

Disability Report (تقرير الإعاقة)
Medical Disability Decision (قرار الإعاقة الطبية)
DSHS 14-144A

تجمع استمارة Disability Report (تقرير الإعاقة)، DSHS 14-144A، المعلومات حول إعاقة العميل، والدليل الطبي، وتاريخ العمل لاستخدامها بواسطة Division of Disability Determination Services (قسم خدمات تحديد الإعاقة، DDDS) لتحديد الإعاقات الطبية.

ويبدأ Social Service Specialist (أخصائي الخدمات الاجتماعية، SSS) أو Public Benefits Specialist (أخصائي المزايا العامة، PBS) استمارة DSHS 14-144A. وينبغي على SSS أو PBS التأكد أن Community Service Office (مكتب الخدمة الاجتماعية، CSO) ورقم الهاتف مدونان على الاستمارة. ضع علامة على الصندوق المناسب للإشارة إلى أن قرار الإعاقة المطلوب مخصص لـ Non-Grant Medical Assistance (مساعدة طبية من غير منحة، NGMA) أو Healthcare for Workers with Disabilities (رعاية صحية للعاملين ذوي الإعاقة، HWD). أضف الاستمارة المكتملة إلى حزمة قرار الإعاقة.

1. يستكمل موظف SSS أو PBS العنوان لتحديد الاسم و Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي، SSN) وحالة إعاقة العميل.
2. قد يساعد موظف SSS أو PBS العميل في استكمال الجزء 1 - معلومات حول حالتك. ليس من الضروري أن تكون التواريخ مضبوطة لكن ينبغي أن توضح الشهر والسنة.
3. قد يساعد موظف SSS أو PBS العميل في استكمال الجزء 2 - معلومات حول سجلاتك الطبية. من المهم تحديد أطبائك ومصادر علاجك بأكبر قدر ممكن من الشمول.
4. قد يساعد موظف SSS أو PBS العميل في استكمال الجزء 3 - قائمة الأدوية. ينبغي على SSS أو PBS مراجعة المعلومات للتأكد من أن قائمة أدوية العميل مكتملة قدر الإمكان.
5. قد يساعد موظف SSS أو PBS العميل في استكمال الجزء 4 - معلومات حول تعليمك. ينبغي توضيح ما إذا كانت صفوف المدرسة صفوف تعليم خاص.
6. قد يساعد موظف SSS أو PBS العميل في استكمال الجزء 5 - معلومات حول العمل الذي قمت به. ليس من الضروري إدراج كل صاحب عمل على حدة، فقط نوع النشاط.
7. قد يساعد موظف SSS أو PBS العميل في استكمال الجزء 6 - ملاحظات. على موظف SSS أو PBS استكمال الأجزاء 2 حتى 6.

(تقرير الإعاقة) Disability Report
Medical Disability Decision (قرار الإعاقة الطبية)

طلب من أجل:

- Non-Grant Medical Assistance
(مساعدة طبية من غير منحة، NGMA)
Healthcare for Workers with
Disabilities (الرعاية الصحية للعاملين
ذوي الإعاقة، HWD)

يتم استكمال هذه الاستمارة بواسطة عامل خدمات اجتماعية أو عامل مالي تابع لـ DSHS أثناء مقابلة مع مقدم طلب أو مندوب مقدم الطلب. يرجى طباعة جميع العناصر أو كتابتها بالكمبيوتر أو كتابتها يدويًا والإجابة عليها كلها بقدر استطاعتك. **أجب على جميع الأسئلة.** تساعد الإجابات الكاملة في معالجة الطلب. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر للإجابة على أي من الأسئلة في الاستمارة، اذهب إلى الجزء 6 أو أرفق أوراقًا.

1. اسم مقدم الطلب / اسم الشهرة	2. Social Security Number (رقم التأمين الاجتماعي)	رقم الهاتف (ورمز المنطقة)
4. الطرف الثالث للتواصل	الاسم	رقم الهاتف (ورمز المنطقة)
العنوان		

5. ما هي الحالة المسببة للإعاقة؟ صف بإيجاز الإصابة أو المرض الذي يمنعك من العمل.

جزء 1. معلومات حول حالتك

1. في أي تاريخ بدأت حالتك تسبب لك الضيق؟
الشهر / اليوم / السنة

2A. هل عملت بعد التاريخ الموضح في العنصر رقم 1 أعلاه؟
إذا أجبت بـ لا، اذهب إلى 3A و 3B أدناه. نعم لا

2B. إذا أجبت بنعم على 2A، هل سببت لك حالتك تغييرًا في:
عملك أو مهام وظيفتك؟
ساعات عملك؟
حضورك؟
أي شيء آخر بخصوص عملك؟

2C. إذا أجبت بنعم على أي من العناصر في 2B وضح ماذا كانت التغييرات في بيئة عملك وتاريخ حدوثها وكيف تسببت حالتك في جعل تلك التغييرات ضرورية:

3A. متى بدأت حالتك تجعلك تتوقف أخيرًا عن العمل؟
الشهر / اليوم / السنة

3B. وضح كيف تمنعك حالتك الآن من العمل:

الجزء 2. معلومات حول سجلاتك الطبية

1. أدخل المعلومات التالية حول الطبيب الذي لديه آخر سجلات طبية حول حالتك المسببة للإعاقة:	<input type="checkbox"/> ضع علامة هنا إذا لم تقابل أي طبيب أبدًا بخصوص حالتك المسببة للإعاقة.
اسم الطبيب / العيادة	رقم الهاتف (ورمز المنطقة)
العنوان	تاريخ أول زيارة لهذا الطبيب

المرض أو الإصابة الذي أجريت فحصًا أو علاجًا من أجلهما	تاريخ <u>آخر</u> زيارة لهذا الطبيب
نوع العلاج أو الأدوية التي تلقيتها (بمعنى، جراحة وعلاج كيميائي وعلاج بالإشعاع والأدوية التي تأخذها من أجل مرضك أو إصابتك، إذا كانت معروفة. إن لم يكن هناك علاج أو دواء، اكتب <u>لا يوجد</u> .	
2. هل قابلت أي أطباء آخرين منذ بدأت حالتك المسببة للإعاقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عما يلي:	
اسم الطبيب / العيادة	رقم الهاتف (ورمز المنطقة)
العنوان	تاريخ <u>أول</u> زيارة لهذا الطبيب
المرض أو الإصابة الذي أجريت فحصًا أو علاجًا من أجلهما	تاريخ <u>آخر</u> زيارة لهذا الطبيب
نوع العلاج أو الأدوية التي تلقيتها (بمعنى، جراحة وعلاج كيميائي وعلاج بالإشعاع والأدوية التي تأخذها من أجل مرضك أو إصابتك، إذا كانت معروفة. إن لم يكن هناك علاج أو دواء، اكتب <u>لا يوجد</u> .	
إذا قابلت أطباء آخرين منذ حدوث هذا المرض أو هذه الإصابة، أضف صفحات إضافية مع المعلومات المذكورة أعلاه.	
3. هل تم علاجك في مستشفى من قبل بسبب حالتك المسببة للإعاقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عما يلي:	
اسم المستشفى	رقم الهاتف (ورمز المنطقة)
العنوان	
ما تواريخ آخر زيارات لك؟	
المرض أو الإصابة الذي أجريت فحصًا أو علاجًا من أجلهما	
نوع العلاج أو الأدوية التي تلقيتها (بمعنى، جراحة وعلاج كيميائي وعلاج بالإشعاع والأدوية التي تأخذها من أجل مرضك أو إصابتك، إذا كانت معروفة. إن لم يكن هناك علاج أو دواء، اكتب <u>لا يوجد</u> .	
4. إذا ذهبت من قبل إلى مستشفيات أخرى من أجل مرضك أو إصابتك، أجب عما يلي:	
اسم المستشفى	رقم الهاتف (ورمز المنطقة)
العنوان	
ما تواريخ آخر زيارات لك؟	
المرض أو الإصابة الذي أجريت فحصًا أو علاجًا من أجلهما	

نوع العلاج أو الأدوية التي تلقيتها (بمعنى، جراحة وعلاج كيميائي وعلاج بالإشعاع والأدوية التي تأخذها من أجل مرضك أو إصابتك، إذا كانت معروفة. إن لم يكن هناك علاج أو دواء، اكتب **لا يوجد**.

إذا سبق أن ذهبت إلى مستشفيات أخرى أو عيادات من أجل مرضك أو إصابتك، أدرج أسماءها و
التواريخ والأسباب في جزء 6 أو أرفق صفحات إضافية.

5. هل خضعت لأي من الاختبارات التالية في السنة الماضية؟ ضع علامة حول الصندوق المناسب أدناه، وإذا أجبت بـ"نعم"، أجب عن مكان إجراء الاختبار وتوقيته.

الاختبار	نعم	لا	أين تم إجراؤه	متى تم إجراؤه
رسم القلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
أشعة سينية على الصدر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
أنواع أشعة سينية أخرى (حدد النوع):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
اختبارات تنفس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
اختبارات دم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
أخرى (حددها):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

جزء 3. قائمة الأدوية

اسم الدواء	وُصِف بواسطة (اسم الطبيب)	سبب وصف الدواء

إذا كنت تستخدم أدوية أكثر، أرفق صفحات إضافية مع المعلومات الواردة أعلاه.

جزء 4. معلومات حول تعليمك

1. ما أعلى سنة دراسية أكملتها؟ _____ أي سنة؟ _____
2. هل حضرت مدرسة تجارية أو وظيفية أو تلقيت أي نوع من التدريب الخاص؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، أجب عما يلي:

نوع المدرسة التجارية أو الوظيفية أو التدريب
التواريخ التقريبية لحضورها

هل تم استخدام هذه الدراسة أو هذا التدريب في أي عمل اشتغلته؟

إذا كان العميل يحضر المدرسة، يُرجى تقديم المعلومات التالية.

اسم المدرسة وعنوانها ورقم الهاتف

اسم المدرس

جزء 5. معلومات حول العمل الذي قمت به

أدرج جميع الوظائف التي اشتغلت فيها في آخر خمس سنوات قبل توقفك عن العمل، بداية من وظيفتك المعتادة. هذا يعني نوع العمل الذي اشتغلته لأطول مدة. إذا كنت قد استكملت التعليم حتى الصف الـ6 أول أقل ولم تعمل سوى في وظائف شاقة غير ماهرة لمدة 35 عامًا أو أكثر، أدرج جميع الوظائف التي اشتغلت فيها منذ بداية عملك. إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، أرفق صفحات إضافية أو استخدم الجزء 6.

المسمى الوظيفي	نوع النشاط	من	إلى	الأيام كل أسبوع	نسبة الأجر (في الساعة أو اليوم أو الأسبوع أو السنة)

2A. في وظيفتك المعتادة المدرجة أعلاه، هل قمت بـ:

لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

استخدام المكينات أو الأدوات أو المعدات من أي نوع؟

استخدام معرفة أو مهارات تقنية؟

أي نوع من الكتابة أو استكمال التقارير أو أداء مهام مشابهة؟

تولي مسؤوليات إشرافية:

2B. فسّر جميع الإجابات بنعم عبر تقديم وصف كامل لـ: أنواع المكينات أو الأدوات أو المعدات التي استخدمتها والعمليات المحددة التي قمت بها؛ المعرفة أو المهارات الفنية المستخدمة؛ نوع الكتابة الذي قمت به وطبيعة أي تقارير؛ وعدد الأشخاص الذين أشرفت عليهم ونطاق إشرافك.

2C. صِف نوع النشاط الجسدي ومقداره الذي كان في وظيفتك المعتادة خلال يوم معتاد عبر التحقق من الإجابات المدرجة أدناه.

المشي؟	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 <input type="checkbox"/>
الوقوف؟	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 <input type="checkbox"/>
الجلوس؟	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 <input type="checkbox"/>
الانحناء؟	مطلقاً <input type="checkbox"/>	أحياناً <input type="checkbox"/>	بصورة متكررة <input type="checkbox"/>	باستمرار <input type="checkbox"/>					
الامتداد؟	مطلقاً <input type="checkbox"/>	أحياناً <input type="checkbox"/>	بصورة متكررة <input type="checkbox"/>	باستمرار <input type="checkbox"/>					

الحمل والرفع: صِف ما كان يتم رفعه ومسافة حمله:

ما أثقل وزن حملته؟

10 أرطال <input type="checkbox"/>	20 رطلاً <input type="checkbox"/>	50 رطلاً <input type="checkbox"/>	100 رطل <input type="checkbox"/>	أكثر من 100 رطل <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--

ما الوزن الذي رفعته أو حملته بصورة متكررة؟

حتى 10 أرطال <input type="checkbox"/>	حتى 25 رطلاً <input type="checkbox"/>	حتى 50 رطلاً <input type="checkbox"/>	حتى 100 رطل <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

جزء 6. الملاحظات

1. استخدم هذا القسم ليكون مساحة إضافية للإجابة على أي أسئلة سابقة. واستخدم هذه المساحة أيضًا لإعطاء أي معلومات إضافية ترى أنها قد تكون مفيدة في اتخاذ قرار بشأن طلب الإعاقة الخاص بك (مثل معلومات حول أمراض أخرى أو إصابات غير مدرجة في السابق).

To be Completed by Interviewer (يتم استكماله بواسطة القائم بالمقابلة)

2. هل يتحدث مقدم الطلب هذا الإنجليزية؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بلا، ما اللغات الذي يتحدثها/تحدثها:

3. هل يحتاج مقدم الطلب إلى مساعدة في معالجة طلبه أو طلبها؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، استكمل الطرف الثالث للاتصال في صفحة 1.

4. ضع علامة حول أي من الصعوبات الواردة أدناه، إن وُجدت، مما تم ملاحظته أثناء مقابلة مقدم الطلب.

القراءة الكتابة إجابة الأسئلة الاستماع
 الجلوس الفهم استخدام اليدين التنفس
 الرؤية السير غير ذلك (حدده):

لم يتم ملاحظة أي صعوبات

إذا تم وضع علامة حول أي من العناصر، صف الصعوبة المحددة القائمة:

5. أي تقييمات ABD معلقة / حالية؟ نعم لا

جسدية؛ التاريخ: _____

صحة ذهنية؛ التاريخ: _____

6. صف مقدم الطلب وصفًا كاملاً (على سبيل المثال، البنية الكلية، الطول، الوزن، السلوك، أي صعوبات تضيف أو تكمل تلك الواردة أعلاه):

اسم القائم بالمقابلة (مكتوبًا بالكمبيوتر أو مطبوعًا)

التاريخ

توقيع القائم بالمقابلة

Community Services Office
(مكتب الخدمات المجتمعية)

رقم هاتف القائم بالمقابلة (ورمز المنطقة)