

Запрос на предоставление документации о физическом заболевании и остаточной функциональной способности

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

Уважаемый медицинский работник или представитель лечебного учреждения!

Взрослые клиенты, получающие социальную помощь (TANF), обязаны работать, заниматься активным поиском работы или проходить курсы профессионального обучения продолжительностью до 40 часов в неделю. Некоторые клиенты могут быть неспособны выполнить это требование по причинам, связанным с состоянием здоровья. Этим клиентам может потребоваться временное освобождение от трудовой деятельности, либо ограничение часов участия в таковой деятельности, либо избегание определенных видов трудовой деятельности.

_____ (имя и фамилия клиента) сообщил(а) нам о том, что его (ее) физическое, психическое или эмоциональное либо физическое, психическое или эмоциональное расстройство члена семьи, за которым ухаживает указанное лицо, препятствуют или ограничивают его (ее) способность к работе, поиску работы или участию в подготовке к трудовой деятельности.

Опишите, пожалуйста, эти медицинские ограничения в прилагаемой форме. **Если какое-либо заболевание или расстройство длится более трех месяцев, предоставьте копии объективного медицинского освидетельствования (выписка из медицинской карты, лабораторные анализы, диагностическую визуализацию и результаты любого иного диагностического тестирования), чтобы подтвердить наличие такого расстройства или заболевания.** Счета в связи с любыми затратами, связанными с получением необходимой информации, выставлять Департаменту DSHS, а не клиенту.

Мы будем использовать эти сведения для определения уровня участия в данных мероприятиях (продолжительностью до 40 часов в неделю) и ограничений при разработке персонализированного плана мероприятий, основанного на медицинских потребностях клиента.

Пожалуйста, предоставьте требуемые сведения до _____ (крайний срок/дата). Если мы не получим от вас никакой медицинской информации, то мы можем обязать клиента осуществлять трудовую деятельность, поиск работы или профессиональное обучение на условиях полной рабочей недели, общей продолжительностью до 40 часов в неделю. Если клиент не будет отвечать установленным требованиям, то размер денежных пособий может быть сокращен или же выплата таких пособий может быть прекращена.

Если у вас есть вопросы или вам требуется дополнительное время для отправки информации, позвоните мне по тел.

_____ (номер телефона работника). Вы можете отправить этот заполненный документ и любую медицинскую документацию о заболевании/расстройстве на единый номер факса в нашем штате 1-888-338-7410 или по почте: DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Благодарю вас,

Имя и фамилия работника

Запрос на предоставление документации о физическом заболевании и остаточной функциональной способности

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА												
ФАМИЛИЯ И ИМЯ АТТЕСТУЕМОГО ПАЦИЕНТА (ЕСЛИ ОН НЕ ЯВЛЯЕТСЯ УКАЗАННЫМ ВЫШЕ КЛИЕНТОМ)														
ИМЯ И ФАМИЛИЯ СОТРУДНИКА WORKFIRST		НОМЕР ТЕЛЕФОНА												
АДРЕС ОТДЕЛА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (COMMUNITY SERVICES OFFICE, CSO)														
<p>Для содействия Департаменту в определении уровня ограничений на трудовую деятельность вышеназванного лица, предоставьте нам следующую информацию:</p> <p>1. Есть ли у данного лица конкретные проблемы (отметьте соответствующее поле) с <input type="checkbox"/> физическим или <input type="checkbox"/> психическим здоровьем, <input type="checkbox"/> эмоциональным состоянием либо <input type="checkbox"/> развитием, которые требуют особого внимания или адаптации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>2. Если да, то в чем состоят эти проблемы и каков диагноз?</p> <p>Подтверждены ли эти заключения объективными медицинскими исследованиями (тестирование, результаты лабораторных анализов и т.п.)? <input type="checkbox"/> Да. Если да, то приложите к этой форме подтверждающие документы. <input type="checkbox"/> Нет. Если нет, то ответьте на Вопрос 8.</p> <p>3. Являются ли указанные выше расстройства или заболевания фактором, который ограничивает способность данного лица эффективно работать, искать работу или проходить подготовку к работе? <input type="checkbox"/> Да. Если да, то поставьте отметку напротив соответствующего примера, приведенного в списке ниже. <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Список примеров ограничений, которые влияют на способность:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> поднимать тяжелые предметы</td> <td><input type="checkbox"/> концентрироваться продолжительное время,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> стоять или сидеть продолжительное время</td> <td><input type="checkbox"/> совершать повторяющиеся движения,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> следовать инструкциям</td> <td><input type="checkbox"/> взаимодействовать с людьми,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> наклоняться</td> <td><input type="checkbox"/> выдерживать контакт с химическими или синтетическими материалами</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> дотягиваться к чему-либо</td> <td><input type="checkbox"/> мелкая или крупная моторика</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> запоминание</td> <td></td> </tr> </table> <p>Опишите любые другие ограничения, не указанные в списке выше:</p> <p>Если да, то участие данного лица в соответствующих мероприятиях должно быть ограничено следующим числом часов в неделю: <input type="checkbox"/> 0 часов (не в состоянии участвовать) <input type="checkbox"/> 1—10 часов <input type="checkbox"/> 11—20 часов <input type="checkbox"/> 21—30 часов <input type="checkbox"/> 31—40 часов.</p>			<input type="checkbox"/> поднимать тяжелые предметы	<input type="checkbox"/> концентрироваться продолжительное время,	<input type="checkbox"/> стоять или сидеть продолжительное время	<input type="checkbox"/> совершать повторяющиеся движения,	<input type="checkbox"/> следовать инструкциям	<input type="checkbox"/> взаимодействовать с людьми,	<input type="checkbox"/> наклоняться	<input type="checkbox"/> выдерживать контакт с химическими или синтетическими материалами	<input type="checkbox"/> дотягиваться к чему-либо	<input type="checkbox"/> мелкая или крупная моторика	<input type="checkbox"/> запоминание	
<input type="checkbox"/> поднимать тяжелые предметы	<input type="checkbox"/> концентрироваться продолжительное время,													
<input type="checkbox"/> стоять или сидеть продолжительное время	<input type="checkbox"/> совершать повторяющиеся движения,													
<input type="checkbox"/> следовать инструкциям	<input type="checkbox"/> взаимодействовать с людьми,													
<input type="checkbox"/> наклоняться	<input type="checkbox"/> выдерживать контакт с химическими или синтетическими материалами													
<input type="checkbox"/> дотягиваться к чему-либо	<input type="checkbox"/> мелкая или крупная моторика													
<input type="checkbox"/> запоминание														

DOCUMENTATION REQUEST FOR MEDICAL CONDITION AND RESIDUAL FUNCTIONAL CAPACITY
 DSHS 10-353 RU (REV. 04/2020) Russian

Barcode label



10353

4. Ограничена ли способность данного лица поднимать и переносить предметы? Да Нет
Если да, то ограничения по подъему и переносу предметов для данного лица имеют следующий характер:
- Способность существенно ограничена: Данное лицо неспособно поднимать предметы весом от 2 фунтов и выше либо неспособно стоять и ходить.
 - Лицо способно выполнять сидячую или малоподвижную работу: Данное лицо способно поднимать предметы весом до 10 фунтов и многократно* поднимать и переносить такие предметы как папки и небольшие инструменты. Сидячая или малоподвижная работа может предусматривать сидение, ходьбу или стояние в течение коротких периодов времени.
 - Лицо способно выполнять легкую работу: Данное лицо способно поднимать предметы весом до 20 фунтов и многократно* поднимать и переносить предметы весом до 10 фунтов. Хотя вес поднимаемых предметов может быть незначительным, легкая работа может потребовать ходьбы или стояния общей продолжительностью до 6 из 8 часов в день либо сидения большую часть времени с периодическим* толканием или вытягиванием рычагов ручного или ножного управления.
 - Лицо способно выполнять работу умеренной тяжести: Данное лицо способно поднимать предметы весом до 50 фунтов и многократно* поднимать и переносить предметы весом до 25 фунтов.
 - Лицо способно выполнять тяжелую работу: Данное лицо способно поднимать предметы весом до 100 фунтов и многократно* поднимать и переносить предметы весом до 50 фунтов.
- * Данное лицо способно выполнять такие обязанности от 2,5 до 6 часов на протяжении 8-часового рабочего дня, если это потребуется, при этом исполнение таких обязанностей не должно быть непрерывным.

5. Влияют ли заболевания данного лица на его (ее) способность получать доступ к услугам (например, пользоваться телефоном, проходить лечение, записываться и вовремя приходить на собеседования, встречи и т.п., пользоваться транспортом и определять местонахождение пунктов получения услуг) или защищать свои права?
 Да Нет
- Если да, то опишите:

6. Носит ли состояние данного лица непреходящий характер, и способно ли оно ограничить его (ее) способности в связи с осуществлением трудовой деятельности, поиском работы и профессиональной подготовкой?
 Да Нет; Если состояние не является непреходящим, на какой период времени оно, по всей вероятности, ограничит способности лица в связи с осуществлением трудовой деятельности, поиском работы и профессиональной подготовкой? Укажите количество недель или месяцев в поле, предусмотренном ниже:
- _____ Количество недель, или
_____ Количество месяцев.

7. а. Выработали ли вы конкретный план лечения, направленный на преодоление проблем, связанных с заболеванием/расстройством этого лица?
 Да Нет
- Если да, то опишите план лечения.
- б. Кто будет реализовывать план лечения данного лица и контролировать его выполнение?

8. Есть ли конкретные проблемы, требующие дальнейшего осмотра и оценки? Да Нет

Если да, укажите тип осмотра и оценки, которые могут быть необходимы для определения заболеваний/расстройств и составления плана преодоления этих проблем. Укажите, требуется ли дополнительное направление к специалисту.

9. Если описываемый пациент не является указанным клиентом в связи с тем, что его состояние оказывает существенное влияние на возможность участия клиента в программе ввиду его потребности получения ухода на дому, укажите следующую информацию.

С учетом относительного состояния ребенка / взрослого лица, отметьте соответствующие поля:

- Родитель / лицо, осуществляющее уход, может участвовать в мероприятиях вне дома 0—10 часов в неделю.
- Родитель / лицо, осуществляющее уход, может участвовать в мероприятиях вне дома 11—20 часов в неделю.
- Родитель / лицо, осуществляющее уход, может участвовать в мероприятиях вне дома 21—30 часов в неделю.
- Родитель / лицо, осуществляющее уход, может участвовать в мероприятиях вне дома более 30 часов в неделю.
- Свяжитесь со мной, чтобы получить дополнительную информацию.

По вашему мнению, как долго родитель будет вынужден обеспечивать уход на подобном уровне: _____ Количество недель
_____ Количество месяцев

Поставщик медицинских услуг / Поставщик услуг в сфере охраны психического здоровья / Другой специалист

ПОДПИСЬ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
---------	------	----------------

ФАМИЛИЯ/ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ WA	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
----------------	-------	-------------------	-----------------

Разрешение на передачу информации

Я даю _____ разрешение на передачу Департаменту социального обеспечения и здравоохранения приведенной в данной форме информации, а также любой медицинской информации, подкрепляющей диагноз заболевания или травмы, которые препятствуют моей трудовой деятельности, исключительно в целях проведения оценки моей способности участвовать в программе WorkFirst. Я понимаю, что данное разрешение, в частности, распространяется на передачу информации о диагностическом тестировании и лечении психических заболеваний, алкогольной и наркотической зависимости, а также результатов анализов на заболевания, передаваемые половым путем (STD), включая ВИЧ/СПИД, при условии, что таковая информация включена в мои медицинские документы. (Свод пересмотренных законов штата Вашингтон, RCW 78.24.105)

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА	ДАТА
------------------	------

ИНСТРУКЦИИ

Куратор программы DSHS WorkFirst / Социальный работник: Данная форма предназначена для оказания вам содействия в выработке Плана личной ответственности (Individual Responsibility Plan) в условиях, когда заболевание или нетрудоспособность данного лица негативно сказываются на его (ее) способности к трудовой деятельности, поиску работы, посещению курсов профессиональной подготовки и (или) получению доступа к услугам. **При наличии иной документации использование данной формы НЕ является обязательным.** Вы можете передать данную форму заявителю / получателю услуг с указанием обратиться для ее заполнения к соответствующему поставщику профессиональных услуг либо направить ее по факсу или почте непосредственно поставщику таких услуг. Если вы решите отправить форму почтой, то попросите клиента поставить свою подпись на последней странице и предоставьте конверт с отпечатанной маркой.

Клиент DSHS: Данная форма предназначена для сбора информации от врача или из медицинского учреждения с целью помочь вашему куратору досье ознакомиться с вашими проблемами со здоровьем и выработать План личной ответственности (Individual Responsibility Plan), который оптимальным образом удовлетворит ваши специфические нужды и примет во внимание ваши специфические ограничения.

Врач / Поставщик медицинских услуг: Взрослые клиенты, получающие социальную помощь (TANF), обязаны работать, заниматься активным поиском работы или проходить курсы профессионального обучения продолжительностью до 40 часов в неделю. Некоторые клиенты могут быть неспособны выполнить это требование по причинам, связанным с состоянием здоровья. Этим клиентам может потребоваться временное освобождение от трудовой деятельности, либо ограничение часов участия в таковой деятельности, либо избегание определенных видов трудовой деятельности. Заполните, пожалуйста, эту форму и верните ее клиенту, передайте по факсу, используя единый для штата номер 1-888-338-7410, либо вышлите куратору досье программы WorkFirst по адресу: DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Направьте нам все имеющиеся у вас заметки, письма и иную документацию, касающиеся ограничений данного лица.