Washington State Department of Social & Health Services

STATEMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND EMPLOYMENT
DEKLARATË SHËNDETËSORE, ARSIMORE DHE E PUNËSIMIT

A. TË DHËNAT E KLIENTIT

EMRI I KLIENTIT	NUMRI I TELEFONIT TË KLIENTIT	NUMRI NJEHSUES I KLIENTIT
GJINIA ☐ Mashkull ☐ Femër	DATËLINDJA	NUMRI I SIGURIMEVE SHOQËRORE

Keni bërë kërkesë apo keni marrë ndonjë nga të mëposhtmet:

☐ Kompensim pune/për punën në industri
☐ Kompensim papunësie
☐ Paaftësi nga sigurimet shoqërore ose SSI
☐ Përfitime veterani (VA)

B. TË DHËNA SHËNDETËSORE

1. Jeni i paaftë të punoni për arsye shëndetësore? ☐ Po ☐ Jo
   Nëse po, paraqitni të dhënat e mëposhtme:
   a. Na e thoni problemin tuaj shëndetësor:

   b. Na thoni pse ky problem nuk ju lejon që të punoni tani:

2. Keni humbur ndonjë punë (ose më shumë se një punë) në të kaluarën për shkak të këtij problemi shëndetësor?
   ☐ Po ☐ Jo
   Nëse po, na tregoni për këtë humbje pune:

C. TË DHËNA MJEKIMI

SËMUNDJA PËR TË CILËN JENI MJEKUAR	MJEKU OSE SPITALI MJEKUES	DATA E FUNDIT E VIZITËS

D. ARSIMI DHE TRAINIMI

1. Cila është gjuha juaj parësore? _____
2. Cila është klasa më e lartë që keni mbaruar në shkollë (kopshti-12) _____
3. Diplomë shkolle të mesme? ☐ Po ☐ Jo Diplomë të barasvlershme me atë të shkollës së mesme? ☐ Po ☐ Jo
4. Keni ndjekur arsim special? ☐ Po ☐ Jo
5. Arsim shtesë ose trainim në punë, si p.sh. shkollë të lartë, shkollë biznesi, trainim në punë ose profesional.

LLOJI I TRAINIMIT	DATAT E FREKUENTIMIT	E PËRFUNDUAR		ÇERTIFIKATË LIÇENSE OSE DIPLOMIMIN DHE VITIN
		PO	JO	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	

E. HISTORI PUNE

1. Cilin konsideroni profesionin tuaj të zakonshëm? _____

C. HISTORI PUNE (VAZHDIM)

2. Shkruani tri (3) punët tuaja të fundit duke filluar me më të fundit (po qe, përfshini edhe punët e përmendura në B2):

DETYRAT E PUNËS	ORËT NË JAVË	MUAJI DHE VITI		PSE PËRFUNDOI PUNA?
		FILLIMI	FUNDI	

3. Çfarë lloj tjetër pune keni bërë në pesë (5) vitet e fundit.

4. Çfarë zotësi pune keni? Përfshini edhe ndonjë pasion si p.sh. rrobaqepësi, zdrukthtari, riparim makinash.

5. Çfarë lloj ndihme ose shërbimesh ju nevojiten për t'u kthyer në punë?

NËSE JUA PËRKTHEU OSE JU NDIHMOI DIKUSH TA PLOTËSONI KËTË FORMULAR, VINI KËTU EMRIN E TYRE DHE MARRËDHËNIEN ME JU

Unë deklaroj nën ndëshkimin e përgënjeshtrimit se të dhënat e dhëna nga unë në këtë deklaratë arsimimi, punësimi dhe shëndetësore janë të vërteta, të sakta dhe të plota me sa di unë. Unë e kuptoj se Departamenti i Shërbimeve Shoqërore dhe Shëndetësore mund të më kërkojë të paraqes vërtetim për deklaratën.

NËNSHKRIMI I KLIENTIT	DATA

E. VETËM PËR PËRDORIM ZYRE

1. Vëzhgime shëndetësore fizike/mendore, duke përfshirë veti ose karakteristika domethënëse: _____

2. Pengesa ndaj punësimit ose shërbimesh të tjera pune, hollësira të historisë së arsimit special: _____

3. Histori abuzimi substance: _____

4. Përdorim i agjencive të tjera të shërbimit; p.sh. Divizioni i Rehabilitimit Profesional, Siguria e Punësimit: _____

5. Përdorimi i shërbimeve mbështetëse, p.sh. strehimi, banka ushqimore, transportimi, familje ose miq, kisha: _____

EMRI I PUNONJËSIT	DATA E INTERVISTËS