



DOCUMENTATION REQUEST FOR MEDICAL CONDITION AND RESIDUAL FUNCTIONAL CAPACITY (ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਬਾਕੀ ਬਚੀ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਸਮਰੱਥਾ ਲਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ)

ਸਤਿਕਾਰਯੋਗ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ:

ਬਾਲਗ ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਨੂੰ ਜਨਤਕ ਸਹਾਇਤਾ (TANF) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ, ਸਰਗਰਮੀ ਨਾਲ ਕੰਮ ਦੀ ਭਾਲ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ 40 ਘੰਟੇ ਤੱਕ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਖਲਾਈ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੁਝ ਕਲਾਇੰਟ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੇ ਕਾਰਨ ਇਸ ਲੋੜ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ। ਇਹਨਾਂ ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਕੰਮ ਦੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਤੋਂ ਅਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੁਲਤਵੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਪਰ ਕੁਝ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ, ਜਾਂ ਕੁਝ ਖਾਸ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਕੰਮ ਦੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਤੋਂ ਬਚਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

_____ (ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਮ) ਨੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਕਿ ਉਹ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਉਹ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਨੂੰ ਇੱਕ ਮੈਡੀਕਲ, ਮਾਨਸਿਕ ਜਾਂ ਭਾਵਨਾਤਮਕ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਕੰਮ ਕਰਨ, ਕੰਮ ਦੀ ਭਾਲ ਕਰਨ ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਖਲਾਈ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਨੂੰ ਰੋਕਦੀ ਜਾਂ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹਨਾਂ ਮੈਡੀਕਲ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦੇਣ ਲਈ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। **ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਮਿਆਦ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਉਸ ਵਸਤੂਪਰਕ ਮੈਡੀਕਲ ਸਬੂਤ (ਚਾਰਟ ਨੋਟਸ, ਲੈਬੋਰਟਰੀ, ਇਮੇਜਿੰਗ, ਅਤੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਟੈਸਟ) ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।** ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਖਰਚੇ ਲਈ DSHS ਨੂੰ ਬਿਲ ਕਰੋ, ਨਾ ਕਿ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਸ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਲੋੜੀਂਦੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਦੇ ਪੱਧਰ (ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤੇ 40 ਘੰਟੇ ਤੱਕ) ਅਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀਆਂ ਮੈਡੀਕਲ ਲੋੜਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਅਨੁਕੂਲਿਤ ਕਾਰਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੀਮਾ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰਾਂਗੇ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਵਾਧੂ ਉਦੇਸ਼ਪੂਰਨ ਮੈਡੀਕਲ ਸਬੂਤ _____ (ਅੰਤਿਮ ਮਿਤੀ) ਤੱਕ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਸਾਨੂੰ ਕੋਈ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ, ਕੰਮ, ਨੌਕਰੀ ਦੀ ਭਾਲ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸਿਖਲਾਈ ਵਿੱਚ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ 40 ਘੰਟੇ ਤੱਕ ਫੁੱਲ-ਟਾਈਮ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਲੋੜਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਨਕਦੀ ਫਾਇਦੇ ਘਟਾਏ ਜਾਂ ਖਤਮ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭੇਜਣ ਲਈ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੈਨੂੰ _____ (ਕਰਮੀ ਦਾ ਨੰਬਰ) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੂਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਬੂਤ ਸਾਡੇ ਰਾਜ ਵਿਆਪੀ ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ 1-888-338-7410 ਜਾਂ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹੋ, DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

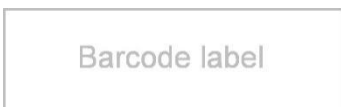
ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ,

_____ ਕਰਮੀ ਦਾ ਨਾਮ

**DOCUMENTATION REQUEST FOR MEDICAL CONDITION AND
RESIDUAL FUNCTIONAL CAPACITY**

(ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਬਾਕੀ ਬਚੀ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਸਮਰੱਥਾ ਲਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ)

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਮ	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ												
ਮੁਲਾਂਕਣ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ ਜੇਕਰ ਉਹ ਉੱਤੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਕਲਾਇੰਟ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਹੈ														
WORKFIRST ਸਟਾਫ ਦਾ ਨਾਮ		ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ												
COMMUNITY SERVICES OFFICE (ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਦਫਤਰ, CSO) ਪਤਾ														
ਉੱਤੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ(ਦੀਆਂ) ਸੀਮਾ(ਵਾਂ) ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ:														
<p>1. ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਕੋਈ ਖਾਸ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ) <input type="checkbox"/> ਸਰੀਰਕ, <input type="checkbox"/> ਮਾਨਸਿਕ, <input type="checkbox"/> ਭਾਵਨਾਤਮਕ, ਜਾਂ <input type="checkbox"/> ਵਿਕਾਸ ਸੰਬੰਧੀ ਮੁੱਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਅਨੁਕੂਲਤਾ ਜਾਂ ਸਮਾਯੋਜਨਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?</p> <p><input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ</p>														
<p>2. ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸਥਿਤੀ(ਆਂ) ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਦਾ ਨਿਦਾਨ ਕੀ ਹੈ?</p> <p>ਕੀ ਇਹ ਨਿਦਾਨ ਵਸਤੁਪਰਕ ਮੈਡੀਕਲ ਸਬੂਤ (ਟੈਸਟਿੰਗ, ਲੈਬ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਆਦਿ) ਨਾਲ ਸਮਰਥਿਤ ਹੈ?</p> <p><input type="checkbox"/> ਹਾਂ। ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਮਰਥਿਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਲਗਾਓ।</p> <p><input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ। ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਸਵਾਲ 8 ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।</p>														
<p>3. ਕੀ ਉੱਤੇ ਦੱਸੀ ਗਈ(ਆਂ) ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ(ਆਂ) ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ, ਕੰਮ ਦੀ ਭਾਲ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਕੰਮ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹੋਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਨੂੰ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦੀ(ਆਂ) ਹੈ(ਹਨ)?</p> <p><input type="checkbox"/> ਹਾਂ। ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਦਾਹਰਨਾਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ</p> <p>ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗਤਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ:</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ਭਾਰੀ ਵਸਤੂਆਂ ਨੂੰ ਚੁੱਕਣਾ</td> <td><input type="checkbox"/> ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਧਿਆਨ ਲਗਾਉਣਾ,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਖੜ੍ਹੇ ਰਹਿਣਾ ਜਾਂ ਬੈਠਣਾ,</td> <td><input type="checkbox"/> ਵਾਰ-ਵਾਰ ਦੁਹਰਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ,</td> <td><input type="checkbox"/> ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨਾ,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ਝੁੱਕਣਾ</td> <td><input type="checkbox"/> ਰਸਾਇਣਾਂ, ਸਿੰਥੈਟਿਕ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਐਕਸਪੋਜ਼ਰ ਨੂੰ ਬਰਦਾਸ਼ਤ ਕਰਨਾ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ਉੱਤੇ ਵੱਲ ਪਹੁੰਚਣਾ</td> <td><input type="checkbox"/> ਸਮੁੱਚੇ ਜਾਂ ਫਾਇਨ ਮੋਟਰ ਹੁਨਰ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ਯਾਦ ਰੱਖਣਾ</td> <td></td> </tr> </table> <p>ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਾ ਕੀਤੀਆਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਖਾਸ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ:</p> <p>ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਭਾਰੀਦਾਰੀ ਸੀਮਾਵਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ਘੰਟਾ (ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ) <input type="checkbox"/> 1 - 10 ਘੰਟੇ <input type="checkbox"/> 11 - 20 ਘੰਟੇ <input type="checkbox"/> 21 - 30 ਘੰਟੇ <input type="checkbox"/> 31 - 40 ਘੰਟੇ।</p>			<input type="checkbox"/> ਭਾਰੀ ਵਸਤੂਆਂ ਨੂੰ ਚੁੱਕਣਾ	<input type="checkbox"/> ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਧਿਆਨ ਲਗਾਉਣਾ,	<input type="checkbox"/> ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਖੜ੍ਹੇ ਰਹਿਣਾ ਜਾਂ ਬੈਠਣਾ,	<input type="checkbox"/> ਵਾਰ-ਵਾਰ ਦੁਹਰਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ,	<input type="checkbox"/> ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ,	<input type="checkbox"/> ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨਾ,	<input type="checkbox"/> ਝੁੱਕਣਾ	<input type="checkbox"/> ਰਸਾਇਣਾਂ, ਸਿੰਥੈਟਿਕ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਐਕਸਪੋਜ਼ਰ ਨੂੰ ਬਰਦਾਸ਼ਤ ਕਰਨਾ	<input type="checkbox"/> ਉੱਤੇ ਵੱਲ ਪਹੁੰਚਣਾ	<input type="checkbox"/> ਸਮੁੱਚੇ ਜਾਂ ਫਾਇਨ ਮੋਟਰ ਹੁਨਰ	<input type="checkbox"/> ਯਾਦ ਰੱਖਣਾ	
<input type="checkbox"/> ਭਾਰੀ ਵਸਤੂਆਂ ਨੂੰ ਚੁੱਕਣਾ	<input type="checkbox"/> ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਧਿਆਨ ਲਗਾਉਣਾ,													
<input type="checkbox"/> ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਖੜ੍ਹੇ ਰਹਿਣਾ ਜਾਂ ਬੈਠਣਾ,	<input type="checkbox"/> ਵਾਰ-ਵਾਰ ਦੁਹਰਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ,													
<input type="checkbox"/> ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ,	<input type="checkbox"/> ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨਾ,													
<input type="checkbox"/> ਝੁੱਕਣਾ	<input type="checkbox"/> ਰਸਾਇਣਾਂ, ਸਿੰਥੈਟਿਕ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਐਕਸਪੋਜ਼ਰ ਨੂੰ ਬਰਦਾਸ਼ਤ ਕਰਨਾ													
<input type="checkbox"/> ਉੱਤੇ ਵੱਲ ਪਹੁੰਚਣਾ	<input type="checkbox"/> ਸਮੁੱਚੇ ਜਾਂ ਫਾਇਨ ਮੋਟਰ ਹੁਨਰ													
<input type="checkbox"/> ਯਾਦ ਰੱਖਣਾ														



4. ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਅਤੇ ਚੁੱਕ ਕੇ ਲਿਜਾਉਣ ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਸੀਮਾਵਾਂ ਹਨ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸੀਮਾਵਾਂ ਹਨ:
- ਗੰਭੀਰ ਤੌਰ ਤੇ ਸੀਮਿਤ: ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 2 ਪੌਂਡ ਚੁੱਕਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਜਾਂ ਖੜ੍ਹੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਤੁਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ।
 - ਬੈਠਣ ਵਾਲਾ ਕੰਮ: 10 ਪੌਂਡ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਅਤੇ ਅਕਸਰ* ਫਾਈਲਾਂ ਅਤੇ ਛੋਟੇ ਸਾਧਨਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਚੁੱਕ ਕੇ ਲਿਜਾਉਣ ਦੇ ਯੋਗ। ਬੈਠਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਬੈਠਣ, ਚਲਣ ਅਤੇ ਖੜ੍ਹੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
 - ਹਲਕਾ ਕੰਮ: ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ 20 ਪੌਂਡ ਅਤੇ ਅਕਸਰ* 10 ਪੌਂਡ ਤੱਕ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਚੁੱਕ ਕੇ ਲਿਜਾਉਣ ਦੇ ਯੋਗ। ਭਾਵੇਂ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ ਬਹੁਤ ਮਾਮੂਲੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਹਲਕੇ ਕੰਮ ਲਈ ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ 8 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ 6 ਘੰਟਿਆਂ ਤੱਕ ਚੱਲਣ ਜਾਂ ਖੜ੍ਹੇ ਹੋਣ, ਜਾਂ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ* ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਲੱਤ ਦੇ ਨਿਯੰਤਰਣ ਨਾਲ ਧੱਕਣ ਅਤੇ ਖਿੱਚਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮਾਂ ਬੈਠਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
 - ਦਰਮਿਆਨਾ ਕੰਮ: ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ 50 ਪੌਂਡ ਅਤੇ ਅਕਸਰ* 25 ਪੌਂਡ ਤੱਕ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਚੁੱਕ ਕੇ ਲਿਜਾਉਣ ਦੇ ਯੋਗ।
 - ਭਾਰੀ ਕੰਮ: ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ 100 ਪੌਂਡ ਅਤੇ ਅਕਸਰ* 50 ਪੌਂਡ ਤੱਕ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਚੁੱਕ ਕੇ ਲਿਜਾਉਣ ਦੇ ਯੋਗ।
- * ਵਿਅਕਤੀ 8 ਘੰਟੇ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਦੇ ਦਿਨ ਵਿੱਚ 2.5 ਤੋਂ 6 ਘੰਟੇ ਤੱਕ ਇਹ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਕਿ ਇਹ ਕੰਮ ਲਗਾਤਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਹੋਵੇ।

5. ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ(ਆਂ) ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਟੈਲੀਫੋਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ, ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ, ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣਾ, ਆਵਾਜਾਈ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ, ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸਥਾਨਾਂ ਨੂੰ ਲੱਭਣਾ) ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਲਈ ਵਕਾਲਤ ਕਰਨ ਦੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ?
 ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ:

6. ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਸਥਾਈ ਹੈ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ, ਕੰਮ ਦੀ ਭਾਲ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਖਲਾਈ ਦੇਣ ਦੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ?
 ਹਾਂ ਨਹੀਂ; ਜੇ ਸਥਿਤੀ ਸਥਾਈ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਸੰਭਾਵਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ, ਕੰਮ ਦੀ ਭਾਲ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਖਲਾਈ ਦੇਣ ਦੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸਥਾਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਹਫ਼ਤੇ ਜਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ ਦੱਸਣ ਲਈ ਕਰੋ:
_____ ਹਫ਼ਤੇ ਦੀ ਸੰਖਿਆ, ਜਾਂ
_____ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ।

7. a. ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਮਾਧਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਖਾਸ ਇਲਾਜ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਈ ਹੈ?
 ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ, ਮਿਆਦ, ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੀ ਬਾਰੰਬਾਰਤਾ ਸਮੇਤ ਇਲਾਜ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ।

- b. ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਲਗਾਤਾਰ ਜਾਰੀ ਇਲਾਜ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਕੌਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਉਸਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੇਗਾ?

8. ਕੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਖਾਸ ਮੁੱਦੇ ਹਨ ਜਿੰਨਾਂ ਲਈ ਹੋਰ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਜਾਂ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
 ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਸਮਾਧਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਜਾਂ ਤਸਦੀਕ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਕੀ ਕਿਸੇ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਰੈਫਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

9. ਜੇਕਰ ਜਿਸ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਹ ਉੱਤੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਕਲਾਇੰਟ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਦੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਦੇ ਕਾਰਨ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਦੇ ਕਾਰਨ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਬੱਚੇ ਦੀ / ਬਾਲਗ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਕਾਰਨ, ਉਚਿਤ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ:

- ਮਾਂ/ਪਿਉ / ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਘਰ ਦੇ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤੇ 0 - 10 ਘੰਟੇ ਹਿੱਸਾ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ।
- ਮਾਂ/ਪਿਉ / ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਘਰ ਦੇ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤੇ 11 - 20 ਘੰਟੇ ਹਿੱਸਾ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ।
- ਮਾਂ/ਪਿਉ / ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਘਰ ਦੇ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤੇ 21 - 30 ਘੰਟੇ ਹਿੱਸਾ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ।
- ਮਾਂ/ਪਿਉ / ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਘਰ ਦੇ ਬਾਹਰ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤੇ 30 ਘੰਟਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹਿੱਸਾ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ।
- ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਦੇਰ ਤੱਕ ਉਮੀਦ ਕਰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਮਾਂ/ਪਿਉ ਨੂੰ ਇਸ ਪੱਧਰ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ: _____ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ
 _____ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ

ਮੈਡੀਕਲ / ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ / ਹੋਰ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਅਕਤੀ

ਦਸਤਖ਼ਤ	ਮਿਤੀ	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ
--------	------	--------------

ਛਪਿਆ ਹੋਇਆ ਨਾਮ ਅਤੇ ਅਹੁਦਾ

ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
-----------------	-------	-----	----------

WA

ਸੂਚਨਾ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ

ਮੈਂ _____ Department of Social and Health Services (ਨੂੰ ਸਮਾਜਿਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ) ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਜੋ ਸਿਰਫ਼ WorkFirst (ਕੰਮ ਪਹਿਲਾਂ) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੀ ਮੇਰੀ ਸਮਰੱਥਾ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨ ਲਈ, ਬਿਮਾਰੀ/ਸੱਟ ਲਗਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਸਾਬਤ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਮੈਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਰਿਲੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ, ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ ਅਤੇ HIV/AIDS ਸਮੇਤ Sexually Transmitted Diseases (ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੰਚਾਰਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ, STD) ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸੰਬੰਧੀ ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। (Revised Code of Washington (Washington ਦਾ ਸੰਸ਼ੋਧਿਤ ਕੋਡ, RCW) 78.24.105)

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ	ਮਿਤੀ
-----------------	------

ਹਿਦਾਇਤਾਂ

DSHS WorkFirst (ਕੰਮ ਪਹਿਲਾਂ) ਕੇਸ ਮੈਨੇਜਰ / ਸਮਾਜਕ ਕਰਮੀ: ਇਸ ਫਾਰਮ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਇੱਕ Individual Responsibility Plan (ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਯੋਜਨਾ) ਵਿਕਸਿਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ, ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ, ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ, ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਕੰਮ ਕਰਨ, ਕੰਮ ਦੀ ਭਾਲ ਕਰਨ, ਸਿਖਲਾਈ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਪਹੁੰਚ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਹਾਜ਼ਰ ਹੋਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। **ਜੇ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੌਜੂਦ ਹਨ ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।** ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਬਿਨੈਕਾਰ / ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਉਚਿਤ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲ ਲਿਜਾਣ ਲਈ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਫੈਕਸ ਜਾਂ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਖੀਰਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਵਾਓ ਅਤੇ ਪ੍ਰੀਪੇਡ ਲਿਫਾਫਾ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

DSHS ਕਲਾਇੰਟ: ਇਸ ਫਾਰਮ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਮੁੱਦਿਆਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਅਤੇ Individual Responsibility Plan (ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਯੋਜਨਾ) ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਮੈਨੇਜਰ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਖਾਸ ਲੋੜਾਂ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੋਵੇ।

ਡਾਕਟਰ / ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ: ਬਾਲਗ ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਨੂੰ ਜਨਤਕ ਸਹਾਇਤਾ (TANF) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ, ਸਰਗਰਮੀ ਨਾਲ ਕੰਮ ਦੀ ਭਾਲ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ 40 ਘੰਟੇ ਤੱਕ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਖਲਾਈ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੁਝ ਕਲਾਇੰਟ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੇ ਕਾਰਨ ਇਸ ਲੋੜ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਲਾਇੰਟਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਕੰਮ ਦੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਤੋਂ ਅਸਥਾਈ ਮੁਲਤਵੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਪਰ ਕੁਝ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ, ਜਾਂ ਕੁਝ ਖਾਸ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਕੰਮ ਦੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਤੋਂ ਬਚਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਨੂੰ ਦਿਓ, ਇਸਨੂੰ ਸਾਡੇ ਰਾਜ ਵਿਆਪੀ ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ 1-888-338-7410 'ਤੇ ਭੇਜੋ, ਜਾਂ WorkFirst ਕੇਸ ਮੈਨੇਜਰ ਨੂੰ DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699 'ਤੇ ਭੇਜ ਦਿਓ। ਕੋਈ ਵੀ ਨੋਟਸ, ਚਿੱਠੀਆਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਜੋ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਤੁਹਾਡੇ ਰਿਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਹਨ, ਜੋ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀਆਂ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਭੇਜੋ।