

अक्षमता रिपोर्ट

Disability Report

चिकित्सीय अक्षमता संबंधी निर्णय

DSHS 14-144A

अक्षमता रिपोर्ट फॉर्म (Disability Report form), DSHS 14-144A अक्षमता निर्धारण संभाग (Division of Disability Determination - DDDS) के द्वारा चिकित्सीय अक्षमता के निर्धारण में उपयोग के लिए क्लायंट की अक्षमता, चिकित्सीय साक्ष्य, और कार्य इतिहास के बारे में जानकारी इकट्ठा करता है।

सामाजिक सेवा विशेषज्ञ (Social Service Specialist - SSS) या वित्तीय सेवा विशेषज्ञ (Financial Service Specialist - FSS) DSHS 14-144A को शुरू करता/करती है। SSS या FSS को सुनिश्चित करना चाहिए कि सामुदायिक सेवा अधिकारी (Community Service Office - CSO), और टेलीफोन नंबर फॉर्म पर नोट किए हुए हों। यह दिखाने के लिए उपयुक्त बॉक्स में सही का निशान बनाएं कि माँग किया गया अक्षमता संबंधी निर्णय बिना अनुदान चिकित्सीय सहायता (Non-Grant Medical Assistance - NGMA) के लिए है या अक्षमता वाले कर्मियों के लिए स्वास्थ्य सेवा (Healthcare for Workers with Disabilities - HWD) के लिए। भरे हुए फॉर्म को अक्षमता संबंधी निर्णय पैकेट में जोड़ें।

1. SSS या FSS क्लायंट का नाम, सोशल सिक्योरिटी नंबर (SSN) और अक्षम करने वाली स्थिति दर्शाने वाले हेडिंग को भरते हैं।
2. SSS या FSS क्लायंट की भाग 1 - आपकी स्थिति के बारे में जानकारी को भरने में सहायता कर सकते हैं। तिथियाँ सटीक होना ज़रूरी नहीं है, लेकिन उसमें महीना और साल दिखना चाहिए।
3. SSS या FSS क्लायंट की भाग 2 - आपके चिकित्सीय रिकॉर्ड्स के बारे में जानकारी को भरने में सहायता कर सकते हैं। फिज़िशियनों और उपचार के स्रोतों की यथासंभव पूर्ण रूप से पहचान करना महत्वपूर्ण है।
4. SSS या FSS क्लायंट की भाग 3 - आपकी गतिविधियों के बारे में जानकारी को भरने में सहायता कर सकते हैं। SSS या FSS को यह सुनिश्चित करने के लिए जानकारी की समीक्षा करनी चाहिए कि क्लायंट की मर्यादाएं स्पष्ट रूप से पहचानी गई हों।
5. SSS या FSS क्लायंट की भाग 4 - आपकी शिक्षा के बारे में जानकारी को भरने में सहायता कर सकते हैं। यह नोट किया जाना चाहिए कि क्या स्कूल के वर्ग विशेष शिक्षा (स्पेशल एज्युकेशन) वर्ग थे।
6. SSS या FSS क्लायंट की भाग 5 - आप जो करते थे उस काम के बारे में जानकारी को भरने में सहायता कर सकते हैं। अलग-अलग नियोक्ताओं की सूची नहीं बनाई जानी चाहिए, केवल व्यवसाय का प्रकार।
7. SSS या FSS क्लायंट की भाग 6 - टिप्पणियाँ के आइटम 1 को भरने में सहायता कर सकते हैं। आइटम 2 से 6 SSS या FSS द्वारा पूरे किए जाते हैं।

अक्षमता रिपोर्ट
Disability Report
चिकित्सीय अक्षमता संबंधी निर्णय

माँग इसके लिए है:

- बिना अनुदान चिकित्सीय सहायता (Non-Grant Medical Assistance - NGMA)
 अक्षमता वाले कर्मियों के लिए स्वास्थ्य सेवा (Healthcare for Workers with Disabilities - HWD)

इस फॉर्म को किसी दावेदार या दावेदार के प्रतिनिधि के साथ साक्षात्कार के दौरान किसी DSHS सामाजिक सेवा या आर्थिक कर्मचारी के द्वारा भरा जाता है। कृपया अपनी श्रेष्ठ क्षमता के अनुसार सभी आइटमों के उत्तर प्रिंट करें, टाइप करें या स्पष्ट रूप से लिखें। सभी प्रश्नों के उत्तर दें। पूर्ण उत्तर दावे को संसाधित करने में सहायक होते हैं। अगर आपको फॉर्म में किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए अधिक जगह की ज़रूरत हो, तो भाग 6 पर जाएं या। शीट संलग्न करें।

1. दावेदार का नाम / उपनाम	2. सोशल सिक्योरिटी नंबर	3. टेलीफोन नंबर (और एरिया कोड)
4. तीसरा पक्ष संपर्क नाम पता		टेलीफोन नंबर (और एरिया कोड)
5. आपको अक्षम करने वाली स्थिति क्या है? आपको काम करने से रोकने वाली चोट या बीमारी का संक्षिप्त विवरण दें।		

भाग 1। आपकी स्थिति के बारे में जानकारी

1. आपकी स्थिति ने पहली बार आपको किस तिथि को परेशान किया? _____
महीना, दिन, साल
- 2A. क्या आपने ऊपर आइटम 1 में दिखाई गई तिथि के बाद काम किया?
अगर आपने नहीं में उत्तर दिया हो, तो नीचे 3A और 3B. पर जाएं।..... हाँ नहीं
- 2B. अगर आपने 2A का उत्तर हाँ में दिया हो तो, क्या आपकी स्थिति ने आपके लिए यह बदलना आवश्यक बनाया:
आपकी नौकरी या नौकरी के कर्तव्य? हाँ नहीं
आपके काम के घंटे?..... हाँ नहीं
आपकी उपस्थिति?..... हाँ नहीं
आपके काम के बारे में कुछ और?..... हाँ नहीं
- 2C. अगर आपने 2B में किसी भी आइटम के लिए हाँ में उत्तर दिया हो तो, समझाएं कि आपकी काम की परिस्थिति में परिवर्तन क्या थे, यह किस दिन को हुए, और आपकी स्थिति ने इन परिवर्तनों को कैसे आवश्यक बनाया:
- 3A. आपकी स्थिति के कारण आपको अंततः कब काम करना बंद करना पड़ा? _____
महीना, दिन, साल
- 3B. समझाएं कि आपकी स्थिति अब आपको काम करने से कैसे रोकती है:

भाग 2। आपके चिकित्सीय रिकॉर्ड्स के बारे में जानकारी

1. आपको अक्षम करने वाली स्थिति के बारे में जिनके पास सब से नये चिकित्सीय रिकॉर्ड्स हैं उस डॉक्टर के बारे में यह जानकारी दर्ज करें:	<input type="checkbox"/> अगर आप अपनी अक्षम करने वाली स्थिति के लिए कभी किसी डॉक्टर से न मिले हैं, तो यहाँ सही का निशान बनाएं।
डॉक्टर का नाम / क्लिनिक	टेलीफोन नंबर (और एरिया कोड)
पता	आप पहली बार इस डॉक्टर से मिले वह तिथि
आपने जिसके लिए जाँच करवाई या उपचार लिया वह बीमारी या चोट	आप पिछली बार इस डॉक्टर से मिले वह तिथि

प्राप्त उपचार का प्रकार या दवाइयाँ (यानी कि सर्जरी, कीमोथेरेपी, रेडिएशन और अपनी बीमारी या चोट के लिए आप लेते/लेती हैं वह दवाइयाँ, अगर ज्ञात हो)। अगर कोई उपचार या दवाइयाँ न हों, तो लिखें कोई नहीं।

2. क्या आपकी अक्षम करने वाली स्थिति शुरू हुई उसके बाद से आप किसी अन्य डॉक्टर से मिले/मिली हैं? हाँ नहीं
अगर हाँ, तो निम्नलिखित के उत्तर दें:

डॉक्टर का नाम / क्लिनिक	टेलीफोन नंबर (और एरिया कोड)
पता	आप <u>पहली बार</u> इस डॉक्टर से मिले वह तिथि
आपने जिसके लिए जाँच करवाई या उपचार लिया वह बीमारी या चोट	आप <u>पिछली बार</u> इस डॉक्टर से मिले वह तिथि
प्राप्त उपचार का प्रकार या दवाइयाँ (यानी कि सर्जरी, कीमोथेरेपी, रेडिएशन और अपनी बीमारी या चोट के लिए आप लेते/लेती हों वह दवाइयाँ, अगर जात हो)। अगर कोई उपचार या दवाइयाँ न हों, तो लिखें <u>कोई नहीं</u> ।	

**अगर आप इस बीमारी या चोट के बाद से अन्य अतिरिक्त डॉक्टरों से मिले हों,
तो उपरोक्त जानकारी वाले अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।**

3. क्या अपनी अक्षम कर देने वाली स्थिति के लिए आपका किसी अस्पताल में उपचार किया गया है? हाँ नहीं
अगर हाँ, तो निम्नलिखित के उत्तर दें:

अस्पताल का नाम	टेलीफोन नंबर (और एरिया कोड)
पता	
आपकी विज़िट की तिथियाँ कौन सी थीं?	
आपने जिसके लिए जाँच करवाई या उपचार लिया वह बीमारी या चोट	
प्राप्त उपचार का प्रकार या दवाइयाँ (यानी कि सर्जरी, कीमोथेरेपी, रेडिएशन और अपनी बीमारी या चोट के लिए आप लेते/लेती हों वह दवाइयाँ, अगर जात हो)। अगर कोई उपचार या दवाइयाँ न हों, तो लिखें <u>कोई नहीं</u> ।	

4. अगर आप अपनी बीमारी या चोट के लिए अन्य अस्पतालों में गए/गई हों, तो निम्नलिखित के उत्तर दें:

अस्पताल का नाम	टेलीफोन नंबर (और एरिया कोड)
पता	
आपकी विज़िट की तिथियाँ कौन सी थीं?	
आपने जिसके लिए जाँच करवाई या उपचार लिया वह बीमारी या चोट	
प्राप्त उपचार का प्रकार या दवाइयाँ (यानी कि सर्जरी, कीमोथेरेपी, रेडिएशन और अपनी बीमारी या चोट के लिए आप लेते/लेती हों वह दवाइयाँ, अगर जात हो)। अगर कोई उपचार या दवाइयाँ न हों, तो लिखें <u>कोई नहीं</u> ।	

**अगर आप अपनी बीमारी या चोट के लिए अन्य अस्पतालों या क्लिनिक में गए/गई हों, तो भाग 6 में उनके नाम,
तिथियाँ लिखें या अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें।**

5. पिछले साल में क्या आपने इनमें से कोई भी परीक्षण करवाए हैं? नीचे उपयुक्त बॉक्स में सही का निशान बनाएं और अगर आप "हाँ" में उत्तर दें, तो बताएं कि परीक्षण कहाँ और कब किया गया था।

परीक्षण	हाँ	नहीं	कहाँ किया गया	कब किया गया
इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
छाती का एक्स-रे	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
अन्य एक्स-रे (प्रकार बताएं):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
साँस के परीक्षण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

रक्त परीक्षण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
अन्य (बताएं):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

भाग 3। दवाइयों की सूची

दवाई का नाम	लिख कर देने वाले (डॉक्टर का नाम)	दवा लिखने का कारण

अगर आप अधिक दवाइयों को इस्तेमाल करते/करती हैं, तो उपरोक्त जानकारी के साथ अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।

भाग 4। आपकी शिक्षा के बारे में जानकारी

- आपने अधिकतम किस स्कूल ग्रेड तक पढ़ाई की है? _____ किस साल? _____
- क्या आप ट्रेड या वोकेशनल स्कूल में पढ़े/पढ़ी हैं या आपने किसी तरह का खास प्रशिक्षण प्राप्त किया है? हाँ नहीं
अगर हाँ, तो निम्नलिखित के उत्तर दें:

ट्रेड या वोकेशनल स्कूल या प्रशिक्षण का प्रकार	आप उपस्थित रहे वह अंदाजित तिथियाँ
---	-----------------------------------

आपने जो काम किया उसमें इस स्कूल की पढ़ाई या प्रशिक्षण का कैसे उपयोग किया गया था

यदि क्लायंट स्कूल में जा रहे हों, तो कृपया यह जानकारी प्रदान करें:

स्कूल का नाम, पता और फ़ोन नंबर
शिक्षक का नाम

भाग 5। आप करते थे/करती थीं उस काम के बारे में जानकारी

अपनी नियमित नौकरी से शुरू करते हुए, आपने काम करना बंद किया उसके पहले के आखरी 15 सालों में आपके पास थीं उन सभी नौकरियों को सूचीबद्ध करें। इसका मतलब है वह काम जो आपने सब से लंबे समय तक किया। अगर आपने 6ठे ग्रेड तक या उससे कम शिक्षा प्राप्त की हो और 35 सालों या अधिक वक्त के लिए केवल भारी अकुशल काम ही किया हो, तो आपने काम करना शुरू किया तब से आपने की उन सभी नौकरियों को सूचीबद्ध करें। अगर आपको अधिक जगह की ज़रूरत पड़े, तो या तो अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें या भाग 6 का उपयोग करें।

पद नाम	व्यवसाय का प्रकार	इस तिथि से	इस तिथि तक	दिन प्रति सप्ताह	वेतन की दर (प्रति घंटा, दिन, महीना या साल)

- 2A. ऊपर सूचीबद्ध आपकी नियमित नौकरी में क्या आप: हाँ नहीं
- किसी तरह की मशीन, टूल या उपकरण का इस्तेमाल करते थे/करती थीं?
- तकनीकी ज्ञान या कौशल का इस्तेमाल करते थे/करती थीं?
- लिखना, रिपोर्ट पूरी करना या उसके समान कोई काम करते थे/करती थीं?
- पर्यवेक्षी जिम्मेदारियाँ निभाते थे/निभाती थीं:.....
- 2B. सभी हाँ में दिए उत्तरों का स्पष्टीकरण दें और इसके लिए इनका पूरा विवरण दें: आपने इस्तेमाल किए उन मशीनों, टूल्स या उपकरणों का प्रकार और आप जो करते थे/करती थीं वह सटीक काम, इसमें शामिल तकनीकी जानकारी या कौशल, आप करते थे/करती थीं उस लेखन का प्रकार, और किन्हीं रिपोर्ट का प्रकार और आप जिनका पर्यवेक्षण करते थे/करती थीं उन लोगों की संख्या और आपके पर्यवेक्षण का व्याप।
- 2C. नीचे सब से अच्छे उत्तर के सामने सही का निशान बना कर आफकी नियमित नौकरी में जिस प्रकार की और जितनी शारीरिक गतिविधि हुआ करती थी उसका वर्णन करें।
- दिन में कितने घंटे, आप: चलते थे/चलती थीं? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- खड़े रहते थे/रहती थीं? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- बैठते थे/बैठती थीं? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- दिन में कितनी बार आप: झुकते थे/झुकती थीं? कभी नहीं कभी-कभार अक्सर लगातार
- हाथ बढ़ाते थे/बढ़ाती थीं? कभी नहीं कभी-कभार अक्सर लगातार
- चीजें उठाते थे/उठाती थीं और उठा कर चलते थे/चलती थीं: क्या उठाया जाता था और ले कर चला जाता था इसका वर्णन करें:
- आपने अधिकतम कितना भार उठाया था? 10 पौंड (4.5 किलो लगभग) 20 पौंड (9 किलो लगभग)
- 50 पौंड (23 किलो लगभग) 100 पौंड (45 किलो लगभग) 100 पौंड (45 किलो) से ज्यादा
- आप अक्सर जो भार उठाते थे/उठाती थीं या उठाकर चलते थे/चलती थीं वह कितना था?
- 10 पौंड तक 25 पौंड तक 50 पौंड तक 100 पौंड तक

भाग 6. टिप्पणियाँ

1. इस विभाग का उपयोग आगे के किन्हीं भी प्रश्नों के उत्तर देने के लिए आवश्यक अतिरिक्त जगह के रूप में करें। इस जगह का उपयोग हमें ऐसी कोई भी अतिरिक्त जानकारी देने के लिए भी करें, जो आपको लगता हो कि आपके अक्षमता संबंधी दावे के बारे में निर्णय लेने में सहायक होगी (जैसे कि पहले सूचीबद्ध न हों ऐसी अन्य बीमारियाँ या चोटें)।

इंटरव्यू लेने वाले के द्वारा पूरा किया जाएगा

2. क्या दावेदार अंग्रेज़ी बोल सकते/सकती हैं? हाँ नहीं अगर नहीं, तो वह कौन सी भाषा बोलते/बोलती हैं:
3. क्या दावेदार को उनके दावे के संसाधन के लिए सहायता की ज़रूरत है? हाँ नहीं
अगर हाँ, तो पृष्ठ 1 पर तीसरा पक्ष संपर्क भरें।
4. दावेदार का इंटरव्यू लेते वक्त निम्नलिखित समस्याओं में से अगर कोई देखने में आई हो, तो उसके सामने सही का निशान बनाएं।
- पढ़ना लिखना प्रश्नों के उत्तर देना सुनना
- बैठना समझना हाथों का उपयोग करना साँस लेना
- देखना चलना अन्य (बताएं):
- कोई नहीं देखी गई

अगर उपरोक्त आइटमों में से किसी के भी सामने सही का निशान बना हो, तो हुई मुश्किल का सटीक वर्णन करें:

5. कोई बाकी / मौजूदा ABD मूल्यांकन? हाँ नहीं

शारीरिक; तिथि: _____

मानसिक स्वास्थ्य; तिथि: _____

6. दावेदार का पूरा वर्णन करें (उदाहरण के लिए सामान्य कद-काठी, लंबाई, वज़न, व्यवहार, ऊपर नोट की गई उनमें इजाफा करने वाली या उनकी पूरक कोई अन्य समस्याएं):

इंटरव्यू लेने वाले के हस्ताक्षर

तिथि

इंटरव्यू लेने वाले का नाम (टाइप या प्रिंट करें)

इंटरव्यू लेने वाले का टेलीफोन नंबर (और एरिया कोड)

कम्युनिटी सर्विसिस ऑफिस (सामुदायिक सेवा कार्यालय)