

Raport de invaliditate

Disability Report

Decizia medicală privind invaliditatea

DSHS 14-144A

Formularul Raportului de invaliditate, DSHS 14-144A, reunește informații despre invaliditatea unui client, dovezi medicale și istoricul activității profesionale pentru a fi utilizate de către Divizia de determinare a invalidității (DDDS) în determinarea invalidității din punct de vedere medical.

Specialistul în servicii sociale (SSS) sau specialistul în servicii financiare (FSS) inițiază DSHS 14-144A. SSS sau FSS ar trebui să se asigure că Biroul de servicii comunitare (CSO) și numărul de telefon sunt notate pe formular. Bifați căsuța corespunzătoare pentru a indica faptul că decizia de invaliditate solicitată este pentru asistență medicală nerambursabilă (NGMA) sau asistență medicală pentru lucrători cu dizabilități (HWD). Adăugați formularul completat la setul pentru decizia de invaliditate.

1. SSS sau FSS completează titlul indicând numele, numărul de asigurare socială (SSN) și afecțiunea invalidantă a clientului.
2. SSS sau FSS poate ajuta clientul să completeze Partea 1 - Informații despre afecțiunea dumneavoastră. Datele nu trebuie să fie exacte, dar trebuie să reflecte luna și anul.
3. SSS sau FSS poate ajuta clientul să completeze Partea 2 - Informații despre dosarul dumneavoastră medical. Este important să se indice cât mai complet posibil medicii și sursele de tratament.
4. SSS sau FSS poate ajuta clientul să completeze Partea 3 - Informații despre activitățile dumneavoastră. SSS sau FSS trebuie să revizuiască informațiile pentru a se asigura că limitările clientului sunt clar indicate.
5. SSS sau FSS poate ajuta clientul să completeze Partea 4 - Informații despre studiile dumneavoastră. Ar trebui precizat dacă orele de școală au fost ore de educație specială.
6. SSS sau FSS poate ajuta clientul să completeze Partea 5 - Informații despre activitatea profesională pe care ați desfășurat-o. Nu trebuie să fie menționați angajatorii individuali, ci doar tipul de afaceri ale acestora.
7. SSS sau FSS poate ajuta clientul să completeze Punctul 1 din Partea 6 - Observații. Punctele de la 2 la 6 trebuie completate de către SSS sau FSS.

Raport de invaliditate Disability Report

Decizia medicală privind invaliditatea

SOLICITAREA ESTE PENTRU:

- Asistență medicală nerambursabilă (NGMA)
- Asistență medicală pentru lucrători cu dizabilități (HWD)

Acest formular este completat de către un lucrător al serviciilor sociale sau financiare ale DSHS în timpul unui interviu cu solicitantul sau cu reprezentantul acestuia. **Vă rugăm să scrieți cu litere de tipar, să tehnoredactați sau să scrieți clar și să răspundeți la toate punctele cât mai bine posibil. Răspundeți la toate întrebările. Răspunsurile complete ajută la procesarea solicitării. Dacă aveți nevoie de mai mult spațiu pentru a răspunde la oricare dintre întrebările din formular, mergeți la partea 6 sau atașați o coală.**

1. NUMELE / PSEUDONIMUL SOLICITANTULUI

2. NUMĂRUL DE ASIGURARE SOCIALĂ

3. NUMĂRUL DE TELEFON (ȘI PREFIXUL ZONEI)

4. DATE DE CONTACT ALE UNEI TERȚE PĂRȚI

NUMELE

NUMĂRUL DE TELEFON (ȘI PREFIXUL ZONEI)

ADRESA

5. CARE ESTE AFECȚIUNEA DUMNEAVOASTRĂ INVALIDANTĂ? EXPLICAȚI PE SCURT ACCIDENTUL SAU BOALA CARE VĂ ÎMPIEDICĂ SĂ LUCRAȚI.

Partea 1. Informații despre afecțiunea dvs.

1. La ce dată v-a afectat pentru prima dată afecțiunea dumneavoastră? _____
LUNA, ZIUA, ANUL
- 2A. Ați lucrat după data indicată la punctul 1 de mai sus? DA NU
- Dacă ați răspuns **NU**, treceți la punctele 3A și 3B de mai jos.
- 2B. **În cazul în care ați răspuns afirmativ la 2A**, v-a determinat afecțiunea dumneavoastră să schimbați:
- Slujba sau sarcinile dvs. de serviciu?
- Programul dvs. de lucru?
- Prezența dvs.?
- Altceva în legătură cu munca dvs.?
- 2C. **În cazul în care ați răspuns afirmativ la oricare dintre punctele de la 2B**, explicați care au fost schimbările survenite în situația dumneavoastră de muncă, datele la care au avut loc și cum a determinat afecțiunea dumneavoastră necesitatea acestor schimbări:
- 3A. Când v-a obligat afecțiunea dumneavoastră să vă opriți din muncă? _____
LUNA, ZIUA, ANUL
- 3B. Explicați cum vă împiedică acum afecțiunea dumneavoastră să lucrați:

Partea 2. Informații despre dosarul dumneavoastră medical

1. Introduceți următoarele informații despre medicul care deține cele mai recente înregistrări medicale despre afecțiunea dumneavoastră invalidantă: **Bifați aici dacă nu ați consultat niciodată un medic pentru afecțiunea dumneavoastră invalidantă.**
- NUMELE MEDICULUI / CLINICA NUMĂRUL DE TELEFON (ȘI PREFIXUL ZONEI)
- ADRESA DATA LA CARE AȚI CONSULTAT PENTRU PRIMA DATA ACEST MEDIC
- BOALĂ SAU VĂTĂMARE PENTRU CARE AȚI FOST EXAMINAT SAU TRATAT DATA LA CARE AȚI CONSULTAT PENTRU ULTIMA DATA ACEST MEDIC
- TIPUL DE TRATAMENT SAU MEDICAMENTELE PRIMITE (DE EXEMPLU, INTERVENȚII CHIRURGICALE, CHIMIOTERAPIE, RADIOTERAPIE ȘI MEDICAMENTELE PE CARE LE LUAȚI PENTRU BOALA SAU VĂTĂMAREA DUMNEAVOASTRĂ, DACĂ SUNT CUNOSCUTE. DACĂ NU EXISTĂ TRATAMENT SAU MEDICAMENTE, SCRIEȚI NICIUNUL).

2. Ați consultat alți medici de când a debutat afecțiunea dumneavoastră invalidantă? Da Nu
- Dacă da, răspundeți la următoarele:**

NUMELE MEDICULUI / CLINICA		NUMĂRUL DE TELEFON (ȘI PREFIXUL ZONEI)		
ADRESA		DATA LA CARE AȚI CONSULTAT PENTRU <u>PRIMA</u> <u>DATĂ</u> ACEST MEDIC		
BOALĂ SAU VĂTĂMARE PENTRU CARE AȚI FOST EXAMINAT SAU TRATAT		DATA LA CARE AȚI CONSULTAT PENTRU <u>ULTIMA</u> <u>DATĂ</u> ACEST MEDIC		
TIPUL DE TRATAMENT SAU MEDICAMENTELE PRIMITE (DE EXEMPLU, INTERVENȚII CHIRURGICALE, CHIMIOTERAPIE, RADIOTERAPIE ȘI MEDICAMENTELE PE CARE LE LUAȚI PENTRU BOALA SAU VĂTĂMAREA DUMNEAVOASTRĂ, DACĂ SUNT CUNOSCUTE. DACĂ NU EXISTĂ TRATAMENT SAU MEDICAMENTE, SCRIEȚI <u>NICIUNUL</u> .				
Dacă ați consultat alți medici de la apariția acestei boli sau vătămări, atașați pagini suplimentare cu informațiile de mai sus.				
3. Ați fost tratat într-un spital pentru afecțiunea dumneavoastră invalidantă? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu				
Dacă da, răspundeți la următoarele:				
NUMELE SPITALULUI		NUMĂRUL DE TELEFON (ȘI PREFIXUL ZONEI)		
ADRESA				
CARE AU FOST DATELE VIZITELOR DUMNEAVOASTRĂ?				
BOALĂ SAU VĂTĂMARE PENTRU CARE AȚI FOST EXAMINAT SAU TRATAT				
TIPUL DE TRATAMENT SAU MEDICAMENTELE PRIMITE (DE EXEMPLU, INTERVENȚII CHIRURGICALE, CHIMIOTERAPIE, RADIOTERAPIE ȘI MEDICAMENTELE PE CARE LE LUAȚI PENTRU BOALA SAU VĂTĂMAREA DUMNEAVOASTRĂ, DACĂ SUNT CUNOSCUTE. DACĂ NU EXISTĂ TRATAMENT SAU MEDICAMENTE, SCRIEȚI <u>NICIUNUL</u> .				
4. Dacă ați fost internat în alte spitale pentru boala sau vătămarea dumneavoastră, răspundeți la următoarele:				
NUMELE SPITALULUI		NUMĂRUL DE TELEFON (ȘI PREFIXUL ZONEI)		
ADRESA				
CARE AU FOST DATELE VIZITELOR DUMNEAVOASTRĂ?				
BOALĂ SAU VĂTĂMARE PENTRU CARE AȚI FOST EXAMINAT SAU TRATAT				
TIPUL DE TRATAMENT SAU MEDICAMENTELE PRIMITE (DE EXEMPLU, INTERVENȚII CHIRURGICALE, CHIMIOTERAPIE, RADIOTERAPIE ȘI MEDICAMENTELE PE CARE LE LUAȚI PENTRU BOALA SAU VĂTĂMAREA DUMNEAVOASTRĂ, DACĂ SUNT CUNOSCUTE. DACĂ NU EXISTĂ TRATAMENT SAU MEDICAMENTE, SCRIEȚI <u>NICIUNUL</u> .				
Dacă ați fost internat în alte spitale sau clinici pentru boala sau vătămarea dumneavoastră, enumerați numele, datele și motivele în Partea 6 sau atașați pagini suplimentare.				
5. Ați făcut vreuna dintre următoarele investigații în ultimul an? Bifați căsuța corespunzătoare de mai jos și, dacă răspundeți „da”, precizați unde și când a fost efectuată această investigație.				
INVESTIGAȚIE	DA	NU	UNDE A FOST EFECTUATĂ	CÂND A FOST EFECTUATĂ
Electrocardiogramă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Radiografie toracică	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alte radiografii (precizați tipul):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Investigații respiratorii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Analize de sânge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Altele (specificați):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Partea 3. Lista de medicamente					
DENUMIREA MEDICAMENTULUI	PRESCRIS DE (NUMELE MEDICULUI)		MOTIVUL PENTRU MEDICAȚIE		
Dacă utilizați mai multe medicamente, atașați pagini suplimentare cu informațiile de mai sus.					
Partea 4. Informații despre studiile dvs.					
1. Care este cel mai înalt nivel de studii pe care l-ați absolvit? _____ În ce an? _____					
2. Ați urmat o școală profesională sau de meserii sau ați urmat vreun tip de pregătire specială? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu					
Dacă da, răspundeți la următoarele:					
TIPUL DE ȘCOALĂ SAU DE FORMARE PROFESIONALĂ SAU DE MESERII			DATELE APROXIMATIVE LA CARE AȚI PARTICIPAT		
MODUL ÎN CARE ACEASTĂ ȘCOLARIZARE SAU FORMARE A FOST UTILIZATĂ ÎN ORICE ACTIVITATE PE CARE AȚI DESFĂȘURAT-O					
În cazul în care clientul frecventează școala, vă rugăm să precizați următoarele:					
NUMELE ȘCOLII, ADRESA ȘI NUMĂRUL DE TELEFON					
NUMELE PROFESORULUI					
Partea 5. Informații despre activitatea profesională pe care ați desfășurat-o					
<p>Enumerați toate locurile de muncă pe care le-ați avut în ultimii 15 ani înainte de a înceta să lucrați, începând cu locul de muncă obișnuit. Aceasta înseamnă tipul de muncă pe care ați desfășurat-o cel mai mult timp. Dacă ați absolvit 6 clase sau mai puțin și ați lucrat doar în munci grele necalificate timp de 35 de ani sau mai mult, enumerați toate locurile de muncă pe care le-ați avut de când ați început să lucrați. Dacă aveți nevoie de mai mult spațiu, fie atașați pagini suplimentare, fie utilizați Partea 6.</p>					
NUMELE FUNCȚIEI	TIPUL ACTIVITĂȚII	DE LA	PÂNĂ LA	ZILE PE SĂPTĂMÂNĂ	RITMUL DE PLATĂ (PE ORĂ, ZI, SĂPTĂMÂNĂ, LUNĂ SAU AN)

- 2A. În cadrul activității dvs. obișnuite enumerate mai sus:
- | | DA | NU |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ați utilizat mașini, unelte sau echipamente de orice fel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ați folosit cunoștințe sau abilități tehnice? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ați scris, ați completat rapoarte sau ați îndeplinit sarcini similare? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ați avut responsabilități de coordonare: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 2B. Explicați toate răspunsurile afirmative, oferind o descriere completă a: tipurilor de mașini, unelte sau echipamente pe care le-ați folosit și operațiunea exactă pe care ați efectuat-o; cunoștințele sau abilitățile tehnice implicate; tipul de documente scrise pe care le-ați întocmit și natura oricăror rapoarte; și numărul de persoane pe care le-ați coordonat și măsura în care le-ați coordonat.

- 2C. Descrieți tipul și volumul de activitate fizică pe care îl presupune munca dumneavoastră obișnuită într-o zi obișnuită, bifând cel mai bun răspuns dintre cele de mai jos.

- Câte ore pe zi ați petrecut: Mergând pe jos? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Stând în picioare? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Șezând? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Cât de des pe zi: V-ați aplecat? Niciodată Ocazional Frecvent Constant
 V-ați întins după ceva? Niciodată Ocazional Frecvent Constant

Ridicare și transportare: descrieți ce ați ridicat și cât de departe a fost transportat:

- Care a fost cea mai mare greutate pe care ați ridicat-o? 10 livre 20 livre 50 livre 100 livre Peste 100 livre
 Care era greutatea pe care o ridicați sau o cărați frecvent?
 Până la 10 livre Până la 25 livre Până la 50 livre Până la 100 livre

Partea 6. Observații

1. Utilizați această secțiune ca spațiu suplimentar pentru a răspunde la orice întrebare anterioară. De asemenea, folosiți acest spațiu pentru a furniza orice informații suplimentare care credeți că vor fi utile pentru a lua o decizie în ceea ce privește solicitarea dumneavoastră de invaliditate (cum ar fi informații despre alte boli sau leziuni care nu au fost enumerate anterior).

Se completează de către intervievator

2. Vorbește solicitantul limba engleză? Da Nu Dacă nu, ce limbă vorbește acesta/ aceasta:
3. Solicitantul are nevoie de asistență pentru procesarea solicitării sale? Da Nu
Dacă da, completați datele de contact ale părții terțe de la pagina 1.
4. Indicați care dintre dificultățile de mai jos, dacă există, au fost observate în timpul interviului solicitantului.
- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Citirea | <input type="checkbox"/> Scrierea | <input type="checkbox"/> Răspunsul la întrebări | <input type="checkbox"/> Auzul |
| <input type="checkbox"/> Șederea | <input type="checkbox"/> Înțelegerea | <input type="checkbox"/> Utilizarea mâinilor | <input type="checkbox"/> Respiratul |
| <input type="checkbox"/> Văzul | <input type="checkbox"/> Mersul | <input type="checkbox"/> Altele (precizați): | |
| <input type="checkbox"/> NICIUNA OBSERVATĂ | | | |

În cazul în care a fost bifat unul dintre punctele de mai sus, descrieți concret dificultatea respectivă:

5. Există vreo evaluare ABD în așteptare / în curs? Da Nu

Sănătate fizică; data: _____

Sănătate mentală; data: _____

6. Descrieți complet solicitantul (de exemplu, constituția generală, înălțimea, greutatea, comportamentul, orice dificultăți care se adaugă sau completează cele menționate mai sus):

SEMNĂTURA INTERVIEWATORULUI

DATA

NUMELE INTERVIEWATORULUI (TEHNOREDACTAȚI SAU
CU LITERE DE TIPAR)

NUMĂRUL DE TELEFON AL INTERVIEWATORULUI (ȘI PREFIXUL ZONEI)

BIROUL DE SERVICII COMUNITARE