

# Rapport d'incapacité

## Disability Report

Décision d'incapacité médicale  
DSHS 14-144A

Le formulaire de Rapport d'incapacité, DSHS 14-144A, collecte des informations concernant l'incapacité d'un client, les preuves médicales et l'historique de travail afin de permettre à la Division de la détermination de l'incapacité (Division of Disability Determination, DDDS) de prendre une décision concernant l'incapacité médicale.

Le Spécialiste des services sociaux (Social Service Specialist, SSS) ou le Spécialiste des services financiers (Financial Service Specialist, FSS) demande le formulaire DSHS 14-144A. Le SSS ou FSS doit s'assurer que l'emplacement et le numéro de téléphone du Bureau des services communautaires (Community Service Office, CSO) sont indiqués sur le formulaire. Cochez la case adéquate pour indiquer si la décision concernant l'incapacité est demandée pour une assistance médicale non subventionnée (Non-Grant Medical Assistance, NGMA) ou une assurance pour les travailleurs handicapés (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD). Ajoutez le formulaire rempli au dossier de décision concernant l'incapacité.

1. Le SSS ou FSS remplit l'en-tête et indique le nom, le numéro de sécurité sociale (SSN) et le problème incapacitant du client.
2. Le SSS ou FSS peut aider le client à remplir la Partie 1 – Informations concernant votre problème. Les dates ne doivent pas être exactes, mais elles doivent correspondre au mois et à l'année.
3. Le SSS ou FSS peut aider le client à remplir la Partie 2 – Informations concernant vos dossiers médicaux. Il est important d'identifier les médecins et les sources de traitement de manière aussi complète que possible.
4. Le SSS ou FSS peut aider le client à remplir la Partie 3 – Informations concernant vos activités. Le SSS ou FSS doit examiner les informations pour s'assurer que les contraintes du client sont clairement identifiées.
5. Le SSS ou FSS peut aider le client à remplir la Partie 4 – Informations concernant votre niveau d'éducation. Il faut indiquer si les cours scolaires étaient de cours de l'enseignement spécialisé.
6. Le SSS ou FSS peut aider le client à remplir la Partie 5 – Informations concernant votre travail. Il n'est pas nécessaire d'indiquer les employeurs individuels, mais uniquement le type d'activité.
7. Le SSS ou FSS peut aider le client à remplir l'Élément 1 de la Partie 6 – Remarques. Les Éléments 2 à 6 doivent être remplis par le SSS ou FSS.

## Rapport d'incapacité Disability Report

Décision d'incapacité médicale

LA DEMANDE CONCERNE :

- Assistance médicale non subventionnée (NGMA)
- Assurance pour travailleurs handicapés (HWD)

Ce formulaire doit être rempli par un agent des services sociaux ou financiers du DSHS durant un entretien avec le demandeur ou un représentant du demandeur. **Veillez imprimer, taper ou écrire lisiblement et répondre au mieux à tous les éléments. Répondez à toutes les questions. Les réponses complètes facilitent le traitement de la demande. Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre à toute question du formulaire, passez à la Partie 6 ou joignez des feuilles.**

1. NOM/ALIAS DU DEMANDEUR	2. NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	3. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (AVEC INDICATIF)
4. COORDONNÉES DU TIERS NOM		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (AVEC INDICATIF)
ADRESSE		
5. QUEL EST VOTRE PROBLÈME INCAPACITANT ? DÉCRIVEZ BRIÈVEMENT LA BLESSURE OU LA MALADIE QUI VOUS EMPÊCHE DE TRAVAILLER.		

### Partie 1. Informations concernant votre problème

1. Quand votre problème vous a-t-il gêné(e) pour la première fois ? \_\_\_\_\_  
MOIS, JOUR, ANNÉE
- 2A. Avez-vous travaillé après la date indiquée à la question 1 ci-dessus ? OUI    NON  
Si vous avez répondu **NON**, passez aux questions 3A et 3B ci-dessous.
- 2B. **Si vous avez répondu OUI à la question 2A**, votre problème vous a-t-il poussé à modifier :
- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Votre poste ou vos fonctions ?.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vos heures de travail ?.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre assiduité ? .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tout autre aspect de votre travail ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 2C. **Si vous avez répondu OUI à tout élément de la question 2B**, expliquez la nature des modifications de votre situation de travail, les dates de modification, et en quoi votre problème a rendu ces modifications nécessaires :
- 3A. Quand votre problème a-t-il fini par vous forcer d'arrêter de travailler ? \_\_\_\_\_  
MOIS, JOUR, ANNÉE
- 3B. Expliquez comment votre problème vous empêche aujourd'hui de travailler :

### Partie 2. Informations concernant vos dossiers médicaux

1. Indiquez les informations suivantes au sujet du médecin qui détient vos derniers dossiers médicaux concernant votre problème incapacitant :	<input type="checkbox"/> <b>Cochez cette case si vous n'avez jamais Consulté un médecin pour votre problème incapacitant.</b>
NOM/CLINIQUE DU MÉDECIN	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (AVEC INDICATIF)
ADRESSE	DATE DE LA <u>PREMIÈRE</u> VISITE CHEZ CE MÉDECIN
MALADIE OU BLESSURE POUR LAQUELLE VOUS AVEZ ÉTÉ EXAMINÉ(E) OU TRAITÉ(E)	DATE DE LA <u>DERNIÈRE</u> VISITE CHEZ CE MÉDECIN
TYPE DE TRAITEMENT OU DE MÉDICAMENTS REÇUS (P. EX., OPÉRATION, CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE), ET LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ POUR VOTRE MALADIE OU BLESSURE, SI VOUS LE SAVEZ. SI VOUS NE SUIVEZ AUCUN TRAITEMENT ET NE PRENEZ PAS DE MÉDICAMENTS, INDIQUEZ <u>AUCUN</u> .	

2. Avez-vous consulté d'autres médecins depuis le développement de votre problème incapacitant ?  Oui  Non  
**Si oui, répondez aux questions suivantes :**

NOM/CLINIQUE DU MÉDECIN		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (AVEC INDICATIF)		
ADRESSE		DATE DE LA <u>PREMIÈRE</u> VISITE CHEZ CE MÉDECIN		
MALADIE OU BLESSURE POUR LAQUELLE VOUS AVEZ ÉTÉ EXAMINÉ(E) OU TRAITÉ(E)		DATE DE LA <u>DERNIÈRE</u> VISITE CHEZ CE MÉDECIN		
TYPE DE TRAITEMENT OU DE MÉDICAMENTS REÇUS (P. EX., OPÉRATION, CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE), ET LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ POUR VOTRE MALADIE OU BLESSURE, SI VOUS LE SAVEZ. SI VOUS NE SUIVEZ AUCUN TRAITEMENT ET NE PRENEZ PAS DE MÉDICAMENTS, INDIQUEZ <u>AUCUN</u> .				
<b>Si vous avez consulté d'autres médecins depuis le début de cette maladie ou blessure, joignez des pages supplémentaires avec les informations ci-dessus.</b>				
3. Avez-vous été traité(e) à l'hôpital pour votre problème incapacitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<b>Si oui, répondez aux questions suivantes :</b>				
NOM DE L'HÔPITAL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (AVEC INDICATIF)		
ADRESSE				
DATES DE VOS VISITES ?				
MALADIE OU BLESSURE POUR LAQUELLE VOUS AVEZ ÉTÉ EXAMINÉ(E) OU TRAITÉ(E)				
TYPE DE TRAITEMENT OU DE MÉDICAMENTS REÇUS (P. EX., OPÉRATION, CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE), ET LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ POUR VOTRE MALADIE OU BLESSURE, SI VOUS LE SAVEZ. SI VOUS NE SUIVEZ AUCUN TRAITEMENT ET NE PRENEZ PAS DE MÉDICAMENTS, INDIQUEZ <u>AUCUN</u> .				
4. Si vous vous êtes rendu(e) dans d'autres hôpitaux pour votre maladie ou blessure, répondez aux questions suivantes :				
NOM DE L'HÔPITAL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (AVEC INDICATIF)		
ADRESSE				
DATES DE VOS VISITES ?				
MALADIE OU BLESSURE POUR LAQUELLE VOUS AVEZ ÉTÉ EXAMINÉ(E) OU TRAITÉ(E)				
TYPE DE TRAITEMENT OU DE MÉDICAMENTS REÇUS (P. EX., OPÉRATION, CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE), ET LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ POUR VOTRE MALADIE OU BLESSURE, SI VOUS LE SAVEZ. SI VOUS NE SUIVEZ AUCUN TRAITEMENT ET NE PRENEZ PAS DE MÉDICAMENTS, INDIQUEZ <u>AUCUN</u> .				
<b>Si vous vous êtes rendu(e) dans d'autres hôpitaux ou cliniques pour votre maladie ou blessure, indiquez les noms, dates et raisons à la Partie 6 ou joignez des pages supplémentaires.</b>				
5. Avez-vous fait l'un des tests suivants au cours de l'année écoulée ? Cochez les cases pertinentes ci-dessous et, si vous répondez « OUI », indiquez où et quand le test a été effectué.				
TEST	OUI	NON	LIEU	DATE
Électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Radio du thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre radio (précisez le type) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tests respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Tests sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre (veuillez spécifier) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Partie 3. Liste de médicaments**

NOM DU MÉDICAMENT	PRESCRIT PAR (NOM DU MÉDECIN)	RAISON POUR LA PRISE DU MÉDICAMENT

**Si vous prenez davantage de médicaments, joignez des pages supplémentaires avec les informations ci-dessus.**

**Partie 4. Informations concernant votre niveau d'éducation**

1. **Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez terminé ? \_\_\_\_\_** Quelle année ? \_\_\_\_\_
2. Avez-vous suivi un enseignement technique ou professionnel, ou avez-vous tout type de formation spéciale ?  
 Oui  Non **Si oui, répondez aux questions suivantes :**

TYPE D'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE OU PROFESSIONNEL, OU DE FORMATION	DATES APPROXIMATIVES DE LA SCOLARITÉ
---	--------------------------------------

DANS QUELLE MESURE CETTE ÉDUCATION OU FORMATION ÉTAIT-ELLE UTILISÉE DANS TOUT EMPLOI QUE VOUS AVEZ EU

**Si le client va à l'école, veuillez indiquer les informations suivantes.**

NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ENSEIGNANT

**Partie 5. Informations concernant votre travail**

Indiquez tous les emplois que vous avez eus au cours des 15 dernières années avant d'arrêter de travailler, en commençant par votre travail habituel. Il s'agit du type de travail que vous avez effectué le plus longtemps. Si vous vous êtes arrêté(e) à la sixième année de scolarité ou avant, ET que vous n'avez effectué que du travail intense et non qualifié pendant 35 ans ou plus, indiquez tous les emplois que vous avez eu depuis que vous avez commencé à travailler. Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez des pages supplémentaires ou utilisez la Partie 6.

INTITULÉ DU POSTE	TYPE D'ACTIVITÉ	DE	À	JOURS PAR SEMAINE	TAUX DE RÉMUNÉRATION (PAR HEURE, JOUR, SEMAINE, MOIS OU ANNÉE)

- 2A. Dans votre travail habituel indiqué ci-dessus, est-ce que vous :
- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Utilisiez des machines, outils ou équipements de tout type ? .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilisiez des connaissances ou compétences techniques ? .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rédigiez du texte, remplissiez des rapports ou effectuiez des tâches similaires ? .... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aviez des responsabilités de supervision ? .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 2B. Expliquez toutes les réponses OUI en fournissant une description complète : des types de machines, outils ou équipements utilisés et des opérations exactes effectuées ; des connaissances ou compétences techniques impliquées ; du type de rédaction effectuée, et de la nature des rapports ; et du nombre de personnes sous votre autorité et de la portée de votre supervision.
- 2C. Décrivez le type et la quantité d'activité physique que votre travail habituel impliquait lors d'une journée ordinaire en cochant les meilleures réponses ci-dessous.
- Pendant combien d'heures étiez-vous :
- |                |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| En mouvement ? | <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 |
| Debout ?       | <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 |
| Assis(e) ?     | <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 |
- À quelle fréquence par jour deviez-vous :
- |   |                                 |                                  |                                  |                                      |
|---|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| Vous pencher ?                              | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Constamment |
| Vous étendre pour atteindre quelque chose ? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Constamment |
- Soulever et porter : décrivez les articles soulevés et la distance de transport :
- Quel était le poids de l'article le plus lourd à soulever ?  10 lbs.  20 lbs.  50 lbs.  100 lbs.  Plus de 100 lbs.
- Quel était le poids des articles que vous souleviez ou portiez souvent ?
- Jusqu'à 10 lbs.  Jusqu'à 25 lbs.  Jusqu'à 50 lbs.  Jusqu'à 100 lbs.

### Partie 6. Remarques

1. Utilisez cette section en tant qu'espace supplémentaire pour répondre à toute question antérieure. Utilisez aussi cet espace pour fournir des informations supplémentaires qui, selon vous, pourraient être utiles pour prendre une décision concernant votre demande d'incapacité (comme des informations concernant d'autres maladies ou blessures non indiquées ci-dessus).

### À faire remplir par l'interrogateur

2. Le demandeur parle-t-il/elle l'anglais ?  Oui  Non Si non, quelle langue parle-t-il/elle :
3. Le demandeur a-t-il/elle besoin d'aide pour traiter sa demande ?  Oui  Non  
**Si oui, veuillez remplir les coordonnées du tiers à la Page 1.**
4. Cochez les difficultés, le cas échéant, identifiées durant l'entretien avec le demandeur.
- |   |  |  |                                      |
|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lire                       | <input type="checkbox"/> Écrire        | <input type="checkbox"/> Répondre aux questions      | <input type="checkbox"/> Ouïe        |
| <input type="checkbox"/> Assis(e)                   | <input type="checkbox"/> Compréhension | <input type="checkbox"/> Utiliser ses mains          | <input type="checkbox"/> Respiration |
| <input type="checkbox"/> Voyant                     | <input type="checkbox"/> Mouvement     | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : |                                      |
| <input type="checkbox"/> AUCUNE DIFFICULTÉ OBSERVÉE |  |  |                                      |

Si vous avez coché l'un des éléments ci-dessus, décrivez la difficulté exacte :

5. Y a-t-il des évaluations ABD en cours/en vigueur ?  Oui  Non

Physique ; date : \_\_\_\_\_

Santé mentale ; date : \_\_\_\_\_

6. Décrivez complètement le demandeur (p. ex., corpulence générale, taille, poids, comportement, tout problème renforçant les difficultés indiquées ci-dessus) :

SIGNATURE DE L'INTERROGATEUR

DATE

NOM DE L'INTERROGATEUR (SAISISSEZ OU ÉCRIVEZ EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'INTERROGATEUR (AVEC INDICATIF)

BUREAU DES SERVICES COMMUNAUTAIRES