

## የአካል ጉዳት ሪፖርት

### Disability Report

የህክምና የአካል ጉዳት ውሳኔ

DSHS 14-144A

የአካል ጉዳት ሪፖርት ቅጽ፣ DSHS 14-144A፣ የህክምና አካል ጉዳት ለመለየት ስለ ደንበኞች አካል ጉዳት፣ የህክምና ማስረጃና በአካል ጉዳት መለያ ክፍል (DDDS) ጥቅም ላይ የዋለውን ታሪክ በተመለከተ መረጃ ይሰጠዎታል።

ማህበራዊ አገልግሎት ባለሙያ (SSS) ወይ የፋይናንስ አገልግሎት ባለሙያ (FSS) DSHS 14-144A ይጀምራል። SSS ወይ FSS የማህበረሰብ አገልግሎት ጽህፈት ቤት (CSO) እንዲሁም የስልክ ቁጥሮች በቅጹ ላይ መጻፍን ማረጋገጥ አለባቸው። የአካል ጉዳት ውሳኔ እንዲሰጣቸው የጠየቁት ለናንግራንት የህክምና ድጋፍ (NGMA) ወይ የጤና እንክብካቤ አካል ጉዳት ላላቸው ሰራተኞች (HWD) መሆኑን ለማመልከት ትክክለኛው ሳጥን ላይ ምልክት ያድርጉ። የተሞላውን ቅጽ በአካል ጉዳት ውሳኔ ፓኬት ላይ ያካቱ።

1. SSS ወይ FSS ስም፣ ማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN)፣ እንዲሁም ደምበኛው ያጋጠመው የአካል ጉዳት ዓይነት ለማመልከት ከላይ ያለውን መግቢያ የሚሞሉት ይሆናል።
2. SSS ወይ FSS ደምበኞች ክፍል 1 - መረጃ ስለ ሁኔታ መሙላት ላይ ድጋፍ ሊያደርጉ ይችላሉ። ቀን ትክክለኛው ላይ ገለፅ ይችላል። ነገር ግን ወርና ዓመት መገለፅ አለበት።
3. SSS ወይ FSS ደምበኞች ክፍል 2 - የህክምና መረጃ መሙላት ላይ ድጋፍ ሊያደርጉ ይችላሉ። የህክምናና ሐኪም ምንጭ ሙሉ በሙሉ ማወቅ በጣም አስፈላጊ ነው።
4. SSS ወይ FSS ደምበኞች ክፍል 3 - ስለ እንቅስቃሴዎ መረጃ ያሉትን መሙላት ላይ ድጋፍ ሊያደርጉ ይችላሉ። የደንበኛው ተግዳሮት በግልፅ እንዲታወቅ ለማድረግ SSS ወይ FSS መረጃውን መገምገም አለበት።
5. SSS ወይ FSS ደምበኞች ክፍል 4 - ስለ ትምህርት መረጃ መሙላት ላይ ድጋፍ ሊያደርጉ ይችላሉ። በትምህርት ቤት የሚሰጠው ትምህርት ልዩ የትምህርት ክፍል ከሆነ መገለፅ አለበት።
6. SSS ወይ FSS ደምበኞች ክፍል 5 - ስለ ሰራተኛ መረጃ መሙላት ላይ ድጋፍ ሊያደርጉ ይችላሉ። የግል አስሪዎች መዘርዘር የለባቸውም፣ የሚሰሩት የንግድ ዓይነት ብቻ።
7. SSS ወይ FSS ደምበኞች ዓይነት 1 ክፍል 6 - ማስታወሻ መሙላት ላይ ድጋፍ ሊያደርጉ ይችላሉ። ይዘት 2 እስከ 6 በ SSS ወይ FSS የሚሞሉ ናቸው።

**የአካል ጉዳት ሪፖርት**  
**Disability Report**  
 የህክምና የአካል ጉዳት ውሳኔ

ጥያቄው ለ:

እርዳታ ያልሆነ የህክምና ድጋፍ (NGMA)  
 የአካል ጉዳተኛ ሠራተኞች የጤና ክብካቤ (HWD)

ይህ ቅጽ የካሳ ክፍያ የይግባኛል ጥያቄ አቅራቢ ወይም ተወካዩ ቀለ መጠየቅ በሚደረግለት ወቅት በ DSHS የመህበረሰብ ወይም የፋይናንስ ስራተኛ የተሞላ ነው። የአባከትን ጥያቄዎን በማድረግ፣ በመተየብ ወይም በግልጽ በመጻፍ እስከሚችሉት ድርስ ሁሉም ጥያቄዎች ይመልሱ። **የሁሉንም ጥያቄዎች ይመልሱ። የጥያቄዎችን በመሉ መመለስ የይግባኛል ጥያቄዎን እንድናከናውን ያግዘናል።** በቅጹ ላይ ለተጠቀሱት ጥያቄዎችን ለመመለስ ተጨማሪ ቦታ የሚያስፈልገት ከሆነ ወደ ክፍል 6 ይሄዱ ወይም ተጨማሪ ለሉክ አባሪ ያድርጉ።

1. የይግባኛል ጥያቄ አቅራቢ ስም	2. የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር	3. ስልክ ቁጥር (እና የአካባቢዉ መለያ)
4. የሶስተኛ ወገን ግንኙነት ስም	ስልክ ቁጥር (እና የአካባቢዉ መለያ)	
አድራሻ		
5. የአካል ጉዳት ምንድነው? ከስራ የሚያግደው ጉዳት ወይም ህመም በሚመለከት በአጭሩ ያብራሩ።		

**ክፍል 1. ስለ እርስዎ ሁኔታ መረጃ**

1. ስለ ያሉበትን ሁኔታ ለመጀመሪያ ጊዜ ያሳስቡት ቀን መቼ ነበር? \_\_\_\_\_  
ወር, ቀን, ዓመት

2ሀ. ከዚህ በላይ በተቁፀረ ከተገለጸው ቀን በኋላ ይሰራሉ መልስዎ **አይደለም** ከሆነ ከዚህ በታች ወደሁለት 3ሀ እና 3ለ ይለፍ። አዎ አይደለም

2ለ. **2ሀ መልስዎ አዎ ከሆነ ጉዳትዎ በስራዎ ላይ ለውጥ እንዲያደርጉ አድርገዋልን?**

ስራዎ ወይም የስራ ግዴታዎ?  አዎ  አይደለም

በሚሰሩ ሰዓታት?  አዎ  አይደለም

በስራ ገበታዎ ተገኝነትዎ?  አዎ  አይደለም

የስራዎ ሌሎች ማናቸውም ሁኔታዎች?  አዎ  አይደለም

2ሐ. **በ2ለ ለቀረቡት ጥያቄዎች ለማናቸውም አዎ ከመለሱ በስራ ሁኔታዎች ያደረጋቸው ለውጦች፣ ለውጡን ያደርጉባቸው ቀናት እንዴት የአካል ጉዳትዎ መስል ለውጥ ለመድረግ እንደሰገደዱት ያብራሩ።**

3ሀ. የአካል ጉዳትዎ በመጨረሻ ስራዎን እንድያቆሙ ያስገደዱት መቼ ነበር? \_\_\_\_\_  
ወር, ቀን, ዓመት

3ለ. የአካል ጉዳትዎ አሁንም ወደ ስራ እንደይመለሱ ያረገውን ሁኔታ ያብራሩ።

**ክፍል 2. ስለህክምና ማህደርዎ መረጃ**

1. ስላሉበት የአካል ጉዳት ሁኔታ በቅርብ ወይም ለመጨረሻ ጊዜ የህክምና ምርምራ መረጃ ያስፈረ ደክተር በሚመለከት የሚከተለውን መረጃ ያሞሉ።	<input type="checkbox"/> ስለ አካል ጉዳትዎ በሚመለከት ለመመርመር ደክተር ፊት ቀርበው የማያውቁ ከሆነ እዚህ ያረጋግጡ።
የደክተሩ ስም/ክሊኒክ	ስልክ ቁጥር (እና የአካባቢዉ መለያ)
አድራሻ	ለመጀመሪያ ጊዜ ይህን ደክተር ያዩበት ቀን
የተመረመሩበት ወይም ህክምና የተሰጠበትን ህመም ወይም ጉዳት	ለመጨረሻ ጊዜ ይህን ደክተር ያዩበት ቀን

የህክምናው ዓይነት ወይም የወሰዱት መድሀኒቶች እይነት(ቀዶ ህክምና ኮሞቴራሮ፣ ራዲዮሽን እና ለህመሙ ወይም ጉዳቱ የወሰድዎቸው መድሀኒቶች የሚያውቁቸው ከሆነ) ምንም እይነት ህክምና ካልተደረገሎት ወይም መድሀኒት ካልተሰጠት ምንም የሚለውን ይጻፉ።

2. ይህ የእርስዎ የአካል ጉዳት ሁኔታ እንደጀመረዎ ማንኛውም ሌላ ደክተር ተመልክቶታል?  አዎ  አይ

**አዎ ከሆነ፣ የሚከተለውን ይመልሱ:**

የደክተሩ ስም/ክሊኒክ	ስልክ ቁጥር (እና የአካባቢው መለያ)
አድራሻ	ለመጀመሪያ ጊዜ ይህን ደክተር ያዩበት ቀን
የተመረመሩበት ወይም ህክምና የተሰጠበትን ህመም ወይም ጉዳት	ለመጨረሻ ጊዜ ይህን ደክተር ያዩበት ቀን
የህክምናው ዓይነት ወይም የወሰዱት መድሃኒቶች አይነት(ቀዶ ህክምና ኮሞቴራፒ፣ ራዲዮሽን እና ለሀመሙ ወይም ጉዳቱ የወሰዱት መድሃኒቶች የሚያውቁት ከሆነ) ምንም እይነት ህክምና ካልተደረገሎት ወይም መድሃኒት ካልተሰጠት ምንም የሚለውን ይጻፉ።	

**ከጉዳቶቹ ወይ ህመም በኋላ ተጨማሪ ህኪሞች ተመርምረው ከነበረ ከላይ የተጠቀሱትን መረጃዎችን በማካተት ተጨማሪ ገፅ ያያይዙ።**

3. ስላሉበት የአካል ጉዳት ሁኔታ በሆስፒታል ህክምና አድርገው ያውቃሉ?  አዎ  አይ

**አዎ ከሆነ፣ የሚከተሉትን ይመልሱ፡**

የሆስፒታሉ ስም	ስልክ ቁጥር (እና የአካባቢው መለያ)
አድራሻ	

ለመጀመሪያ ጊዜ ወደ እዚህ ስፍራ የሄዱበት ቀን?

የተመረመሩበት ወይም ህክምና የተሰጠበትን ህመም ወይም ጉዳት
---------------------------------------

የህክምናው ዓይነት ወይም የወሰዱት መድሃኒቶች አይነት(ቀዶ ህክምና ኮሞቴራፒ፣ ራዲዮሽን እና ለሀመሙ ወይም ጉዳቱ የወሰዱት መድሃኒቶች የሚያውቁት ከሆነ) ምንም እይነት ህክምና ካልተደረገሎት ወይም መድሃኒት ካልተሰጠት ምንም የሚለውን ይጻፉ።

የተመረመሩበት ወይም ህክምና የተሰጠበትን ህመም ወይም ጉዳት
---------------------------------------

4. ስለህመምዎ ወይም ጉዳትዎ በሚመለከት ለመመርመር ሌላ ሆስፒታል ከሄዱ የሚከተሉትን ይመልሱ፡

የሆስፒታሉ ስም	ስልክ ቁጥር (እና የአካባቢው መለያ)
አድራሻ	

ለመጀመሪያ ጊዜ ወደ እዚህ ስፍራ የሄዱበት ቀን?

የተመረመሩበት ወይም ህክምና የተሰጠበትን ህመም ወይም ጉዳት
---------------------------------------

የህክምናው ዓይነት ወይም የወሰዱት መድሃኒቶች አይነት(ቀዶ ህክምና ኮሞቴራፒ፣ ራዲዮሽን እና ለሀመሙ ወይም ጉዳቱ የወሰዱት መድሃኒቶች የሚያውቁት ከሆነ) ምንም እይነት ህክምና ካልተደረገሎት ወይም መድሃኒት ካልተሰጠት ምንም የሚለውን ይጻፉ።

የተመረመሩበት ወይም ህክምና የተሰጠበትን ህመም ወይም ጉዳት
---------------------------------------

**በህመም ወይ በጉዳት ምክንያት ሌላ ሆስፒታል ሄደው ከነበረ፤ ስም፣ ቀንና ምክንያቱን በዝርዝር ከፍል 6 ላይና በተጨማሪ ገጾችን ያያይዙ።**

5. ባለፈው ዓመት የሚከተሉትን ምርመራዎች አድረገው ያውቃሉ? መልስዎ "አዎ" ከሆነ ከዚህ በታች ወደ አለው ሳጥን ተገቢውን መልስ ምልክት በማድረግ፤ ምርመራው መቼ እና የት እንደ ተደረገ ይገለፁ።

ምርመራ	አዎ	አይደለም	የተደረገበት ቦታ	የተደረገበት ጊዜ
ኢሌክትሮካሪዲኦሎጂ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
የደረት ኢክስ-ሬይ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ሌላ ኢክስ-ሬይ(ዓይነቱን ይጥቀሱ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
የአተነፋፊ ምርመራዎች	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

የደም ምርመራዎች	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ሌላ (ይጥቀሱ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**ክፍል 3. የመድሃኒቶች ዝርዝር**

የመድሃኒቱ ስም	ያዘው (የሃኪሙ ስም)	የመድሃኒቱ ምክንያት

**ተጨማሪ መድሃኒቶች ከተጠቀሙ፣ በተጨማሪ ገፅ ከላይ የሰጡትን መረጃ አባሪ ያድርጉ።**

**ክፍል 4. ስለ እርስዎ የትምህርት መረጃ**

1. እርስዎ ያጠናቀቁት ከፍተኛ የትምህርት ደረጃ ምንድን ነው? \_\_\_\_\_ ስንተኛ ዓመት ላይ? \_\_\_\_\_
2. የንግድ ወይም ቴክኒክና ሙያ ት/ቤት ወይም የልዩ ሙያ ስልጠና ሄደው ነበር?  አዎ  አይ  
**አዎ ከሆነ፣ የሚከተለውን ይመልሱ:**

የንግድ ወይም ቴክኒክና ሙያ ት/ቤት ወይም ማሰልጠኛው ዓይነት	እርስዎ የተከታተሉበት አማካኝ የስልጠናው ጊዜ
--	------------------------------

የዚህ ትምህርት ወይም ስልጠና ለሚሰሩት ማናቸውም ስራ እንዴት ይጠቀሙበታል

**ደምበኛው ትምህርት የሚማሩ ከሆነ እባክዎትን የሚከተለውን ያቅርቡ።**

የትምህርት ቤት ስም፣ አድራሻ፣ እንዲሁም ስልክ ቁጥር

የአስተማሪ ስም

**ክፍል 5. እርስዎ ስለመሰሩት ስራ መረጃ**

በተለምዶ ከሚሰሩት ስራ ጀምረው ላለፉት 15 ዓመታት እስከ ስራ ያቆሙበት በፊት ድረስ የነበሩዎትን ሁሉንም ስራዎችን ይግለፁ። ለረዥም ጊዜ የሰሩትን የስራ ዓይነት ማለት ነው። ስራ መስራት ከጀመሩ በኋላ የነበርዎትን ስራ በተለይም የእርስዎ የትምህርት ደረጃ ርቀት ወይም ከዚያ በታች እና ለ35 ዓመታት ወይም ከዚያ በላይ ከባድ የጉልበት ስራ ብቻ የሰሩ ከሆነ ሁሉንም በዝርዝር ያስቀምጡ። ተጨማሪ ቦታ የሚፈልጉ ከሆነ፣ ሌላ ወረቀት ወይም ክፍል 6 ይጠቀሙ።

የሰራው ስያሜ	የንግዱ አይደለው ዓይነት	ከ	ለ	በዓመት ለሰንት ቀን	የመከፈያ መለኪያው (በሰዓት፣ በቀን፣ በዓመት፣ በወር፣ ወይስ በዓመት)

2ሀ. ከላይ በዘረዘሩት የእርስዎ የተለመዱ ስራዎችን ሰርተዋል፡

	ሰርጭሉ	አልሰራሁም
ማንኛውንም ዓይነት ማሽን የእጅ መሣሪያ ወይም መሣሪያ ተጠቅመዋል? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
የሚሰሩት በእውቀት ነው ወይስ በልምድ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ማንኛውም ተፅፊው የተጠናቀቀ ሪፖርቶችን ነው ወይስ ተመሳሳይ ስራዎችን ማጠናቀቅን የሚሰሩት? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
የተቆጣጣሪነት ኃላፊነት ነበረብዎ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2ለ. ለሁሉም አዎ መልሶችዎ ሙሉ ገለጻ ይስጡባቸው፡ የማሽኑ ዓይነት፣ የእጅ መሣሪያ ወይም መሣሪያ እርስዎ የሚጠቀሙበት እና ትክክለኛው የሰራ ትግበታን፣ የሚጠቀሙበትን የቴክኒክ እውቀቱዎን እና ልምድዎን ማንኛውም የሪፖርቱ ፀባይ፣ ማቆጣጠሮቸው የሰረተኞች ብዛት እና የቁጥጥር መጠን ይግለጹ፡፡

2ሐ. ታች በተጠቀሱትን ከዓይነት እና መጠን የሰወነትዎ እንቅስቃሴ በእርስዎ ተለመደ የዕለት ተዕለት የቀን ሰራ ጊዜዎን የሚገልፀውን በጣም የተሻለ መልስ ምልክት ያርጉ፡፡

በቀን ለስንት ስዓት በአግርዎ:

ይጓዛሉ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
ይቆማሉ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
ይቀመጣሉ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

በአማካኝ በቀን ለስንት ጊዜ:

ይጠማዘዛሉ?	<input type="checkbox"/> በፍፁም	<input type="checkbox"/> ተከታታይ ያልሆነ	<input type="checkbox"/> አልፎ አልፎ	<input type="checkbox"/> በተከታታይ
በእጅ የሚደረስ ነው?	<input type="checkbox"/> በፍፁም	<input type="checkbox"/> ተከታታይ ያልሆነ	<input type="checkbox"/> አልፎ አልፎ	<input type="checkbox"/> በተከታታይ

ማንሳትና መሸከም፡ ምን ታነሳ እንደነበር እና ምን ያህል እርቀት ተሸከም እንደነበር ግለፅ፡

በጣም ከባድ የሚባለው ከብደት ያነሳህው ስንት ፓዎንድ ነበር?  10 ፓዎንድ  20 ፓዎንድ  50 ፓዎንድ  100 ፓዎንድ  100 ፓዎንድ በላይ፡፡

አልፎ አልፎ ታነሳ እና ተሸከመው የነበረው ከብደት ስንት ነበር?  
 እስከ 10 ፓዎንድ  እስከ 25 ፓዎንድ  እስከ 50 ፓዎንድ  እስከ 100 ፓዎንድ

**ክፍል 6. ማስታወሻ**

1. ይህን ክፍል ቅድም ለተጠየቁት ለማንኛውም ጥያቄዎች ለተጨማሪ የመልስ ቦታነት ይጠቀሙ፡፡ በተጨማሪም ይህን ቦታ እርስዎ ለጉዳትዎ ካሳ ውሳኔ ለማድረግ የሚረዳ ማንኛውም ተጨማሪ መረጃ መጠቀም ይችላሉ(ለምሳሌ ስለ ሌላ ህመም መረጃ ወይም ከዚህ በፊት ያልተጠቀሱ ጉዳዮችዎ)፡፡

**በቃለ-መጠየቅ አድራጊው የሚሞላ**

2. ጥያቄ አቅራቢው ኢንግሊዝኛ ይናገራል?  አዎ  አይናገሩም አይናገሩም ከሆነ ምን ዓይነት ቋንቋ መናገር ይችላሉ:

3. ጥያቄ አቅራቢው/ዋ ጥያቄውን ሂደት ለማስጀመር ድጋፍ ይሻሉ?  አዎ  አይ

**ምላሽዎ አዎ ከሆነ፣ በገፅ 1 ላይ የሚገኘውን የሰስተኛ ወገን አድራሻ ይሙሉ፡፡**

4. አቅራቢውን ቃለ መጠየቅ በሚያደርጉበት ጊዜ ከታች ከሚገኙት ውስጥ ችግሮች ከተመለከቱ ምልክት ያድርጉ፡፡

<input type="checkbox"/> ንባብ	<input type="checkbox"/> ሳይንስ፣	<input type="checkbox"/> ጥያቄ መመለስ	<input type="checkbox"/> መስማት
<input type="checkbox"/> መቀመጥ	<input type="checkbox"/> መረዳት	<input type="checkbox"/> እጆችን መጠቀም	<input type="checkbox"/> መተንፈስ
<input type="checkbox"/> ማየት	<input type="checkbox"/> የእግር እንቅስቃሴ	<input type="checkbox"/> ሌላ (ይጥቀሱ):	
<input type="checkbox"/> ታይቷል			

ከላይ በተጠቀሰው ማንኛውም ላይ ምልክት ካደረጉ፣ ያለውን ትክክለኛ ችግር ግለፅ፡

5. ማንኛውም በሂደት ላይ ያለ /አሁንም ABD ምዘናዎች?  አዎ  አይ

አካላዊ; ቀን: \_\_\_\_\_

የስነ አእምሮ ጤና; ቀን: \_\_\_\_\_

6. ጥያቄ አቅራቢውን ሙሉ በሙሉ ይግለጹ(ለምሳሌ: አጠቃላይ ቁመና፣ ቁመት፣ ከብደት፣ ባህሪ፣ ከላይ ከተጠቀሰው ላይ የሚጨመር ማንኛውም ችግር):

ቃለ መጠይቅ ያካሂደው ፊርማ	ቀን	ቃለ መጠይቅ የሚያካሂደው ስም (በእጅ ፅሁፍ ወይ በፕሮንት)
ቃለ መጠይቅ የሚያካሂደው ስልክ ቁጥር (የአካባቢ ኮድ ጨምሮ)		የማኅበረሰብ አገልግሎቶች ቢሮ