



Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (Kahilingang Dokumentasyon para sa Kondisyong Medikal at Natitirang Kakayahan sa Pagganap)

Minamahal na Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan:

Para makatanggap ng pampublikong tulong (TANF) ang mga kliyenteng nasa hustong gulang, kinakailangan nilang magtrabaho, aktibong maghanap ng trabaho, o sumailalim sa pagsasanay para makapagtrabaho nang hanggang 40 oras bawat linggo. Maaaring hindi magawa ng ilang kliyente ang kahilingang ito dahil sa mga isyung may kinalaman sa kalusugan. Maaaring kailanganin ng mga kliyenteng ito ang pansamantalang pagpapaliban mula sa isang aktibidad sa trabaho, maaaring makilahok ngunit sa limitadong bilang ng oras lamang, o kailangang iwasan ang ilang uri ng mga aktibidad sa trabaho.

Sinabi sa amin ni _____ (pangalan ng kliyente) na sila, o isang miyembro ng pamilya na inaalagaan nila, ay may kondisyong medikal, mental o emosyonal na pumipigil o humahadlang sa kanilang kakayahang magtrabaho, maghanap ng trabaho, o sumailalim sa pagsasanay upang makapagtrabaho.

Pakisagutan ang kalakip na form upang ilarawan ang mga limitasyong dulot ng kondisyong medikal. **Kung ang tagal ng kondisyon ay lalampas sa tatlong buwan, mangyaring magbigay ng mga kopya ng obhetibong ebidensyang medikal (mga tala sa chart, laboratoryo, imaging, at iba pang diagnostic test) upang mapatotohanan ang kondisyon.** Pakiusap na singilin ang DSHS, hindi ang kliyente, para sa anumang gastusin kaugnay ng pagbibigay ng impormasyong ito.

Gagamitin namin ang impormasyong ito upang matukoy ang antas ng kinakailangang partisipasyon (hanggang 40 oras bawat linggo) sa mga aktibidad na ito, at anumang limitasyong kailangang isaalang-alang sa pagbuo ng isang pasadyang plano ng aktibidad batay sa pangangailangang medikal ng kliyente.

Pakibigay ang kumpletong form at anumang karagdagang obhetibong ebidensyang medikal bago ang _____ (petsa ng deadline). Kung hindi kami makatanggap ng anumang medikal na impormasyon, maaari naming ipatupad ang buong partisipasyon hanggang 40 oras bawat linggo sa trabaho, paghahanap ng trabaho, o pagsasanay para sa trabaho gaya ng nabanggit sa itaas. Kung hindi matugunan ang mga kahilingan, maaaring mabawasan o matigil ang mga benepisyong cash.

Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ng karagdagang oras upang maipadala ang impormasyon, mangyaring tawagan ako sa _____ (numero ng manggagawa). Maaari ninyong ipadala ang kumpletong dokumento ito at anumang ebidensyang medikal sa aming pang-estadong fax number sa 1-888-338-7410 o ipadala ito sa koreo sa: DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Salamat,

Pangalan ng Manggagawa

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (Kahilingang Dokumentasyon para sa Kondisyong Medikal at Natitirang Kakayahan sa Pagganap)

PANGALAN NG KLIYENTE	PETSA NG KAPANGANAKAN	NUMERO NG PAGKAKAKILANLAN NG KLIYENTE												
PANGALAN NG PASYENTENG SINURI KUNG IBA SA KLIYENTENG NAKAPANGALAN SA ITAAS														
KAWANI NG WORKFIRST	NUMERO NG TELEPONO													
ADDRESS NG COMMUNITY SERVICES OFFICE (TANGGAPAN NG SERBISYONG PANGKOMUNIDAD, CSO)														
Upang matulungan ang departamento sa pagtukoy ng mga limitasyon ng nabanggit na indibidwal, mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon: 1. Mayroon ba ang taong ito ng partikular na isyu sa (lagyan ng tsek ang kahon) ☐ pisikal, ☐ mental, ☐ emosyonal, o ☐ pag-unlad na nangangailangan ng espesyal na akomodasyon o konsiderasyon? ☐ Oo ☐ Hindi 2. Kung oo, ano ang uri ng (mga) kondisyon at diagnosis? Sinusuportahan ba ito ng obhetibong ebidensyang medikal (pagsusuri, ulat sa laboratoryo, atbp.)? ☐ Oo. Kung oo, mangyaring ilakip ang mga sumusuportang ebidensya sa form na ito. ☐ Hindi. Kung hindi, mangyaring sagutin ito sa Tanong 8. 3. Ang (mga) kondisyong medikal na nakasaad sa itaas ba ay nakakaapekto sa kakayahan ng taong ito na magtrabaho, maghanap ng trabaho, o maghanda para sa trabaho? ☐ Oo. Kung oo, lagyan ng tsek ang alinmang naaangkop na halimbawa sa ibaba: ☐ Hindi Ang mga halimbawa ng limitasyon ay kinabibilangan ng kakayahang: <table border="0"><tr><td>☐ magbuhat ng mabibigat na bagay</td><td>☐ mag- concentrate nang matagal,</td></tr><tr><td>☐ tumayo o umupo nang matagal</td><td>☐ gumawa ng paulit-ulit na kilos,</td></tr><tr><td>☐ sumunod sa mga tagubilin</td><td>☐ makisalamuha sa ibang tao,</td></tr><tr><td>☐ yumuko sintetikong materyal</td><td>☐ tiisin ang pagkakahantad sa mga kemikal o</td></tr><tr><td>☐ abutin ang mga bagay sa itaas</td><td>☐ malalaki o maliliit na galaw ng katawan</td></tr><tr><td>☐ kakayahang magtanda</td><td></td></tr></table> Mangyaring ilarawan ang iba pang tiyak na limitasyong hindi nakalista sa itaas: Kung oo, ang taong ito ay dapat lamang lumahok sa mga sumusunod na oras kada linggo: ☐ 0 oras (hindi kayang lumahok) ☐ 1 – 10 oras ☐ 11 – 20 oras ☐ 21 – 30 oras ☐ 31 – 40 oras.			☐ magbuhat ng mabibigat na bagay	☐ mag- concentrate nang matagal,	☐ tumayo o umupo nang matagal	☐ gumawa ng paulit-ulit na kilos,	☐ sumunod sa mga tagubilin	☐ makisalamuha sa ibang tao,	☐ yumuko sintetikong materyal	☐ tiisin ang pagkakahantad sa mga kemikal o	☐ abutin ang mga bagay sa itaas	☐ malalaki o maliliit na galaw ng katawan	☐ kakayahang magtanda	
☐ magbuhat ng mabibigat na bagay	☐ mag- concentrate nang matagal,													
☐ tumayo o umupo nang matagal	☐ gumawa ng paulit-ulit na kilos,													
☐ sumunod sa mga tagubilin	☐ makisalamuha sa ibang tao,													
☐ yumuko sintetikong materyal	☐ tiisin ang pagkakahantad sa mga kemikal o													
☐ abutin ang mga bagay sa itaas	☐ malalaki o maliliit na galaw ng katawan													
☐ kakayahang magtanda														



4. Mayroon ba ang taong ito ng anumang limitasyon sa pagbubuhat at pagbitbit? ☐ Oo ☐ Hindi
Kung oo, ang taong ito ay may mga sumusunod na limitasyon:
- ☐ Matinding limitasyon: Hindi kayang magbuhat ng kahit 2 pounds o hindi kayang tumayo o maglakad.
 - ☐ Gawaing laging nakaupo: Kayang magbuhat ng hanggang 10 pounds at madalas* magbuhat o magdala ng mga bagay gaya ng mga file o maliit na kagamitan. Ang trabahong laging nakaupo ay maaaring mangailangan ng pag-upo, paglalakad, at pagtayo sa maiikling panahon.
 - ☐ Magaang gawain: Kayang magbuhat ng hanggang 20 pounds at madalas* magbuhat o magdala ng hanggang 10 pounds. Kahit maliit ang timbang na binubuhat, maaaring kailanganin ng magaang gawain ang paglalakad o pagtayo ng hanggang 6 na oras sa loob ng 8 oras kada araw, o kadalasang nakaupo na may paminsan-minsang* pagtulak at paghila gamit ang braso o paa.
 - ☐ Katamtamang gawain: Kayang magbuhat ng hanggang 50 pounds at madalas* magbuhat o magdala ng hanggang 25 pounds.
 - ☐ Mabigat na gawain: Kayang magbuhat ng hanggang 100 pounds at madalas* magbuhat o magdala ng hanggang 50 pounds.

* Kaya ng tao na gawin ang aktibidad ng 2.5 hanggang 6 na oras sa loob ng 8 oras ng maghapon, at hindi kinakailangang tuloy-tuloy ang aktibidad.

5. Ang (mga) kondisyon ba ng taong ito ay nakakaapekto sa kanyang kakayahang maka-access ng mga serbisyo (tulad ng paggamit ng telepono, pagtanggap ng paggamot, paggawa at pagsunod sa mga appointment, paggamit ng transportasyon, o paghahanap ng lokasyon ng mga serbisyo) o sa pagtataguyod sa sarili?

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ilarawan:

6. Ang kondisyon ba ng taong ito ay permanente at malamang na makaapekto sa kanyang kakayahang magtrabaho, maghanap ng trabaho, o magsanay para makapagtrabaho?

☐ Oo ☐ Hindi; kung hindi permanente ang kondisyon, gaano katagal malamang na maaapektuhan ng kondisyon ang kanyang kakayahang magtrabaho, maghanap ng trabaho, o magsanay. Mangyaring gamitin ang espasyo sa ibaba upang tukuyin ang bilang ng linggo o buwan:

_____ Bilang ng linggo, o

_____ Bilang ng mga buwan.

7. a. Mayroon bang partikular na plano ng paggamot na ginawa upang tugunan ang kondisyon ng kalusugan ng taong ito?

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ilarawan ang plano ng paggamot kabilang ang uri ng mga serbisyong ibinibigay, tagal, at dalas ng mga appointment para sa paggamot:

- b. Sino ang magbibigay at susubaybay sa kasalukuyang plano ng paggamot ng taong ito?

8. Mayroon bang mga partikular na isyung nangangailangan ng karagdagang pagsusuri o pagtatasa? ☐ Oo ☐ Hindi
- Kung oo, mangyaring tukuyin kung anong uri ng pagtatasa o pagsusuri ang maaaring kailanganin upang matukoy ang mga kondisyong medikal at ang planong tugunan ito. Mangyaring ipahiwatig kung kinakailangan ng karagdagang referral sa isang espesyalista.

9. Kung ang pasyenteng sinusuri ay iba sa kliyenteng nakasaad sa itaas dahil ang kondisyon ng pasyente ay may epekto sa kakayahan ng kliyente na lumahok, dahil kailangang alagaan ang taong ito sa kanilang tahanan, pakisagutan ang sumusunod.

Batay sa kondisyon ng bata / kamag-anak na nasa hustong gulang, lagyan ng tsek ang angkop na kahon:

- ☐ Ang magulang / tagapag-alaga ay maaaring lumahok sa labas ng tahanan ng 0 – 10 oras bawat linggo.
- ☐ Ang magulang / tagapag-alaga ay maaaring lumahok sa labas ng tahanan ng 11 – 20 oras bawat linggo.
- ☐ Ang magulang / tagapag-alaga ay maaaring lumahok sa labas ng tahanan ng 21 – 30 oras bawat linggo.
- ☐ Ang magulang / tagapag-alaga ay maaaring lumahok sa labas ng tahanan ng higit sa 30 oras bawat linggo.
- ☐ Mangyaring makipag-ugnayan sa akin para sa karagdagang impormasyon.

Gaano katagal inaasahang kakailanganin ng magulang na magbigay ng ganitong antas ng pag-aalaga:

_____ Bilang ng linggo

_____ Bilang ng mga buwan

Medikal / Provider ng Pangangalaga sa Kalusugan ng Isip / Iba pang Propesyonal

PIRMA

PETSA

NUMERO NG TELEPONO

PANGALAN AT TITULO NA NAKASULAT NANG MALINAW

ADDRESS SA KOREO

LUNGSOD

ESTADO ZIP CODE

WA

Pahintulot sa Paglalabas ng Impormasyon

Pinahihintulutan ko si _____ na ilabas sa Department of Social and Health Services (Kagawaran ng mga Serbisyong Panlipunan at Pangkalusugan) ang impormasyong nasa form na ito at anumang medikal na tala na nagpapatunay sa sakit/kapansanan na pumipigil sa akin sa pagtatrabaho, para lamang suriin ang aking kakayahang lumahok sa Programa ng WorkFirst. Nauunawaan ko na ang pahintulot na ito ay partikular na sumasaklaw sa impormasyon tungkol sa pagsusuring medikal o paggamot ukol sa mental health, paggamit ng alak o droga, at mga resulta ng Sexually Transmitted Diseases (Sakit na Naililipat sa Pagtatalik, STD), kabilang ang HIV/AIDS, kung bahagi ang mga ito ng talaan. (Revised Code of Washington [Nirebisang Kodigo ng Washington, RCW] 78.24.105)

LAGDA NG PASYENTE

PETSA

MGA TAGUBILIN

Case Manager / Social Worker ng ng DSHS WorkFirst: Layunin ng form na ito na tulungan ka sa paggawa ng Individual Responsibility Plan (Plano ng Indibidwal na Responsibilidad) kapag ang kondisyon sa kalusugan o kapansanan ng isang tao ay may epekto sa kanyang kakayahang magtrabaho, maghanap ng trabaho, dumalo sa pagsasanay, at/o maka-access ng mga serbisyo. HINDI mandatoryo ang **paggamit ng form na ito kung may ibang dokumentasyon na magagamit**. Maaari mong ibigay ang form na ito sa aplikante / tumatanggap upang ipasagot sa nararapat na propesyonal na provider ng serbisyo, o direkta mong ipadala sa provider sa pamamagitan ng fax o koreo. Kung pipiliin mong ipadala ito sa pamamagitan ng koreo, kunin ang lagda ng kliyente sa huling pahina, at isama ang isang sobre na may bayad na selyo.

Customer ng DSHS: Layunin ng form na ito na mangalap ng impormasyon mula sa medikal na provider upang matulungan ang iyong Case Manager sa pagsusuri ng iyong mga isyung pangkalusugan at sa paggawa ng Individual Responsibility Plan (Plano ng Indibidwal na Responsibilidad) na angkop sa iyong mga partikular na pangangailangan at limitasyon.

Doktor / Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan: Para makatanggap ng pampublikong tulong (TANF) ang mga kliyenteng nasa hustong gulang, kinakailangan nilang magtrabaho, aktibong maghanap ng trabaho, o sumailalim sa pagsasanay para makapagtrabaho nang hanggang 40 oras bawat linggo. Maaaring hindi magawa ng ilang kliyente ang kahilingang ito dahil sa mga isyung may kinalaman sa kalusugan. Maaaring kailanganin ng mga kliyenteng ito ang pansamantalang pagpapaliban mula sa isang aktibidad sa trabaho, maaaring makilahok ngunit sa limitadong bilang ng oras lamang, o kailangang iwasan ang ilang uri ng mga aktibidad sa trabaho. Mangyaring kumpletuhin ang form na ito at ibigay ito sa kliyente, o ipadala sa aming pang-estadong fax number na 1-888-338-7410, o sa Case Manager ng WorkFirst sa DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Ipadala rin sa amin ang anumang tala, liham, o iba pang dokumentasyong mayroon ka na sa iyong mga rekord na may kinalaman sa mga limitasyon ng pasyente.