



Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (درخواست ارائه اسناد برای وضعیت پزشکی و توانایی عملکردی رفع‌نشده)

ارائه‌دهنده محترم مراقبت‌های سلامتی:

مراجعات بزرگسال برای دریافت کمک‌های عمومی (TANF)، باید کار کنند، فعالانه در جستجوی کار باشند، یا برای کار تا حداکثر 40 ساعت در هفته آموزش ببینند. بعضی از مراجعان ممکن است به دلیل مشکلات سلامتی نتوانند این نیاز را برآورده کنند. این مراجعین ممکن است به تعویق موقت از یک فعالیت کاری نیاز داشته باشند، ممکن است قادر به مشارکت اما برای ساعات محدودی باشند، یا ممکن است نیاز به اجتناب از انواع خاصی از فعالیت‌های کاری داشته باشند.

(نام مشتری) _____ به ما گفت که آنها یا یکی از اعضای خانواده‌ای که از وی مراقبت می‌کنند، مبتلا به یک عارضه پزشکی، روانی یا عاطفی هستند که مانع یا محدودکننده‌ی توانایی آنها برای کار، جستجوی کار یا شرکت در آموزش کاری می‌شود.

لطفاً فرم ضمیمه شده را برای توضیح درباره‌ی این محدودیت‌های پزشکی تکمیل کنید. اگر مدت زمان هر بیماری بیش از سه ماه است، لطفاً کپی‌هایی از شواهد پزشکی عینی (یادداشت‌های مربوط به نمودار، آزمایشگاه، تصویربرداری و هر آزمایش تشخیصی دیگر) را برای تأیید وضعیت ارائه دهید. لطفاً صورت‌حساب هزینه‌های مربوط به ارائه این اطلاعات را برای DSHS و نه مشتری، صادر کنید.

ما از این اطلاعات برای تعیین سطح مشارکت لازم (حداکثر 40 ساعت در هفته) در این نوع فعالیت‌ها، و هرگونه محدودیتی که باید در تنظیم یک برنامه فعالیت سفارشی‌شده بر اساس نیازهای پزشکی مراجع در نظر بگیریم، استفاده خواهیم کرد.

لطفاً این فرم تکمیل شده و هرگونه شواهد عینی پزشکی اضافی را تا _____ (تاریخ مهلت) ارائه دهید. اگر هیچ اطلاعات پزشکی دریافت نکنیم، ممکن است الزام به مشارکت در کار تمام وقت، حداکثر تا 40 ساعت در هفته، در کار، جستجوی یا آموزش برای کار کنیم. اگر این الزامات برآورده نشود، مزایای نقدی ممکن است کاهش یا خاتمه یابد.

اگر سؤالی دارید یا برای ارسال اطلاعات به زمان بیشتری نیاز دارید، لطفاً با شماره _____ (شماره کارگر) با من تماس بگیرید. می‌توانید مدارک تکمیل‌شده و هرگونه شواهد پزشکی را به شماره فکس ما در سراسر ایالت به شماره 1-888-338-7410 ارسال کنید یا آن را به 98411-6699 Tacoma WA، PO Box 11699، Customer Service Center، DSHS، CSD بپست کنید.

سیاسگزاریم،

نام کارگر

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

(درخواست ارائه اسناد برای وضعیت پزشکی و توانایی عملکردی رفع نشده)

نام مراجع	تاریخ تولد	شماره شناسایی متقاضی												
نام بیمار ارزیابی شده در صورت متفاوت بودن با مراجع ذکر شده در بالا														
نام کارمند WORKFIRST	شماره تلفن													
آدرس COMMUNITY SERVICES OFFICE (دفتر خدمات اجتماعی (CSO)).														
<p>برای کمک به سازمان در تعیین محدودیت(های) شخص نام برده بالا، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید:</p> <p>1. آیا این شخص دارای مشکلات <input type="checkbox"/> جسمی، <input type="checkbox"/> ذهنی، <input type="checkbox"/> عاطفی یا <input type="checkbox"/> رشدی خاصی است (لطفاً کادر را علامت بزنید) که نیاز به تسهیلات یا ملاحظات خاصی دارد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>														
<p>2. اگر بله، نوع عارضه و تشخیص چیست؟</p> <p>آیا این موضوع با شواهد عینی پزشکی (آزمایش، گزارش‌های آزمایشگاهی و غیره) قابل تأیید است؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله. اگر بله، لطفاً شواهد تأییدکننده را به این فرم پیوست کنید.</p> <p><input type="checkbox"/> خیر. اگر خیر، لطفاً در سوال 8 توضیح دهید.</p>														
<p>3. آیا عارضه(های) پزشکی ذکر شده در بالا توانایی فرد را برای کار، جستجوی کار یا آماده شدن برای کار محدود می کند؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله. اگر بله، نمونه‌های موجود را در زیر علامت بزنید.</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p>نمونه‌هایی از محدودیت‌ها عبارتند از توانایی:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> برای بلند کردن اجسام سنگین</td> <td><input type="checkbox"/> متمرکز برای مدت زمان طولانی،</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن برای مدت طولانی</td> <td><input type="checkbox"/> انجام حرکات تکراری،</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> پیروی از دستورالعمل‌ها</td> <td><input type="checkbox"/> تعامل با مردم،</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> خم شدن بیش از حد</td> <td><input type="checkbox"/> تحمل قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی، مواد مصنوعی</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> کشیدن دست</td> <td><input type="checkbox"/> به مهارت‌های حرکتی ضعیف یا سنگین</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> یادداری حافظه</td> <td></td> </tr> </table> <p>لطفاً هرگونه محدودیت خاص دیگری را که در بالا ذکر نشده است شرح دهید:</p>			<input type="checkbox"/> برای بلند کردن اجسام سنگین	<input type="checkbox"/> متمرکز برای مدت زمان طولانی،	<input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن برای مدت طولانی	<input type="checkbox"/> انجام حرکات تکراری،	<input type="checkbox"/> پیروی از دستورالعمل‌ها	<input type="checkbox"/> تعامل با مردم،	<input type="checkbox"/> خم شدن بیش از حد	<input type="checkbox"/> تحمل قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی، مواد مصنوعی	<input type="checkbox"/> کشیدن دست	<input type="checkbox"/> به مهارت‌های حرکتی ضعیف یا سنگین	<input type="checkbox"/> یادداری حافظه	
<input type="checkbox"/> برای بلند کردن اجسام سنگین	<input type="checkbox"/> متمرکز برای مدت زمان طولانی،													
<input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن برای مدت طولانی	<input type="checkbox"/> انجام حرکات تکراری،													
<input type="checkbox"/> پیروی از دستورالعمل‌ها	<input type="checkbox"/> تعامل با مردم،													
<input type="checkbox"/> خم شدن بیش از حد	<input type="checkbox"/> تحمل قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی، مواد مصنوعی													
<input type="checkbox"/> کشیدن دست	<input type="checkbox"/> به مهارت‌های حرکتی ضعیف یا سنگین													
<input type="checkbox"/> یادداری حافظه														
<p>اگر بله، برای این فرد باید محدودیت‌های مشارکتی زیر در هفته در نظر گرفته شود:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ساعت (نمی‌تواند شرکت کند) <input type="checkbox"/> 1 تا 10 ساعت <input type="checkbox"/> 11 تا 20 ساعت <input type="checkbox"/> 21 تا 30 ساعت <input type="checkbox"/> 31 تا 40 ساعت.</p>														



10353

Barcode label

DOCUMENTATION REQUEST FOR MEDICAL CONDITION AND
RESIDUAL FUNCTIONAL CAPACITY
DSHS 10-353 PE (REV. 12/2024) Persian (Farsi / Dari)

4. آیا این فرد محدودیتی برای بلند کردن و حمل اشیاء دارد؟ بله خیر

اگر بله، این فرد دارای محدودیت‌های زیر است:

به شدت محدود: قادر به بلند کردن حداکثر 2 پوند نیست یا قادر به ایستادن یا راه رفتن نیست.

کار غیرحرکتی: قادر به بلند کردن حداکثر وزن 10 پوند و بارها* بلند کردن یا حمل وسایلی مانند پرونده و ابزار کوچک است. یک شغل غیرحرکتی ممکن است مستلزم نشستن، راه رفتن و ایستادن برای مدت زمان‌های کوتاه باشد.

کار سبک: قادر به بلند کردن حداکثر 20 پوند و بارها* بلند کردن یا حمل اشیاء تا 10 پوند است. حتی اگر وزن بلند شده ناچیز باشد، کار سبک ممکن است نیاز به پیاده روی یا ایستادن تا 6 ساعت از 8 ساعت در روز داشته باشد یا مستلزم نشستن در بیشتر اوقات همراه با فشار دادن و کشیدن گاه به گاه* کنترل‌های بازویی یا پایی باشد.

کار متوسط: قادر به بلند کردن حداکثر 50 پوند و بارها* بلند کردن یا حمل اشیاء تا 25 پوند است.

کار سنگین: قادر به بلند کردن حداکثر 100 پوند و بارها* بلند کردن یا حمل اشیاء تا 50 پوند.

* فرد قادر است 2.5 تا 6 ساعت در یک روز 8 ساعته عملی را انجام دهد و نه اینکه لزوماً اجرای آن مستمر باشد.

5. آیا عارضه(های) این شخص بر توانایی آنها برای دسترسی به خدماتی (مانند استفاده از تلفن، دریافت درمان، تعیین و حضور در قرار ملاقات، استفاده از خدمات حمل و نقل، یا یافتن مکان‌های خدماتی) یا حمایت از خود تأثیر می‌گذارد؟

بله خیر

اگر بله، توضیح دهید:

6. آیا وضعیت این شخص دائمی است و احتمالاً توانایی او را برای کار، جستجوی کار یا آموزش برای کار محدود می‌کند؟ بله خیر؛ اگر این وضعیت دائمی نیست، وضعیت این شخص تا چه زمانی توانایی او را برای کار، جستجوی کار یا آموزش برای کار محدود می‌کند.

لطفاً از جای خالی زیر برای نشان دادن تعداد هفته‌ها یا ماه‌ها استفاده کنید:

تعداد هفته‌ها، یا _____

تعداد ماه‌ها. _____

7. الف. آیا برنامه درمانی خاصی برای رسیدگی به وضعیت سلامتی این شخص در نظر گرفته‌اید؟

بله خیر

اگر بله، طرح درمان شامل انواع خدمات ارائه شده، مدت زمان و دفعات ملاقات‌های درمانی را شرح دهید.

ب. چه کسی برنامه درمان متداوم شخص را ارائه و بر آن نظارت خواهد کرد؟

8. آیا مسائل خاصی وجود دارد که نیاز به ارزیابی یا برآورد بیشتر داشته باشد؟ بله خیر

اگر بله، لطفاً مشخص کنید که چه نوع ارزیابی یا برآوردی ممکن است برای تعیین عارضه‌های پزشکی و طرحی برای رسیدگی لازم است. لطفاً در صورت نیاز به ارجاعات بیشتر به متخصص، این موضوع را مشخص کنید.

9. اگر بیمار مورد ارزیابی با مراجع نامبرده به دلیل تأثیری که عارضه‌ی بیمار بر توانایی مراجع برای مشارکت داشته، متفاوت است، به دلیل نیاز به مراقبت از شخص در خانه، لطفاً موارد زیر را تکمیل کنید.

با توجه به عارضه خویشاوند کودک/بزرگسال، کادر مناسب را علامت بزنید:

- والدین/ مراقب می‌توانند 0 تا 10 ساعت در هفته خارج از خانه مشارکت داشته باشند.
 والدین/ مراقب می‌توانند 11 تا 20 ساعت در هفته خارج از خانه مشارکت داشته باشند.
 والدین/ مراقب می‌توانند 21 تا 30 ساعت در هفته خارج از خانه مشارکت داشته باشند.
 والدین/ مراقب می‌توانند بیشتر از 30 ساعت در هفته خارج از خانه مشارکت داشته باشند.
 لطفاً برای اطلاعات بیشتر با من تماس بگیرید.

چه مدت انتظار دارید که والدین به این سطح از مراقبت نیاز داشته باشند:

تعداد هفته‌ها _____

تعداد ماه‌ها _____

ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت پزشکی / روانی / سایر افراد حرفه‌ای

امضا	تاریخ	شماره تلفن
------	-------	------------

نام و عنوان با حروف بزرگ

نشانی پستی	شهر	ایالت	کد پستی
		WA	

اجازه انتشار اطلاعات

من به _____ اجازه می‌دهم تا اطلاعات موجود در این فرم و هرگونه اطلاعات پرونده پزشکی را که اثبات کننده شرایط بیماری/جراحی است که مانع از کار کردن من می‌شود، صرفاً برای ارزیابی توانایی من برای شرکت در برنامه WorkFirst را در اختیار Department of Social and Health Services (وزارت خدمات اجتماعی و بهداشتی) بگذارد. آگاهم که این افشای اطلاعات به‌طور خاص شامل آزمایش‌های تشخیصی یا اطلاعات درمانی مربوط به سلامت روان، سوء مصرف الکل یا مواد مخدر و نتیجه Sexually Transmitted Diseases (بیماری‌های مقاربتی (STD))، از جمله HIV/AIDS است، در صورتی که این اطلاعات بخشی از سابقه من باشد. (Revised Code of Washington (RCW))
(قانون تجدیدنظر شده Washington) 78.24.105

امضا والدین	تاریخ
-------------	-------

دستورالعمل‌ها:

مدیر پرونده DSHS WorkFirst / مددکار اجتماعی: هدف از این فرم کمک به شما در تعیین یک برنامه مسئولیت فردی است، زمانی که، در نتیجه یک عارضه پزشکی یا ناتوانی، تأثیری بر توانایی فرد برای کار، جستجوی کار، شرکت در آموزش و/یا دسترسی به خدمات وجود دارد. **استفاده از این فرم در صورت وجود مدارک دیگر اجباری نیست.** شما می‌توانید این فرم را به متقاضی/گیرنده بدهید تا برای تکمیل آن را به ارائه‌دهنده خدمات حرفه‌ای مناسب بدهد یا می‌توانید آن را مستقیماً از طریق فکس یا پست به ارائه‌دهنده ارائه دهید. اگر می‌خواهید این فرم را پست کنید، امضای مشتری را در آخرین صفحه بگیرید و در پاکت پیش پرداخت شده ضمیمه کنید.

مشتری DSHS: هدف این فرم جمع‌آوری اطلاعات از یک ارائه‌دهنده خدمات پزشکی است که به مدیر پرونده شما در بررسی مشکلات سلامتی شما و ایجاد یک طرح مسئولیت فردی که به بهترین وجه با نیازها و محدودیت‌های ویژه شما مطابقت دارد، کمک می‌کند.

پزشک / ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت: مراجعین بزرگسال برای دریافت کمک‌های عمومی (TANF)، باید کار کنند، فعالانه در جستجوی کار باشند یا برای کار تا 40 ساعت در هفته آموزش ببینند. بعضی از مراجعان ممکن است به دلیل مشکلات سلامتی نتوانند این نیاز را برآورده کنند. این مراجعان ممکن است نیاز به تعویق موقت از یک فعالیت کاری داشته باشند، ممکن است بتوانند در کاری شرکت کنند اما برای ساعات محدودی، یا ممکن است نیاز به دوری از انواع خاصی از فعالیت‌های کاری داشته باشند. لطفاً این فرم را تکمیل کرده و در اختیار مراجع قرار دهید، آن را به شماره فکس ما در سراسر ایالت 1-888-338-7410 ارسال کنید، یا آن را به WorkFirst مدیر پرونده در DSHS، CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699 بفرستید. هر گونه یادداشت، نامه، یا سایر اسنادی را که قبلاً در سوابق خود دارید و به محدودیت‌های شخصی پرداخته است، برای ما ارسال کنید.