

| | |
|--|------------------------|
| آدرس پستی DSHS DSHS, PO BOX 11699 TACOMA WA 98411-9905 | |
| شماره فکس DSHS 888-338-7410 | شماره تلفن DSHS () |
| شماره شناسایی پرونده/مشرتی | |

ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)



الزامات ABAWD:
گزارش پزشکی

ABAWD Requirement: Medical Report

لطفاً از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید.

| | |
|--|-------------------------------------|
| بخش 1. توسط مشتری تکمیل شود نام مشتری (لطفاً با حروف مجزای انگلیسی بنویسید) | |
| شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) | |
| تأییدیه مشارکت بیمار/مشرتی: اجازه می‌دهم اطلاعات پزشکی و/یا شرکت در برنامه توانبخشی درخواست شده به سازمان خدمات اجتماعی و درمانی ارائه شود. | |
| امضا بیمار/شرکت‌کننده از طرف مشتری _____ تاریخ _____ | |
| بخش 2. توسط متخصص پزشکی تکمیل شود** لطفاً به یک یا چند مورد از سوالات کادر زیر پاسخ دهید. لطفاً با ذکر حرفه یا سمت خود در سازمان، این فرم را تاریخ بگذارید و امضا کنید. ** | |
| 1. آیا این شخص باردار است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص در صورت بله، تاریخ زایمان: _____ | |
| 2. آیا این فرد مشارکت فعالی در برنامه بازتوانی شغلی، برنامه مشاوره سلامت روانی یا برنامه مشاوره یا درمان مواد یا الکل دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت بله، تاریخ اتمام پیش‌بینی شده برنامه: _____ | |
| 3. آیا این فرد دچار بیماری جسمی و/یا ذهنی یا ناتوانی، موقت یا دائمی، است که باعث شده نتواند 20 ساعت در هفته کار کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت بله، لطفاً مشخص کنید تا چه مدت زمانی به دلیل شرایط جسمانی خود قادر به 20 ساعت کار کردن در هفته نیستند: | |
| <input type="checkbox"/> کمتر از 30 روز <input type="checkbox"/> 1 تا 3 ماه <input type="checkbox"/> 3 تا 6 ماه <input type="checkbox"/> 6 تا 9 ماه <input type="checkbox"/> 9 تا 12 ماه <input type="checkbox"/> بیش از 12 ماه یا برای مدت نامعلوم | |
| بنده صحت و دقت اطلاعات ارائه شده در بالا را تأیید می‌کنم. | |
| امضا تاریخ امضا | شماره تلفن (همراه با کد شهر) () |
| نام با حروف مجزای انگلیسی عنوان/حرفه** | |
| آدرس خیابان شهر | ایالت کد پستی |

** این فرم باید توسط یکی از افراد زیر امضا شود: پزشک، کمک پزشک، نماینده تعیین شده دفتر پزشک، پرستار متخصص، متخصص استخوان‌درمانی، روانشناس مجاز یا تأیید شده، مشاور سوءمصرف مواد یا الکل، مشاور تأیید شده سلامت روانی، مددکار اجتماعی بالینی مستقل مجاز، مددکار اجتماعی تأیید شده مجاز یا مامای تأیید شده. به منظور تأیید شرکت کردن فرد در مرکز ترک اعتیاد یا برنامه مشاوره (بخش 2)، مدیر برنامه یا مشاور فرد نیز می‌توانند این اظهاریه را امضا کنند.