

Kwestionariusz dotyczący niepełnosprawności”:

DO WYPEŁNIENIA PRZEZ THE STATE DISABILITY REVIEW UNIT:

IMIĘ I NAZWISKO:

Imię: _____

Drugie imię: _____

Nazwisko: _____

Numer Social Security (SSN) (ostatnie 4 cyfry): _____

Data urodzenia: _____

Numer telefonu: _____

Case Number: _____

Client ID Number (CIN): _____

Disability ID Number (DIN): _____

Medicaid application date: _____

Medicaid Waiver? Yes No

Waiver type: _____

Czy kiedykolwiek ubiegał(a) się Pan(i) w Social Security Administration (SSA) o świadczenia z tytułu niepełnosprawności?
 Tak Nie

Jeżeli „Tak”, to kiedy? (miesiąc/rok) _____ Data wydania decyzji SSA: (miesiąc/rok) _____

Jaka była decyzja? _____

W przypadku odmowy świadczeń, jaki był powód (medyczny lub niemedyczny)? _____

Czy odwołał(a) się Pan(i) od decyzji? Tak Nie Jeżeli „Tak”, to kiedy? (miesiąc/rok) _____

CZĘŚĆ I – INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

A. Proszę wymienić wszystkie swoje schorzenia (diagnozy):

B. W jaki sposób Pana/Pani schorzenia wpływają na Pana/Pani zdolność funkcjonowania? (Proszę uwzględnić wszelkie ograniczenia zdolności wykonywania codziennych czynności oraz czynności związanych z pracą).

C. Proszę wymienić leki, które Pan(i) zażywa (lub dołączyć listę).

CZĘŚĆ II – INFORMACJE O DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Aby wydać orzeczenie o niepełnosprawności, potrzebna jest aktualna dokumentacja medyczna umożliwiająca ocenę ograniczeń fizycznych lub psychicznych. Jeżeli w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie miał(a) Pan(i) kontaktu z placówką służby zdrowia w związku ze swoimi ograniczeniami, można umówić badanie konsultacyjne w lokalnej agencji.

A. Czy ma Pan(i) lekarza pierwszego kontaktu? Tak Nie
(Jeżeli „Tak”, proszę podać jego imię i nazwisko, adres, numer telefonu.)

Data ostatniej wizyty (miesiąc/rok):

B. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odwiedził(a) Pan(i) inną placówkę służby zdrowia? Tak Nie
(Jeżeli „Tak”, proszę wypełnić poniższą część.)
Proszę wpisać imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu wszystkich przedstawicieli personelu służby zdrowia (np. lekarzy, pielęgniarek/pielęgniarzy i asystentów lekarza, psychologów, fizykoterapeutów / terapeutów zajęciowych / logopedów, audiologów itp., z którymi miał(a) Pan(i) kontakt w ciągu ostatnich 12 miesięcy). (Dostępne są arkusze uzupełniające.)

Imię i nazwisko:	Numer telefonu:	Adres:
Powód wizyty:		
Imię i nazwisko:	Numer telefonu:	Adres:
Powód wizyty:		
Imię i nazwisko:	Numer telefonu:	Adres:
Powód wizyty:		

C. Czy korzystał(a) Pan(i) z opieki medycznej w szpitalu lub w innej placówce opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Tak Nie
(Jeżeli „Tak”, proszę wypełnić poniższą część.)

Proszę wpisać nazwę i adres wszystkich szpitali i innych placówek opieki zdrowotnej, w których leczył(a) się Pan(i) w ciągu ostatnich 12 miesięcy. (Dostępne są arkusze uzupełniające).

Nazwa:	Adres:
Powód:	
Nazwa:	Adres:
Powód:	
Nazwa:	Adres:
Powód:	

D. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystał(a) Pan(i) z usług jakichkolwiek agencji pomagających Panu/Pani w związku z Pana/Pani niepełnosprawnością/ograniczeniami? Tak Nie
(Jeżeli „Tak”, proszę wypełnić poniższą część.)

Proszę wymienić nazwy i adresy wszelkich innych agencji, do których zwracał(a) się Pan(i) z prośbą o pomoc w związku ze swoimi schorzeniami w ciągu ostatnich 12 miesięcy (np. agencje rehabilitacji zawodowej, agencje zatrudnienia wspomaganego lub agencje mieszkaniowe, agencje zarządzania przypadkami itp.).

Nazwa:	Adres:
Powód:	
Nazwa:	Adres:
Powód:	
Nazwa:	Adres:
Powód:	

CZĘŚĆ III - INFORMACJE NA TEMAT WYKSZTAŁCENIA I UMIEJĘTNOŚCI CZYTANIA I PISANIA

Jeżeli orzeczenie o niepełnosprawności nie może zostać wydane wyłącznie na podstawie stanu zdrowia, do określenia niepełnosprawności zostaną wykorzystane czynniki takie jak wykształcenie, umiejętność czytania i pisanie oraz historia pracy.

A. Jaki jest najwyższy poziom ukończonego przez Pana(-ią) wykształcenia? _____

B. Jeżeli ma Pan(i) dziecko w wieku do 21 lat uczęszczające do szkoły lub biorące udział w programie zawodowym, proszę podać nazwę i adres szkoły lub programu.

Nazwa szkoły/programu: _____

Adres: _____

Proszę wypełnić DOH-5173, Authorization for Release of Medical Information dotyczące formularza HIPAA dla tej szkoły/programu.

C. Czy uczestniczył(a) Pan(i) w zajęciach z edukacji specjalnej w szkole? Tak Nie

D. Czy otrzymał(a) Pan(i) jakąś specjalną pomoc lub udogodnienia w szkole? Tak Nie (Jeżeli „Tak”, to proszę je opisać.)

(Jeżeli posiada Pan(i) kopię swojego IEP, proszę ją dołączyć do formularzy.)

E. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odbył(a) Pan(i) jakiegokolwiek szkolenie zawodowe lub dodatkowe kształcenie? Tak Nie

(Jeżeli „Tak”, proszę je opisać.)

F. Czy potrafi Pan(i) przeczytać prostą wiadomość w dowolnym języku (np. prostą instrukcję lub listę pozycji)? Tak Nie

G. Czy potrafi Pan(i) napisać prostą wiadomość w dowolnym języku? Tak Nie

H. Czy do wypełnienia tego wniosku potrzebował(a) Pan(i) pomocy lub tłumacza? Tak Nie
(Jeżeli „Tak”, proszę podać swój główny język.)

CZĘŚĆ IV - INFORMACJE O PRACY WYKONYWANEJ W CIĄGU OSTATNICH 15 LAT

Czy pracował(a) Pan(i) zawodowo w ciągu ostatnich 15 lat? Tak Nie

Jeżeli TAK, proszę jak najbardziej szczegółowo wymienić prace (do 5), które wykonywał(a) Pan(i) W CIĄGU OSTATNICH 15 LAT, zaczynając od ostatnio wykonywanej pracy.

Daty zatrudnienia:	Stanowisko:	Typ firmy/działalności:
Od: _____		
Do: _____	Liczba przepracowanych godzin/tydzień: _____	Stawka wynagrodzenia: _____
Proszę opisać swoje podstawowe obowiązki:		
W ciągu typowego dnia, ile godzin spędzał(a) Pan(i): Na stojąco _____ Chodząc _____ Na siedząco _____		
Jak często podnosił(a) Pan(i) ciężary? _____ funtów		
Przyczyna odejścia:		

Daty zatrudnienia:	Stanowisko:	Typ firmy/działalności:
Od: _____		
Do: _____	Liczba przepracowanych godzin/tydzień: _____	Stawka wynagrodzenia: _____
Proszę opisać swoje podstawowe obowiązki:		
W ciągu typowego dnia, ile godzin spędzał(a) Pan(i): Na stojąco _____ Chodząc _____ Na siedząco _____		
Jak często podnosił(a) Pan(i) ciężary? _____ funtów		
Przyczyna odejścia:		

Daty zatrudnienia:	Stanowisko:	Typ firmy/działalności:
Od: _____		
Do: _____	Liczba przepracowanych godzin/tydzień: _____	Stawka wynagrodzenia: _____
Proszę opisać swoje podstawowe obowiązki:		
W ciągu typowego dnia, ile godzin spędzał(a) Pan(i): Na stojąco _____ Chodząc _____ Na siedząco _____		
Jak często podnosił(a) Pan(i) ciężary? _____ funtów		
Przyczyna odejścia:		

CZĘŚĆ IV:

CIĄG DALSZY NA NASTĘPNEJ STRONIE

CZĘŚĆ IV - INFORMACJE O PRACY WYKONYWANEJ W CIĄGU OSTATNICH 15 LAT
CIĄG DALSZY

Daty zatrudnienia:	Stanowisko:	Typ firmy/działalności:
Od: _____		
Do: _____	Liczba przepracowanych godzin/tydzień: _____	Stawka wynagrodzenia: _____
Proszę opisać swoje podstawowe obowiązki:		
W ciągu typowego dnia, ile godzin spędzał(a) Pan(i): Na stojąco _____ Chodząc _____ Na siedząco _____		
Jak często podnosił(a) Pan(i) ciężary? _____ funtów		
Przyczyna odejścia:		

Daty zatrudnienia:	Stanowisko:	Typ firmy/działalności:
Od: _____		
Do: _____	Liczba przepracowanych godzin/tydzień: _____	Stawka wynagrodzenia: _____
Proszę opisać swoje podstawowe obowiązki:		
W ciągu typowego dnia, ile godzin spędzał(a) Pan(i): Na stojąco _____ Chodząc _____ Na siedząco _____		
Jak często podnosił(a) Pan(i) ciężary? _____ funtów		
Przyczyna odejścia:		

Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz (drukowanymi literami):	Data:
Numer telefonu:	