Washington State Department of Social & Health Services

STATEMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND EMPLOYMENT / DECLARAȚIE DE SĂNĂTATE, EDUCAȚIE ŞI MUNCĂ

A. INFORMAȚIILE CLIENTULUI

NUMELE CLIENTULUI	TELEFONUL CLIENTULUI	NUMĂRUL DOCUMENTULUI DE IDENTIFICARE A CLIENTULUI
SEX ☐ Masculin ☐ Feminin	DATA NAŞTERII	SOCIAL SECURITY NUMBER

Ați solicitat sau ați primit oricare dintre următoarele:

☐ Labor and Industries/Worker's Compensation ☐ Social Security pentru infirmitate sau SSI
☐ Ajutor de Şomaj (Unemployment) ☐ Beneficii pentru veterani (VA)

B. INFORMAȚII MEDICALE

1. Sunteți în imposibilitate de a lucra din cauza unei condiții medicale? ☐ Da ☐ Nu
   Dacă da, furnizați următoarele informații:
   a. Descrieți problemele dumneavoastră medicale:

   b. Explicați care este motivul pentru care aceste probleme vă impiedică să lucrați acum:

2. Ați pierdut un servici (sau mai multe) în trecut din cauza aceleiaşi condiții medicale? ☐ Da ☐ Nu
   Dacă da, furnizați amănunte despre această pierdere de servici:

C. INFORMAȚII DESPRE TRATAMENT

CONDIȚIA PENTRU CARE SUNTEȚI TRATAT	DOCTORUL SAU SPITALUL CARE VĂ TRATEAZĂ	DATA LA CARE AȚI FOST VĂZUT ULTIMA DATĂ DE ACEŞTIA

D. EDUCAȚIE ŞI PREGĂTIRE

1. Care este limba dumneavoastră maternă? _____

2. Care este cea mai înaltă clasă absolvită? _____

3. Diploma de Liceu? ☐ Da ☐ Nu GED? ☐ Da ☐ Nu

4. Ați participat în ore de educație specială? ☐ Da ☐ Nu

5. Educație suplimentară sau pregătire pentru muncă, ca de exemplu, şcoli tehnice, şcoli de comerț, pregătire la locul de muncă sau şcoli profesionale:

TIPUL PREGĂTIRII	DATELE PARTICIPĂRII	ABSOLVENT		CERTIFICAT, LICENȚA SAU TITLU ŞI ANUL
		DA	NU	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	

E. ISTORIA MUNCII

1. Care considerați că este ocupația normală a dumneavoastră? _____

C. ISTORIA MUNCII (CONTINUARE)

2. Indicați care au fost ultimele trei (3) servicii începând cu cel mai recent (includeți serviciile indicate la punctul B.2., dacă este cazul):

SARCINILE DE SERVICI	ORE PE SĂPTĂMÂNĂ	LUNA ŞI ANUL		DE CE AȚI ÎNCETAT SERVICIUL?
		ÎNCEPUT LA	TERMINAT	

3. Ce alte tipuri de muncă ați executat în ultimii 5 ani?

4. Ce meserii aveți? Includeți orice ocupații preferate (hoby) cum ar fi cusut, tâmplărie, reparații auto.

5. De ce fel de ajutor sau servicii aveți nevoie pentru a vă putea întoarce în câmpul muncii?

DACĂ CINEVA A TRADUS SAU V-A AJUTAT LA COMPLETAREA ACESTUI FORMULAR, INDICAȚI AICI NUMELE ACESTEI PERSOANE ŞI RELAȚIA FAȚĂ DE DUMNEAVOASTRĂ:

Declar sub pedeapsa pentru declarații mincinoase că informațiile furnizate de mine în această Declarație de Educație, Muncă şi Sănătate sunt adevărate, corecte, şi complete conform informațiilor pe care le am. Înțeleg că Department of Social and Health Services îmi poate cere să prezint dovezi pentru declarațiile mele.

SEMNĂTURA CLIENTULUI	DATA

E. NUMAI PENTRU OFICIU

1. Observații despre sănătatea fizică/mintală, incluzând semne sau caracteristici semnificante: _____

2. Bariere împotriva angajării sau alte servicii de angajare, detalii despre istoria educației speciale: _____

3. Istoria abuzului de substanțe: _____

4. Folosirea altor agenții de servicii; exemplu Division of Vocational Rehabilitation, Employment Security: _____

5. Folosirea serviciilor de suport, exemplu housing, food bank, transport, familie sau prieteni, biserici: _____

NUMELE FUNCȚIONARULUI	DATA INTERVIULUI