

Хөгжлийн бэрхшээлийн байдлын тайлан

Disability Report

Хөгжлийн бэрхшээлийн тухай эмнэлгийн шийдвэр

DSHS 14-144A

Хөгжлийн бэрхшээлийн тухай өгсөн эмнэлгийн шийдвэр Хөгжлийн бэрхшээлийн тайлангийн маягт ба DSHS 14-144A нь үйлчлүүлэгчийн хөгжлийн бэрхшээл, эмнэлгийн нотлох баримт ба хөдөлмөрийн түүхийн талаарх мэдээллийг цуглуулж, хөгжлийн бэрхшээлийг тодорхойлох хэлтэст (DDDS) бэрхшээлийг тодорхойлоход ашигладаг.

Нийгмийн Үйлчилгээний Мэргэжилтэн (SSS) эсвэл Санхүүгийн Үйлчилгээний Мэргэжилтэн (FSS) DSHS 14-144A-ийг санаачилна. SSS эсвэл FSS нь Олон Нийтийн Үйлчилгээний Газар (CSO) болон утасны дугаарыг маягт дээр тэмдэглэсэн байх ёстойг хянана. Тахир Дутуугийн Шийдвэрийн хүсэлт гаргасан болохыг харуулахын тулд Буцалтгүй эмнэлгийн тусламж (NGMA) эсвэл Хөгжлийн Бэрхшээлтэй Ажилчдын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ (HWD) тохирох дөрвөлжинг шалга. Тахир дутуу болох шийдвэрийг батлах бөглөсөн маягтыг нэмнэ үү.

1. SSS эсвэл FSS нь нэр, Нийгмийн Даатгалын Дугаар (SSN) ба үйлчлүүлэгчийн идэвхгүй байдлыг харуулсан гарчгийг бөглөнө.
2. SSS эсвэл FSS нь үйлчлүүлэгчид 1-р хэсэг - Таны Байдлын тухай Мэдээлэлийг бөглөхөд тусалж болно. Огноо нь тодорхой байх шаардлагагүй, гэхдээ сар, жилийг тусгах ёстой.
3. SSS эсвэл FSS нь үйлчлүүлэгчид 2-р хэсэг - Таны Эрүүл Мэндийн Бичвэрийн Мэдээлэлийг бөглөхөд тусалж болно. Эмч ба эмчилгээнийхээ эх сурвалжийг тодорхойлох нь чухал.
4. SSS эсвэл FSS нь үйлчлүүлэгчид 3-р хэсэг - Таны Үйл Ажиллагааны тухай Мэдээлэл бөглөхөд тусалж болно. SSS эсвэл FSS нь үйлчлүүлэгчийн хязгаарлалтыг тодорхой тодорхойлсон эсэхийг шалгахын тулд мэдээллийг шалгах ёстой.
5. SSS эсвэл FSS нь үйлчлүүлэгчид 4-р хэсэг - Таны боловсролын талаарх мэдээллийг бөглөхөд тусалж болно. Сургуулийн ангиуд нь Тусгай боловсролын анги байгаа эсэхийг тэмдэглэх нь зүйтэй.
6. SSS эсвэл FSS нь үйлчлүүлэгчид 5-р хэсэг - Таны Ажлын тухай Мэдээлэл бөглөхөд тусалж болно. Хувийн ажил олгогчдыг тэмдэглэхгүй, зөвхөн ямар ажил гэдгийг тэмдэглэнэ.
7. SSS эсвэл FSS нь үйлчлүүлэгчид 6-р хэсэг - Тэмдэглэлийг бөглөхөд тусалж болно. 2-оос 6 хүртэлх зүйлийг SSS эсвэл FSS бөглөнө.

Хөгжлийн бэрхшээлийн байдлын тайлан Disability Report

Хөгжлийн бэрхшээлийн тухай эмнэлгийн шийдвэр

ХҮСЭЛТ ДООРХ ЗОРИЛГОТОЙ:

- Буцалтгүй эмнэлгийн тусламж (NGMA)
- Хөгжлийн бэрхшээлтэй ажилчдын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ (HWD)

Энэхүү маягтыг DSHS нийгмийн үйлчилгээ эсвэл санхүүгийн ажилтан нэхэмжлэгч эсвэл нэхэмжлэгчийн төлөөлөгчтэй ярилцах үеэр бөглөнө. **Хэвлэх, шивэх эсвэл тодорхой бичих ба бүх зүйлд чадах чинээгээрээ хариулна уу. Бүх асуултанд хариулна уу. Хариултаа тусалцаа авч бөглөнө уу. Хэрэв танд маягтын аль нэг асуултад хариулах зай хэрэгтэй бол 6-р хэсэг рүү очих эсвэл I хуудсыг хавсаргана уу.**

1. НЭХЭМЖЛЭГЧИЙН НЭР / АЛИАС НЭР	2. НИЙГМИЙН ДААТГАЛЫН ДУГААР	3. УТАСНЫ ДУГААР (БА AREA CODE)
4. ГУРАВДАГЧ ТАЛЫН ХОЛБОО БАРИХ ХАЯГ НЭР		УТАСНЫ ДУГААР (БА AREA CODE)
	ХАЯГ	
5. ТА ЯМАР ТАХИР ДУТУУ БУЮУ БЭРХШЭЭЛТЭЙ ВЭ? АЖИЛ ХИЙХЭД СААД БОЛДОГ ГЭМТЭЛ ЭСВЭЛ ӨВЧНИЙГ ТОВЧ ТОДОРХОЙЛНО УУ.		

1-р хэсэг. Таны байдлын тухай мэдээлэл

1. Анх удаа таны өвчин бэрхшээл хэзээ, аль огноонд эхэлсэн бэ? _____
CAP, DAY, ЖИЛ

2A. Та дээрх 1-р зүйлд заасан өдрөөс хойш ажилласан уу?
Хэрвээ **ҮГҮЙ** гэж хариулсан бол, 3A ба 3B рүү яв. дор. ТИЙМ ҮГҮЙ

2B. **Хэрэв та 2A-д тийм гэж хариулсан бол** та дараах нөхцөлийг өөрчилсөн үү:
Таны ажил эсвэл ажлын үүрэг? ТИЙМ ҮГҮЙ
Your цагууд of ажил? ТИЙМ ҮГҮЙ
Your ирц? ТИЙМ ҮГҮЙ
Та ажлынхаа тухай өөр зүйл хэлнэ үү? ТИЙМ ҮГҮЙ

2C. **Хэрэв та 2B-ийн аль нэг зүйлд тийм гэж хариулсан бол** таны ажлын нөхцөл байдалд ямар өөрчлөлт орсон, гарсан огноо, таны нөхцөл байдал эдгээр өөрчлөлтийг хэрхэн хийх шаардлагатай болсныг тайлбарлана уу:

3A. Хэзээ та энэ хөгжлийн бэрхшээлтэй байдлаас болж ажиллахаа зогссон бэ? _____
CAP, DAY, ЖИЛ

3B. Таны нөхцөл байдал таныг ажиллахад тань хэрхэн саад болж байгааг тайлбарлана уу:

2-р хэсэг. Таны эрүүл мэндийн бичлэгүүдийн тухай

1. Таны хөгжлийн бэрхшээлтэй байдлын талаар хамгийн сүүлийн үеийн эмнэлгийн бүртгэлтэй эмчийн талаарх дараах мэдээллийг оруулна уу:	<input type="checkbox"/> Хэрэв та өөрийн хөгжлийн бэрхшээлээ эмчид хэзээ ч үзүүлж байгаагүй бол эндээс харна уу.
ЭМЧИЙН НЭР/ ЭМНЭЛЭГ	УТАСНЫ ДУГААР (БА AREA CODE)
ХАЯГ	ЭНЭ ЭМЧИД <u>АНХ</u> ҮЗҮҮЛСЭН ОГНОО
ТАНЫ ҮЗЛЭГТ ОРСОН ЭСВЭЛ ЭМЧИЛГЭЭ АВСАН ӨВЧИН ЭСВЭЛ БЭРХШЭЭЛ	ЭНЭ ЭМЧИД <u>ХАМГИЙН СҮҮЛД</u> ҮЗҮҮЛСЭН ОГНОО

ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТӨРӨЛ ЭСВЭЛ ӨГСӨН ЭМ (МЭС ЗАСАЛ, ХИМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ, ЦАЦРАГ ЭМЧИЛГЭЭ БА МЭДДЭГ БО, ӨВЧИН ЭСВЭЛ ГЭМТЭЛДЭЭ АВСАН ЭМ). ХЭРВЭЭ ЭМЧИЛГЭЭ ЭСВЭЛ ЭМ БАЙХГҮЙ БОЛ ҮГҮЙ ГЭЖ БИЧНЭ ҮҮ.

2. Та хөгжлийн бэрхшээлтэй болсноос хойш өөр эмчид үзүүлж байсан уу? Тийм Үгүй
Хэрвээ тийм бол, доорход хариулна уу:

ЭМЧИЙН НЭР/ ЭМНЭЛЭГ	УТАСНЫ ДУГААР (БА AREA CODE)
ХАЯГ	ЭНЭ ЭМЧИД <u>АНХ</u> ҮЗҮҮЛСЭН ОГНОО
ТАНЫ ҮЗЛЭГТ ОРСОН ЭСВЭЛ ЭМЧИЛГЭЭ АВСАН ӨВЧИН ЭСВЭЛ БЭРХШЭЭЛ	ЭНЭ ЭМЧИД <u>ХАМГИЙН СҮҮЛД</u> ҮЗҮҮЛСЭН ОГНОО

ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТӨРӨЛ ЭСВЭЛ ӨГСӨН ЭМ (МЭС ЗАСАЛ, ХИМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ, ЦАЦРАГ ЭМЧИЛГЭЭ БА МЭДДЭГ БО, ӨВЧИН ЭСВЭЛ ГЭМТЭЛДЭЭ АВСАН ЭМ). ХЭРВЭЭ ЭМЧИЛГЭЭ ЭСВЭЛ ЭМ БАЙХГҮЙ БОЛ ҮГҮЙ ГЭЖ БИЧНЭ ҮҮ.

Хэрэв та энэ өвчин эсвэл гэмтлийн дараа нэмэлт өөр нэгэн эмч нарт хандсан бол, дээрх мэдээлэл бүхий нэмэлт хуудсыг хавсаргана уу.

3. Та өөрийн энэ тахир дутуу байдлын талаар эмнэлэгт эмчлүүлж байсан уу? Тийм Үгүй

Хэрвээ тийм бол, доорход хариулна уу:

ЭМНЭЛГИЙН НЭР	УТАСНЫ ДУГААР (БА AREA CODE)
ХАЯГ	

ТАНЫ ҮЗЛЭГИЙН ОГНООНУУД ХЭЗЭЭ БАЙСАН БЭ?

ТАНЫ ҮЗЛЭГТ ОРСОН ЭСВЭЛ ЭМЧИЛГЭЭ АВСАН ӨВЧИН ЭСВЭЛ БЭРХШЭЭЛ

ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТӨРӨЛ ЭСВЭЛ ӨГСӨН ЭМ (МЭС ЗАСАЛ, ХИМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ, ЦАЦРАГ ЭМЧИЛГЭЭ БА МЭДДЭГ БО, ӨВЧИН ЭСВЭЛ ГЭМТЭЛДЭЭ АВСАН ЭМ). ХЭРВЭЭ ЭМЧИЛГЭЭ ЭСВЭЛ ЭМ БАЙХГҮЙ БОЛ ҮГҮЙ ГЭЖ БИЧНЭ ҮҮ.

4. Хэрэв та өвчин, бэртлийнхээ улмаас өөр эмнэлэгт хэвтэж байсан бол дараах асуултад хариулна уу:

ЭМНЭЛГИЙН НЭР	УТАСНЫ ДУГААР (БА AREA CODE)
ХАЯГ	

ТАНЫ ҮЗЛЭГИЙН ОГНООНУУД ХЭЗЭЭ БАЙСАН БЭ?

ТАНЫ ҮЗЛЭГТ ОРСОН ЭСВЭЛ ЭМЧИЛГЭЭ АВСАН ӨВЧИН ЭСВЭЛ БЭРХШЭЭЛ

ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТӨРӨЛ ЭСВЭЛ ӨГСӨН ЭМ (МЭС ЗАСАЛ, ХИМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ, ЦАЦРАГ ЭМЧИЛГЭЭ БА МЭДДЭГ БО, ӨВЧИН ЭСВЭЛ ГЭМТЭЛДЭЭ АВСАН ЭМ). ХЭРВЭЭ ЭМЧИЛГЭЭ ЭСВЭЛ ЭМ БАЙХГҮЙ БОЛ ҮГҮЙ ГЭЖ БИЧНЭ ҮҮ.

Хэрэв та өвчин, гэмтлийн улмаас өөр эмнэлэг, эмнэлэгт хэвтэж байсан бол 6-р хэсэгт нэр, огноо, шалтгааныг жагсаан бичих эсвэл нэмэлт хуудсыг хавсаргана уу.

5. Та өнгөрсөн жил доорх сорилуудыг хийлгэж байсан уу? Доорх тохирох дөрвөлжинг чагтална уу, хэрэв та "тийм" гэж хариулвал шалгалтыг хаана, хэзээ хийснийг бичнэ үү.

СОРИЛ	ТИЙМ	ҮГҮЙ	ХЭЗЭЭ ХИЙСЭН	ХААНА ХИЙСЭН
Зүрхний бичлэг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Цээжний X-зураг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Өөр x-зураг (хэлбэрийг нь дурдана уу):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Амьсгалын сорил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Цусны шинжилгээ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Бусад (тодорхойлно уу):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3-р хэсэг. ЭМИЙН ХУУДАС					
ЭМИЙН НЭР	БИЧСЭН (ЭМЧИЙН НЭР)		ЭМ УУХ БОЛСОН ШАЛТГААН		
Хэрэв та илүү олон эм хэрэглэдэг бол дээрх мэдээлэл бүхий нэмэлт хуудсыг хавсаргана уу.					
4-р хэсэг. Таны боловсролын тухай мэдээлэл					
1. Таны хамгийн дээд үе шаттай төгссөн сургууль ямар бэ? _____ Ямар жил? _____					
2. Та худалдаа, мэргэжлийн сургуульд явсан уу, эсвэл ямар нэгэн тусгай сургалтад хамрагдсан уу?? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Хэрвээ тийм бол, доорход хариулна уу:					
ХУДАЛДАА, МЭРГЭЖЛИЙН СУРГУУЛЬ ЭСВЭЛ СУРГАЛТЫН ТӨРӨЛ			СУРАЛЦАЖ БАЙСАН ОГНООНУУД		
ЭНЭ СУРГУУЛЬ ЭСВЭЛ СУРГАЛТЫГ ТА АЖИЛДАА ХЭРХЭН АШИГЛАСАН ВЭ					
Хэрвээ үйлчлүүлэгч сургуульд явдаг бол, доорхийг бөглөнө үү.					
СУРГУУЛИЙН НЭР, ХАЯГ БА УТАСНЫ ДУГААР					
БАГШИЙН НЭР					
5-р хэсэг. Таны хийж байсан ажлын тухай мэдээлэл					
Ердийн ажлаасаа эхлээд ажлаа зогсоохоосоо өмнө сүүлийн 15 жилийн хугацаанд хийж байсан бүх ажлаа жагсаана уу. Энэ нь таны хамгийн удаан хийсэн ажил гэсэн үг. Хэрэв та 6-р ангийн боловсролтой эсвэл бага бол, мөн 35 ба түүнээс дээш жил мэргэжилгүй хүнд хөдөлмөр эрхэлж байсан бол ажиллаж эхэлснээс хойшхи бүх ажлынхаа жагсаалтыг бичнэ үү. Хэрэв танд илүү зай хэрэгтэй бол нэмэлт хуудас хавсаргах эсвэл 6-р хэсгийг ашиглана уу.					
АЖЛЫН НЭР	АЖЛЫН ТӨРӨЛ	-ЭЭС	ХҮРТЭЛ	ДОЛОО ХОНОГИЙН ӨДРҮҮД	ТӨЛБӨРИЙН ХЭМЖЭЭ (ЦАГААР, ӨДӨР, ДОЛОО ХОНОГ ЭСВЭЛ ЖИЛЭЭР)

- 2A. Дээр дурдсан ажилдаа, та:
- | | ТИЙМ | ҮГҮЙ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Машин, хэрэгсэл эсвэл тоног төхөөрөмж хэрэглэж байсан уу? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Техникийн мэдлэг, ур чадвар ашиглаж байсан уу? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Аливаа зүйл бичих, тайлан бөглөх эсвэл үүнтэй төстэй ажил гүйцэтгэж байсан уу? ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Хянах хариуцлагатай байсан уу:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2B. "Тийм" гэсэн бүх хариултыг тайлбарлахдаа: ашигласан машин, багаж хэрэгсэл, тоног төхөөрөмжийн төрлүүд болон гүйцэтгэсэн үйлдлүүдээ бүрэн тайлбарлана уу; холбогдох техникийн мэдлэг, ур чадвар; таны хийсэн бичгийн төрөл, аливаа тайлангийн шинж чанар; мөн таны удирдаж байсан хүмүүсийн тоо болон таны хяналтын цар хүрээ.

2C. Доорх хамгийн сайн хариултыг шалгах замаар ердийн өдрийн ажлынхаа төрөл, биеийн хөдөлгөөний хэмжээг тодорхойлно уу.

- Та өдөрт хэдэн цаг хийж байсан бэ: Алхалт? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Босолт? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Суулт? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- Та хэр зэрэг ойрхон хийдэг байсан бэ: Бөхийх? Хэзээ ч үгүй Хааяа Ойрхон Байнга
 Сунгалт? Хэзээ ч үгүй Хааяа Ойрхон Байнга

Өргөх, зөөх: юу өргөсөн, хэр хол зайд аваачсаныг тайлбарлана уу:

- Таны өргөсөн хамгийн хүнд юу байсан бэ? 10 фунт. 20 фунт. 50 фунт. 100 фунт. 100 фунтаас их.
 Таны байнга өргөдөг эсвэл үүрдэг жин ямар байсан бэ?
 Дээшээ 10 фунт. Дээшээ 25 фунт. Дээшээ 50 фунт. Дээшээ 100 фунт.

6-р хэсэг. Тэмдэглэлүүд

1. Өмнөх асуултуудад хариулахын тулд энэ хэсгийг ашиглана уу. Мөн тахир дутуугийн тухай нэхэмжлэлийн шийдвэр гаргахад тустай гэж үзэж буй нэмэлт мэдээллийг (өмнө нь дурдаагүй бусад өвчин, гэмтлийн талаарх мэдээлэл гэх мэт) өгөхийн тулд энэ зайг ашиглана уу.

Ярилцлага авагч бөглөнө

2. Нэхэмжлэгч англиар ярьдаг уу? Тийм Үгүй Хэрэв үгүй бол ямар хэлээр ярьдаг:
3. Нэхэмжлэгчид нэхэмжлэлээ шийдвэрлэхэд тусламж хэрэгтэй байна уу? Тийм Үгүй
Хэрэв тийм бол 1-р хуудсан дээрх гуравдагч этгээдийн холбоо барих хаягийг бөглөнө үү.
4. Нэхэмжлэгчтэй ярилцлага хийх явцад доор дурдсан хүндрэлүүд ажиглагдсан эсэхийг шалгана уу.
- | | | | |
|--|----------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Уншилт | <input type="checkbox"/> Бичлэг | <input type="checkbox"/> Асуултад хариу өгөх | <input type="checkbox"/> Сонсгол |
| <input type="checkbox"/> Суулт | <input type="checkbox"/> Ойлголт | <input type="checkbox"/> Гар хэрэглэх | <input type="checkbox"/> Амьсгал |
| <input type="checkbox"/> Хараа | <input type="checkbox"/> Алхалт | <input type="checkbox"/> Бусад (тодорхойлно): | |
| <input type="checkbox"/> АЛЬ Ч АЖИГЛАГДААГҮЙ | | | |

Дээрх зүйлсийн аль нэгийг нь шалгасан бол ямар хүндрэлтэй байгааг тодорхой бичнэ үү:

5. Аливаа хүлээгдэж буй / одоогийн ABD үнэлгээ? Тийм Үгүй

Биеийн эрүүл мэнд; огноо: _____

Сэтгэцийн эрүүл мэнд; огноо: _____

6. Нэхэмжлэгчийг бүрэн дүрслэнэ үү (жишээ нь, биеийн ерөнхий байдал, өндөр, жин, зан байдал, дээр дурьдсан зүйлсийг нэмж эсвэл нэмж буй аливаа хүндрэл):

ЯРИЛЦЛАГА АВАГЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ

ОГНОО

ЯРИЛЦЛАГА АВАГЧИЙН НЭР (БИЧЛЭГИЙН ХЭЛБЭР)

ЯРИЛЦЛАГА АВАГЧИЙН УТАСНЫ ДУГААР (БА БҮСИЙН КОД)

ОЛОН НИЙТИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ХЭЛТЭС