Washington State
Department of Social
& Health Services

건강/장애 상태 서류 요청서

Documentation Request for Medical/Disability Condition

의료보험 제공자 귀하:

_____ (의뢰자 성명) 분 께서 저희에게 진술해 주시기를 현 건강 상태가 구직, 취업 준비, 교육 수업, 훈련, 혹은 근로등을 포함한 WorkFirst (워크퍼스트)의 활동 참여를 방해하거나 제한하고 있다고 합니다.

이 제한 사항들을 설명할 수 있게 동봉된 양식을 완성해 주십시오.

저희는 이 정보를 이용해 구직, 취업 준비, 교육 수업, 훈련, 혹은 근로에 주 40시간까지의 참여 정도를 결정할 것입니다.

부디 _____ (마감 날짜)까지 정보를 제공해 주시기 바랍니다. 만일 저희가 귀하에게서 어떤 정보도 받지 않는다면, 위에 기술된 종류의 활동에 주 40시간까지 전임 참여하도록 요구할 수 있습니다.

만일 귀하께서 질문이 있으시거나 저희에게 정보를 보낼 시간이 더 필요하신 경우, 제 전화번호 _____ (요원 전화번호)로 전화해 주시기 바랍니다.

감사합니다.

_____

요원 성명

Washington State Department of Social & Health Services

WORKFIRST

건강/장애 상태 서류 요청서
Documentation Request for Medical/Disability Condition

의뢰인 성명	의뢰인 신원확인 번호
WORKFIRST 스태프 성명	전화번호
지역 서비스 오피스 (CSO) 주소	

위의 거론된 이름의 개인의 제한사항을 결정할 수 있도록 부서를 도와주고 싶으시면, 다음 정보를 제공해 주십시오:

1. 특별한 편의나 고려를 필요로하는 특정한 신체적, 정신적, 감정적, 혹은 발달적 문제를 이 개인은 가지고 있습니까?
   ☐ 예 ☐ 아니오 만일 예이면, 어떤 상태나 진단 종류인지 기술해 주십시오:

   어떤 테스트나 연구 리포트등에 의해 확인된 것입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 만일 예이면, 해당 문서들을 첨부해 보내주십시오.

2. 이 상태가 개인이 일하는 능력을 제한시킵니까? (예: 무거운 물건들기, 오랫동안 서있거나 앉아있기, 지시 따르기, 구부리기, 높은 곳 닿기, 연장된 시간동안 집중하기, 반복 동작, 사람들과의 상호 연관, 그리고/혹은 화학 약품, 합성 물질등에 노출되는 것) ☐ 예 ☐ 아니오

   만일 예이면, 제한 사항을 상세히 기술해 주십시오.

   만일 예이면, 이 개인은 다음 주중 시간 제한정도에 다음과 같이 제한되어야 합니다:
   ☐ 0 시간 (참여 불가능) ☐ 1 - 10 시간 ☐ 11 - 20시간 ☐ 21 - 30 시간 ☐ 31 - 40 시간

3. 이 상태가 개인의 취업 준비와 구직에 관련된 활동 참여 능력을 제한합니까? (예: 연장된 시간동안 앉아있는 것이 포함되는 교육 혹은 직업훈련 수업 출석하기, 기억력, 읽기/쓰기, 그리고 정보 수집이 필요한 취업 신청서 작성하기, 약속 정하고 지키기, 교통수단 이용하기, 줄서기, 인터뷰 참여하기, 고용계획 서식 따르기, 그리고/혹은 자기 옹호하기) ☐ 예 ☐ 아니오

   만일 예이면, 어떻게 제한하는지 기술해 주십시오.

   만일 예이면, 이 개인은 다음 주중 시간 제한정도에 다음과 같이 제한되어야 합니다:
   ☐ 0 시간 (참여 불가능) ☐ 1 - 10 시간 ☐ 11 - 20시간 ☐ 21 - 30 시간 ☐ 31 - 40 시간

4. 이 개인은 물건 들기와 나르기에 어떤 제한이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

   만일 예이면, 이 개인은 다음 제한 사항이 있습니다:

   ☐ 좌업 (坐業; 앉아서 하는) 노동: 종종 5 파운드까지 들어야하고 때로 최고 10 파운드까지 들어야 함.

   ☐ 경량 노동: 종종 10 파운드까지 들어야하고 때로 최고 20 파운드까지 들어야 함.

   ☐ 중량 노동: 종종 25 파운드까지 들어야 하고 때로 최고 50 파운드까지 들어야 함.

5. 이 개인의 상태가 서비스를 이용하는데 영향을 줍니까? (예: 전화 이용하기, 치료 받기, 약속 정하기와 지키기, 교통 수단 이용하기, 서비스 장소 찾기) ☐ 예 ☐ 아니오

   만일 예이면, 설명하십시오:

6. 얼마나 오랫동안 이 개인의 상태가 일할 수 있는 능력, 구직 활동, 혹은 업무훈련 활동을 제한하겠습니까?

   _____ 주 _____ 달 _____ 이것은 영구적인 상태입니다.

7. 이 개인의 건강관련 상태 혹은 장애 문제를 다룰 특정 치료 계획이 세워져 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

   만일 예이면, 치료 계획을 기술해 주십시오.

8. 더 많은 평가나 감정이 필요한 특정한 문제들이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

   만일 예이면, 어떤 종류의 감정이나 평가가 필요한지 그리고 어떤 분야의 전문가가 조회되어야 하는지 기술해 주십시오.

건강/정신 의료 보험 공급자/기타 전문가

서명	날짜	전화번호

성명

주소	도시	주	우편번호
		WA	

정보 공개 허가

본인 _____은, 오직 본인의 WorkFirst 프로그램에 참여할 수 있는 능력 정도를 평가하는데만 쓰이도록, 이 양식에 있는 정보와 일하는데 방해가 되는 질병/상해 상태를 입증하는 의료 기록 정보를 Department of Social and Health Services (사회 보건부) 에 공개하는 것을 허가합니다. 본인은 이 공개가 의료 기록에 일부분일 경우 정신 건강, 음주 혹은 약물 중독 그리고 HIV/AIDS (에이즈)를 포함한 성병 (STD) 검사 결과에 관련된 특정한 진단상 테스트나 치료 정보가 포함된다는 것을 이해합니다. (워싱턴 주 개정 코드 (RCW) 78.24.105)

환자 서명	날짜

지침 사항

DSHS WorkFirst 케이스 매니저/사회 보건부 요원: 이 양식의 목적은 건강 상태나 장애의 결과로 개인이 일하고, 직장을 찾고, 훈련에 참여하고 혹은 서비스를 이용하는데 영향이 있을때 Individual Responsibility Plan (개인 책임 계획)을 발전시키는데 조력해드리기 위함입니다. **이 양식의 이용은 만일 다른 서류들이 존재할 경우 의무적이 아닙니다.** 귀하께서는 신청인/수령인이 관련 전문 서비스 공급자를 통해 이 양식을 완성하도록 가져갈 수 있게 할 수 있고 혹은 귀하가 공급자에게 직접 우편으로 부치실 수 있습니다. 만일 귀하가 이 양식을 우편으로 부치시기로 했다면, 양식이 올바른 사람에게 반송될 수 있도록 귀하의 성명이 포함된 자가주소 요금별납 봉투를 동봉해 주십시오.

DSHS 고객:

이 양식의 목적은 귀하의 건강 문제들을 검토하고 귀하의 특정 필요와 제한이 가장 잘 맞을 개인의 Individual Responsibility Plan 을 만들 귀하의 케이스 매니저 혹은 사회 보건부 요원을 돕기 위해 의료 제공자로부터 정보를 얻기 위함입니다.

의사/의료보험 제공자: 성인 의뢰인이 공공 보조 (TANF)를 받기 위해서는, 일해야 하는 것이 요구되기에, 적극적으로 직장을 찾거나 혹은 주 32 - 40 시간의 노동을 할 수 있게 훈련을 받아야 합니다. 어떤 의뢰인들은 건강관련 문제로 인해 이 요구사항을 충족시키지 못할 수도 있습니다. 이 의뢰인들은 일시적으로 노동 활동으로부터 보류되거나, 제한된 시간안에서만 참여할 수 있거나, 혹은 특정 종류의 노동 활동을 피해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 이 양식을 완성하셔서 의뢰인에게 주거나 혹은 동봉된 봉투를 이용해 WorkFirst 매니저나 사회 보건부 요원에게 보내거나, 혹은 저희에게 귀하의 기록에 이미 기재된 개인의 제한 사항이 기술되어있는 어떤 메모, 편지 혹은 다른 서류들을 보내주십시오.