پوستي له لارې وړاندې کولی شئ. که چیرې تاسو د دې فورمې پوستي کول انتخاب کړئ، په آخری پاڼه باندې د مراجعه کونکي لاسلیک ترلاسه کړئ، او د پری بیډ (مخکې تادیه شوی) لفافه وټړئ.

د DSHS پیروونکي: د دې فورمې هدف د طبي چمتو/وړاندې کونکي څخه معلومات راټولول دي چې ستاسو د قضیې مدیر سره ستاسو د روغتیا مسلو بیاکتنې او Individual Responsibility Plan (د انفرادي ذمه واری پلان) جوړولو کې مرسته وکړي چې ستاسو ځانگړي اړتیاو او محدودیتونو سره مناسب وي.

ډاکټر/د روغتیا پاملرنې چمتو/وړاندې کونکي: د بالغ مراجعینو لپاره چې عامه مرستې (TANF) ترلاسه کړي، دوی د کار کولو، په فعاله توګه کار کتلو، یا په اونۍ کې تر 40 ساعتونو پورې د کار کولو لپاره روزنه ترلاسه کولو اړتیا لري. ځینې مراجعین کیدی شي د روغتیا پورې اړوندو مسلو له امله د دې اړتیا پوره کولو وړ نه وي. دا مراجعین کیدی شي په لنډمهاله توګه د کاري فعالیت څخه یو ځنډولو ته اړتیا ولري، کیدی شي د برخه اخیستلو وړ وي مګر د محدود شمیر ساعتونو لپاره، یا کیدی شي د ځانگړو کاري فعالیتونو څخه ډډه کولو ته اړتیا ولري. مهرباني وکړئ دا فورمه ډکه کړئ او پیروونکي ته یې ورکړئ، دا زمونږ د ټول ایالت په کچه د

فکس شمیرې 1-888-338-7410 ته واستوئ، یا دا د DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699

Tacoma WA 98411-6699 باندې د WorkFirst د قضیې مدیر ته واستوئ. مونږ ته کوم یادداښتونه، لیکونه، یا نور اسناد راواستوئ کوم چې تاسو یې دمخه په خپلو ریکارډونو کې لرئ چې د کس محدودیتونه په ګوته/حل کوي.