Disability Report（残障报告）

Medical Disability Decision（残障医学决策）

DSHS 14-144A

残障报告表格 DSHS 14-144A 旨在收集关于客户残障程度、医学证据和工作经历的信息，供 Division of Disability Determination Services（伤残鉴定服务中心，DDDS）确定其医学伤残情况。

Social Service Specialist（社会服务专家，SSS）或 Public Benefits Specialist（公共福利专家，PBS）将发起填写 DSHS 14-144A。SSS 或 PBS 应确保在表格上注明 Community Service Office（社区服务办公室，CSO）及相应的电话号码。勾选相应的方框，注明申请的残障决策类别是 Non-Grant Medical Assistance（非补助医疗援助，NGMA）或 Healthcare for Workers with Disabilities（伤残职工医疗保健，HWD）。请将填写完毕的表格添加到残障决策包。

1. SSS 或 PBS 工作人员填写标题，注明客户的姓名、Social Security Number（社会安全号码，SSN）以及致残疾病。

2. SSS 或 PBS 工作人员应协助客户填写第 1 部分 - 健康状况信息。
   应该体现年份和月份，但无需精确的日期。

3. SSS 或 PBS 工作人员应协助客户填写第 2 部分 - 医疗记录信息。
   请务必尽量完整地确认接诊医生和治疗原始资料。

4. SSS 或 PBS 工作人员应协助客户填写第 3 部分 - 药物清单。
   SSS 或 PBS 应审核信息，确保客户的药物清单尽可能完整。

5. SSS 或 PBS 工作人员应协助客户填写第 4 部分 - 教育信息。
   应该注明学校班级是否为特殊教育班级。

6. SSS 或 PBS 工作人员应协助客户填写第 5 部分 - 工作经历信息。
   不应列出个体雇员，仅列出企业类型。

7. SSS 或 PBS 工作人员应协助客户填写第 6 部分 - 备注中的第 1 项。第 2 项至第 6 项均由 SSS 或 PBS 工作人员填写。

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Disability Report（残障报告）

Medical Disability Decision（残障医学决策）

申请类别是：

☐ Non-Grant Medical Assistance（非补助医疗援助，NGMA）

☐ Healthcare for Workers with Disabilities（伤残职工医疗保健，HWD）

由 DSHS 社会服务人员或财务人员在与索赔人本人或其代表面谈时填写本表格。
请印刷、打字或清晰手写，并尽己所能回答所有问题。回答所有问题。完整的答案有助于处理索赔。如需更多空间来回答表格中的问题，请转至第 6 部分或附上工作表。

1. 索赔人的姓名/别名	2. 社会安全号码	电话号码（和区号）
4. 第三方联系人	姓名	电话号码（和区号）
	地址	

5. 您的致残疾病是什么？简要说明导致您无法工作的损伤或疾病。

第 1 部分. 健康状况信息

1. 您首次受到疾病状况的困扰是什么时候？ _____
月/日/年

	是	否
2A. 在上述第 1 项所示的日期之后，您是否仍然工作过？ 如果回答**“否”**，则请转到下面的 3A 和 3B 问题。	☐	☐
2B. **如果 2A 问题的答案为“是”，**疾病状况是否导致了您调整： 自己的工作或工作职责？	☐	☐
自己的工作时数？	☐	☐
自己的考勤？	☐	☐
自己工作中的其他事项？	☐	☐

2C. **如果 2B 问题项的答案为“是”，**阐述工作环境发生了哪些变化、发生变化的日期，以及您的疾病状况为什么需要这些调整：

3A. 疾病状况导致您什么时候最终停止工作？ _____
月/日/年

3B. 阐述目前的疾病状况如何使您无法继续工作：

第 2 部分. 医疗记录信息

1. 请输入掌握了您致残疾病最新医疗记录的医生的以下信息：

☐ **如果您从未因致残疾病看过医生，请勾选此处。**

医生姓名/诊所	电话号码（和区号）
地址	**第一次**看医生的日期
您因患病或受伤而接受检查或治疗	**最后一次**看医生的日期
接受过的治疗或服用的药物类型，即手术、化疗、放疗，以及为治疗疾病或受伤而服用的药物（如果已知）。如果没有接受治疗或服用药物，请写**"无"**。	
2. 自从出现致残疾病以来，您是否看过其他医生？ ☐ 是 ☐ 否 **如果"是"，请回答以下问题：**	
医生姓名/诊所	电话号码（和区号）
地址	**第一次**看医生的日期
您因患病或受伤而接受检查或治疗	**最后一次**看医生的日期
接受过的治疗或服用的药物类型，即手术、化疗、放疗，以及为治疗疾病或受伤而服用的药物（如果已知）。如果没有接受治疗或服用药物，请写**"无"**。	
如果您在患病或受伤后还去看过其他医生，请随附包含上述信息的附加页。	
3. 您是否因致残疾病而去医院接受过治疗？ ☐ 是 ☐ 否 **如果"是"，请回答以下问题：**	
医院名称	电话号码（和区号）
地址	
您看医生的具体日期是什么时候？	
您因患病或受伤而接受检查或治疗	
接受过的治疗或服用的药物类型，即手术、化疗、放疗，以及为治疗疾病或受伤而服用的药物（如果已知）。如果没有接受治疗或服用药物，请写**"无"**。	
4. 如果您因患病或受伤曾去过其他医院，请回答以下问题：	
医院名称	电话号码（和区号）

地址
您看医生的具体日期是什么时候？
您因患病或受伤而接受检查或治疗
接受过的治疗或服用的药物类型，即手术、化疗、放疗，以及为治疗疾病或受伤而服用的药物（如果已知）。如果没有接受治疗或服用药物，请写**“无”**。

如果您曾因疾病或受伤去过其他医院或诊所，请在第 6 部分列出相应的名称、日期和原因，或随附附加页。

5. 在过去的一年里，您是否接受过以下任何一项检测？请勾选下面相应的方框，如果回答“是”，则请说明检测的地点和时间。

检测	是	否	地点	时间
心电图	☐	☐		
X 光胸透	☐	☐		
其他 X 光片（请说明类型）：	☐	☐		
呼吸检测	☐	☐		
血液检测	☐	☐		
其他（请具体说明）：	☐	☐		

第 3 部分．药物清单

药物名称	开药者（医生姓名）	服药原因

如果您使用了更多药物，请随附包含上述信息的附加页。

第 4 部分．教育信息

1. **您完成的个人最高学历是什么？** _____ 哪一年？ _____
2. 您是否上过中专或职业学校，或者接受过任何类型的特殊培训？ ☐ 是 ☐ 否
   如果“是”，请回答以下问题：

中专或职业学校或培训	参加的大致日期

您在工作中如何运用所学知识或接受过的培训？

如果客户正在上学，请提供以下信息。
学校名称、地址和电话号码
教师姓名

第 5 部分. 工作经历信息

从常规工作开始，列出您停止工作前的五年内从事过的所有工作。常规工作是指您从事时间最长的工作。如果您受教育程度不超过小学 6 年级，并且只从事过 35 年以上繁重的非技术劳动，
请列出您开始工作以来从事过的所有工作。如需更多空间，请随附附加页，或使用第 6 部分。

职位	企业类型	起	止	每周工作天数	工资率（每小时、每天、每周、每月，或每年）

2A. 在列举的上述常规工作中，您是否：

	是	否
使用任何类型的机器、工具或设备？	☐	☐
使用技术知识或技能？	☐	☐
进行写作、完成报告，或履行类似的职责？	☐	☐
承担主管职责：	☐	☐

2B. 通过完整描述以下内容来解释所有“是”的肯定回答：您使用的机器、工具或设备类型以及您执行的具体操作；所涉及的技术知识或技能；您写作的类型，以及报告的性质；以及您主管的人员数量和主管的职权范围。

2C. 勾选下面最贴切的答案，描述您平时的日常工作涉及的体力活动种类和数量。

您每天进行几个小时的：

步行？	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
站立？	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
蹲坐？	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8

您每天进行以下活动的频率是多少：

弯腰？ ☐从不 ☐偶尔 ☐经常 ☐时时

伸展四肢？ ☐从不 ☐偶尔 ☐经常 ☐时时

提举和搬运：描述提举的东西以及搬运的距离：

您提举的最大重量是多少？

☐ 10 磅　☐ 20 磅　☐ 50 磅　☐ 100 磅　☐ 超过 100 磅

您经常提举或搬运的重量是多少？

☐ 不超过 10 磅。☐ 不超过 25 磅。☐ 不超过 50 磅。☐ 不超过 100 磅。

第 6 部分. 备注

1. 使用这个部分作为额外空间，补充回答之前的问题。此外，请在此处分享您认为有助于做出残障索赔决策的其他信息（例如，关于之前未列出的其他疾病或损伤信息）。

由面谈者填写

2. 索赔人是否会讲英语？ ☐ 是　☐ 否　如果“否”，他/她说哪一种语言：

3. 索赔人是否需要协助处理其索赔？ ☐ 是　☐ 否
   如果“是”，请填写第 1 页上的第三方联系人。

4. 请勾选在与索赔人面谈时，发现其存在以下哪些困难（如有）。

   ☐ 阅读　☐ 写作　☐ 回答问题　☐ 听力
   ☐ 坐立　☐ 理解　☐ 使用双手　☐ 呼吸
   ☐ 视力　☐ 步行　☐ 其他（请具体说明）：

   ☐ **没有观察到**

   如果勾选了以上任何一项，请描述所涉及的具体困难：

5. 是否有任何待定/当前的 ABD 评估？ ☐ 是　☐ 否

   ☐ 身体；日期：_____

   ☐ 心理健康；日期：_____

6. 详细描述索赔人基本信息（例如，总体体型、身高、体重、行为、增加或补充除上述困难之外的其他困难）：

面谈者的签名	日期	面谈者姓名（打字或印刷）
面谈者的电话号码（和区号）		Community Services Office（社区服务办公室）