Washington State
Department of Social
& Health Services

DISABILITY REPORT / RAPORT DE INFIRMITATE

Medical Disability Decision / Decizie de Infirmitate Medicală
DSHS 14-144A

Formularul Raport de Infirmitate, DSHS 14-144A, colectează informaţii despre infirmitatea clientului, evidenţa medicală şi istoria muncii pentru a fi folosite de Division of Disability Determination (DDDS) la determinarea infirmităţii medicale.

Lucrătorul Social (Social Worker) iniţiază DSHS 14-144A. Lucrătorul Social trebuie să verifice că numele lucrătorului, Community Services Office (CSO) şi numărul de telefon sunt indicate în formular. Marcaţi căsuţa apropriată pentru a indica dacă decizia de infirmitate solicitată este pentru Non-Grant Medical Assistance (NGMA) sau pentru Healthcare for Workers with Disabilities (HWD). Anexaţi formularul completat la pachetul deciziei de infirmitate.

1. Lucrătorul Social completează partea de sus indicând numele, Social Security Number (SSN) şi condiţia de infirmitate a clientului.

2. Lucrătorul Social poate ajuta clientul la completarea Părţii 1 - Informaţii despre Condiţia Dumneavoastră. Datele nu trebuie să fie exacte, dar trebuie să reflecteze luna şi anul.

3. Lucrătorul Social poate ajuta clientul la completarea Părţii a 2-a - Informaţii despre Datele Medicale ale Dumneavoastră. Este important să fie identificaţi medicii şi sursele de tratament cât mai complet posibil.

4. Lucrătorul Social poate ajuta clientul la completarea Părţii a 3-a - Informaţii despre Activităţile Dumneavoastră. Lucrătorul Social trebuie să verifice informaţiile pentru a se asigura că limitele clientului sunt identificate în mod clar.

5. Lucrătorul Social poate ajuta clientul la completarea Părţii a 4-a - Informaţii despre Educaţia Dumneavoastră. Trebuie să fie arătat dacă orele de şcoală sunt ore de Educaţie Specială.

6. Lucrătorul Social poate ajuta clientul la completarea Părţii a 5-a - Informaţii despre Munca Dumneavoastră. Nu trebuie identificate toate companiile la care aţi lucrat, numai tipul muncii.

7. Lucrătorul Social poate ajuta clientul la completarea Punctului 1 din Partea a 6-a - Remarci. Punctele de la 2 la 6 trebuiesc completate de către Lucrătorul Social.

Washington State Department of Social & Health Services

DISABILITY REPORT / RAPORT DE INFIRMITATE

Medical Disability Decision / Decizia Medicală de Infirmitate

CERERE PENTRU:
- ☐ Asistenţă Medicală Fără Alocaţie (NGMA)
- ☐ Îngrijire Medicală pentru Lucrătorii cu Infirmităţi (HWD)

Acest formular este completat de un lucrător al serviciilor sociale în timpul interviului cu solicitantul sau cu reprezentantul acestuia. **Vă rugăm să dactilografiaţi, sau scrieţi clar şi să răspundeţi la toate punctele cât puteţi de bine.** Răspundeţi la toate întrebările. **Răspunsurile complete ajută la procesarea cererii.** ***Dacă aveţi nevoie de spaţiu suplimentar pentru a răspunde la întrebările din formular, treceţi la partea a 6-a sau anexaţi pagini suplimentare.***

1. NUMELE SOLICITANTULUI	2. SOCIAL SECURITY NUMBER	3. NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUDEŢI AREA CODE)

4. CARE ESTE CONDITIA DE INFIRMITATE A DUMNEAVOASTRĂ? EXPLICATI PE SCURT RANA SAU BOALA CARE VĂ ÎMPIEDICĂ SĂ LUCRATI.

PARTEA 1. INFORMAŢII DESPRE CONDIŢIA DUMNEAVOASTRĂ

1. La ce dată a început prima dată să vă supere condiţia dumneavoastră? _____ LUNA ZIUA ANUL

		DA	NU
2A.	Aţi mai lucrat după data indicată la punctul 1. de mai sus? *Dacă răspunsul e nu, treceţi la 3A. şi 3B. de mai jos.*	☐	☐
2B.	**Dacă aţi răspuns da la 2A.,** v-a fortat condiţia dumneavoastră să schimbaţi:		
	Serviciul sau sarcinile de servici?	☐	☐
	Orele lucrate?	☐	☐
	Prezenţa?	☐	☐
	Orice altceva în legătură cu munca?	☐	☐

2C. **Dacă aţi răspuns da, la oricare dintre punctele din 2B.,** explicaţi care sunt schimbările în circumstanţele muncii dumneavoastră, datele la care au avut loc şi cum a făcut condiţia dumneavoastră ca aceste schimbări să fie necesare:

3A. Când v-a obligat condiţia dumneavoastră să încetaţi munca în final _____ LUNA ZIUA ANUL

3B. Explicaţi cum vă impiedica să munciţi condiţia dumneavoastră:

PARTEA 2. INFORMAŢII DESPRE DATELE MEDICALE ALE DUMNEAVOASTRĂ

1. Mentionaţi următoarele informaţii despre doctorul care are ultimele date medicale asupra condiţiei infirmitaţii dumneavoastră:

☐ **Marcaţi aici dacă solicitantul NU are doctor.**

NUMELE DOCTORULUI	3. NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUDEŢI AREA CODE)	CÂT DE DES SUNTEŢI VĂZUT DE ACEST DOCTOR?
ADRESA		DATA LA CARE AŢI FOST EXAMINAT PRIMA DATĂ DE ACEST DOCTOR
BOLI SAU RĂNI PENTRU CARE ATI FOST EXAMINAT SAU TRATAT		DATA LA CARE AŢI FOST EXAMINAT ULTIMA DATĂ DE ACEST DOCTOR

TIPUL DE TRATAMENT SAU MEDICAMENTE PRIMITE (DE EXEMPLU OPERAŢIE, CHIMOTERAPIE, RADIAŢII, ŞI MEDICAMENTE PE CARE LE LUAŢI PENTRU BOALA SAU RANA DUMNEAVOASTRĂ DACĂ LE ŞTIŢI. DACĂ NU PRIMIŢI TRATAMENT SAU MEDICAMENTE INDICAŢI NICIUNA ORI NONE).

2. Aţi fost examinat şi de alţi doctori de la începutul infirmităţii? ☐ Da ☐ Nu **Dacă da, răspundeţi la următoarele.**

NUMELE DOCTORULUI	3. NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUDEŢI AREA CODE)	CÂT DE DES SUNTEŢI VĂZUT DE ACEST DOCTOR?
ADRESA		DATA LA CARE AŢI FOST EXAMINAT PRIMA DATĂ DE ACEST DOCTOR
BOLI SAU RĂNI PENTRU CARE ATI FOST EXAMINAT SAU TRATAT		DATA LA CARE AŢI FOST EXAMINAT ULTIMA DATĂ DE ACEST DOCTOR

TIPUL DE TRATAMENT SAU MEDICAMENTE PRIMITE (DE EXEMPLU OPERAŢIE, CHIMOTERAPIE, RADIAŢII, ŞI MEDICAMENTE PE CARE LE LUAŢI PENTRU BOALA SAU RANA DUMNEAVOASTRĂ DACĂ LE ŞTIŢI. DACĂ NU PRIMIŢI TRATAMENT SAU MEDICAMENTE INDICAŢI NICIUNA ORI NONE).

Dacă aţi fost examinat şi de alţi doctori de la începutul acestei boli sau răniri, anexaţi pagini suplimentare cu informaţiile de mai sus.

PARTEA A 2-a.INFORMAŢII DESPRE DATELE MEDICALE ALE DUMNEAVOASTRĂ (CONTINUARE)

3. Aţi fost spitalizat sau tratat într-o clinică pentru condiţia infirmităţii dumneavoastră? ☐ Da ☐ Nu **Dacă da, răspundeţi la următoarele.**

NUMELE SPITALULUI SAU CLINICII	ADRESA
NUMĂRUL DE PACIENT SAU CLINICĂ	

Aţi fost internat (aţi stat acolo cel puţin o noapte)?
☐ Da ☐ Nu **Dacă da, răspundeţi la următoarele**

NUMĂRUL DE PACIENT SAU CLINICĂ	NUMĂRUL DE PACIENT SAU CLINICĂ

Aţi fost pacient ne-internat? ☐ Da ☐ Nu
Dacă da, care au fost datele vizitelor dumneavoastră?

BOALA SAU RANA PENTRU CARE ATI FOST EXAMINAT SAU TRATAT

TIPUL DE TRATAMENT SAU MEDICAMENTE PRIMITE (DE EXEMPLU OPERAŢIE, CHIMOTERAPIE, RADIAŢII, ŞI MEDICAMENTE PE CARE LE LUAŢI PENTRU BOALA SAU RANA DUMNEAVOASTRĂ DACĂ LE ŞTIŢI. DACĂ NU PRIMIŢI TRATAMENT SAU MEDICAMENTE INDICAŢI NICIUNA ORI NONE).

4. Dacă aţi fost internat şi în alt spital sau clinică, răspundeţi la următoarele:

NUMELE SPITALULUI SAU CLINICII	ADRESA
NUMĂRUL DE PACIENT SAU CLINICĂ	

Aţi fost internat (aţi stat acolo cel puţin o noapte)?
☐ Da ☐ Nu **Dacă da, răspundeţi la următoarele**

NUMĂRUL DE PACIENT SAU CLINICĂ	NUMĂRUL DE PACIENT SAU CLINICĂ

Aţi fost pacient ne-internat? ☐ Da ☐ Nu
Dacă da, care au fost datele vizitelor dumneavoastră?

BOALA SAU RANA PENTRU CARE ATI FOST EXAMINAT SAU TRATAT

TIPUL DE TRATAMENT SAU MEDICAMENTE PRIMITE (DE EXEMPLU OPERAŢIE, CHIMOTERAPIE, RADIAŢII, ŞI MEDICAMENTE PE CARE LE LUAŢI PENTRU BOALA SAU RANA DUMNEAVOASTRĂ DACĂ LE ŞTIŢI. DACĂ NU PRIMIŢI TRATAMENT SAU MEDICAMENTE INDICAŢI NICIUNA ORI NONE).

Dacă aţi fost internat şi în alte spitale sau clinici pentru boala sau rana dumneavoastră indicaţi numele, adresele, numerele de pacient sau clinică, datele şi motivele, în Partea a 6-a., sau anexaţi pagini suplimentare.

5. Aţi avut vreunul dintre următoarele teste în timpul anului trecut? Marcaţi căsuţa apropriată de mai jos si, dacă răspunsul este „da“, indicaţi unde şi când a avut loc testul respectiv.

TEST	DA	NU	UNDE A AVUT LOC	CÂND A AVUT LOC
Electro-cardiogramă	☐	☐		
Radioscopie	☐	☐		
Alte raze-X (specificaţi tipul):	☐	☐		
Teste de repiraţie	☐	☐		
Analiza Sângelui	☐	☐		
Altele (specificaţi tipul):	☐	☐		

6. Dacă aveţi un card Medicaid, care este numărul acestuia: _____

PARTEA A 3-a. INFORMAŢII DESPRE ACTIVITĂŢILE DUMNEAVOASTRĂ

1. V-a recomandat doctorul dumneavoastră să reduceţi sau să vă limitaţi activităţile în orice formă? ☐ Da ☐ Nu
Dacă da, indicaţi numele doctorului şi descrieţi ce v-a spus acesta în legătură cu reducerea sau limitarea activităţilor dumneavoastră.

PARTEA A 3-a. INFORMAŢII DESPRE ACTIVITĂTILE DUMNEAVOASTRĂ (CONTINUARE)

2. Descrieţi care sunt activităţile dumneavoastră zilnice în următoarele zone şi indicaţi ce anume şi cât anume faceţi fiecare dintre acestea şi cât de des o faceţi.

- Întreţinerea locuinţei (incluzând gătit, curăţenie, cumpărături şi treburi obişnuite în jurul casei)
- Activităţi recreaţionale şi hobby-uri (vânat, pescuit, popice, alpinism, instrumente muzicale, etc.)
- Contacte sociale (vizite cu prietenii, rudele, vecinii)
- Altele (mersul cu maşina, motocicleta, autobuzul, etc.)

PARTEA A 4-a. INFORMAŢII DESPRE EDUCAŢIA DUMNEAVOASTRĂ

1. Care este cea mai înaltă clasă şcolară absolvită de dumneavoastră? _____ În ce an? _____
2. Aţi frecventat o şcoală de meserii sau profesională, sau aţi avut orice fel de educaţie specială?
   ☐ Da ☐ Nu **Dacă da, răspundeţi la următoarele.**

TIPUL SCOLII DE MESERII SAU PROFESIONALE SAU AL CALIFICĂRII	DATELE APROXIMATIVE LA CARE ATI FRECVENTAT

CUM A FOST FOLOSITĂ ACEASTĂ PREGĂTIRE SAU CALIFICARE ÎN MUNCA PE CARE ATI FĂCUT-O

PARTEA A 5-a. INFORMAŢII DESPRE MUNCA PE CARE AŢI FĂCUT-O

1. Indicaţi toate serviciile pe care le-aţi avut în ultimii 15 ani înainte de a înceta lucrul, începând cu serviciul dumneavoastră obişnuit. Aceasta înseamnă felul de muncă pe care l-aţi facut cel mai mult timp. Dacă aveţi educaţie de numai 6 clase sau mai puţin, SI aţi făcut numai muncă grea, necalificată, timp de 35 de ani sau mai mult, indicaţi toate serviciile pe care le-aţi avut de când aţi început să lucraţi. Dacă aveţi nevoie de spaţiu suplimentar, ataşaţi pagini suplimentare sau descrieţi în Partea a 6-a.

FUNCŢIA	TIPUL SERVICIULUI	DE LA	PÂNĂ LA	ZILE PE SĂPTĂMÂNĂ	RATA DE PLATĂ (PE ORĂ, ZI, SĂPTĂMÂNĂ, LUNĂ SAU AN)

2A. La serviciul dumneavoastră obişnuit, indicat mai sus:

	DA	NU
Folosiţi maşini, unelte sau echipament de orice fel?	☐	☐
Folosiţi cunoştinţe sau calificări tehnice?	☐	☐
Faceţi notaţii, completaţi rapoarte, sau executaţi sarcini asemănătoare?	☐	☐
Aveţi responsabilităţi de supraveghetor?	☐	☐

2B. Explicaţi toate răspunsurile „da“ prin descrierea completă a: tipurilor de maşini, unelte, sau echipament pe care le-aţi folosit şi care a fost operaţia exactă pe care aţi efectuat-o, cunoştinţele tehnice şi calificările implicate; tipul de notaţii pe care le-aţi făcut şi natura oricăror rapoarte; şi numărul de persoane pe care le-aţi supravegheat şi gradul dumneavoastră de supraveghere.

PARTEA A 5-a. INFORMAŢII DESPRE MUNCA PE CARE AŢI FĂCUT-O (CONTINUARE)

2C. Descrieţi tipul şi cantitatea de activitate fizică pe care aţi avut-o la muncă în timpul unei zile obişnuite prin marcarea celui mai potrivit răspuns indicat mai jos.

Câte ore pe zi aţi:								
Mers pe jos?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Stat în picioare?								
Stat pe scaun?								

PARTEA A 6-a. REMARCI

Folosiţi această parte ca spaţiu suplimentar pentru a răspunde la oricare dintre întrebările precedente. Deasemenea, folosiţi acest spaţiu pentru a furniza orice informaţii suplimentare care consideraţi că pot ajuta la luarea unei decizii referitoare la infirmitatea dumneavoastră (ca de exemplu alte boli sau accidentări neindicate mai sus).

SEMNĂTURA LUCRĂTORULUI SOCIAL	DATA	NUMELE LUCRĂTORULUI SOCIAL (CU LITERE DE TIPAR SAU DE MÂNĂ)