Washington State Department of Social & Health Services

IZJAVA O ZDRAVLJU, OBRAZOVANJU I ZAPOSLENJU

STATEMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND EMPLOYMENT

A. PODACI O KLIJENTU

IME KLIJENTA	BROJ TELEFONA KLIJENTA	IDENTIFIKACIONI BROJ KLIJENTA
POL ☐ Muški ☐ Ženski	DATUM ROĐENJA	SOCIJALNI BROJ

Da li ste ikada podnijeli molbu za ili primali bilo šta od slijedećeg:

☐ Industrijsko osiguranje/Naknada za povrijeđene radnike ☐ Invalidnina ili SSI

☐ Naknada za nezaposlene ☐ Boračke beneficije (VA)

B. ZDRAVSTVENI PODACI

1. Jeste li nesposobni za rad zbog svog zdravstvenog stanja? ☐ Da ☐ Ne
   Ako jeste, dostavite slijedeće podatke:
   a. Izložite svoj(e) zdravstveni(e) problem(e):

   b. Objasnite nam zašto Vas ovaj(i) problem(i) onemogućava(ju) da radite sada:

2. Jeste li izgubili posao (ili više poslova) u prošlosti zbog istog zdravstvenog problema? ☐ Da ☐ Ne
   Ako jeste, opišite kako se to desilo:

C. PODACI O LIJEČENJU

PROBLEM ZBOG KOJEG STE BILI PODVRGNUTI LIJEČENJU	LJEKAR ILI BOLNICA GDJE STE SE LIJEČILI	ZADNJI PUT KAD STE PREGLEDANI

D. OBRAZOVANJE I OBUKA

1. Koji je Vaš maternji jezik? _____
2. Koji je najviši završeni stepen Vašeg obrazovanja (Predškolsko obrazovanje – 12): _____
3. Jeste li završili srednju školu? ☐ Da ☐ Ne GED (vanredno završena srednja škola)? ☐ Da ☐ Ne
4. Da li ste pohađali časove specijalnog obrazovanja? ☐ Da ☐ Ne
5. Dodatno obrazovanje ili obuka za posao u vidu fakulteta, poslovne škole, profesionalne obuke na poslu:

VRSTA OBUKE	DATUMI POHAĐANJA	ZAVRŠENA		POTVRDA DOZVOLA ILI STEPEN I GODINA
		DA	NE	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	

E. RADNA ISTORIJA

1. Šta smatrate svojim uobičajenim zanimanjem? _____

C. RADNA ISTORIJA (NASTAVAK)

2. Navedite svoja zadnja tri (3) posla počevši prvo sa zadnjim poslom (navedite i poslove navedene na B.2., ako odgovaraju ovom kriteriju):

RADNA ZADUŽENJA	SATI SEDMIČNO	MJESEC I GODINA		ZAŠTO STE PRESTALI RADITI?
		POČETAK	KRAJ	

3. Koje druge vrste poslova ste radili u zadnjih pet (5) godina?

4. Kakve radne sposobnosti imate? Navedite i eventualne hobije kao što su šivanje, rad s drvetom, popravak vozila.

5. Kakvu vrstu pomoći ili usluga trebate da biste se vratili na posao?

AKO VAM JE NEKO PREVEO ILI POMOGAO DA POPUNITE OVAJ FORMULAR, UNESITE IME TE OSOBE I VEZU S VAMA

Izjavljujem, svjestan/na kazne za lažno zaklinjanje da su podaci koje sam dao/la na ovoj Izjavi o obrazovanju, zaposlenju i zdravlju istiniti, tačni i potpuni, koliko ja to najbolje znam. Razumijem da Odjel socijalnih i zdravstvenih usluga može od mene tražiti da dostavim dokaz o ovim izjavama.

POTPIS KLIJENTA	DATUM

E. OFFICE USE ONLY

1. Physical/mental health observations, including significant features or characteristics:_____

2. Barriers to employment or other job services, details of special education history:_____

3. Substance abuse history:_____

4. Use of other service agencies; e.g., Division of Vocational Rehabilitation, Employment Security:_____

5. Use of support services, e.g., housing, food bank, transportation, family or friends, churches:_____

WORKER'S NAME	WORKER'S NAME