

AGENCY/ADDRESS: _____

Case Number: _____

Client ID Number (CIN): _____

Disability ID Number (DIN): _____

NAME:

First: _____

Middle: _____

Last: _____

ЧАСТЬ II. ДАННЫЕ О МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ

Факт наличия инвалидности устанавливается на основании актуальных медицинских данных, позволяющих оценить степень имеющихся у вас физических и/или психических нарушений. Если в течение последних 12 месяцев вы не обращались к поставщику медицинских услуг с имеющимся у вас нарушением, вам может быть назначен консультативный осмотр.

В. Обращались ли вы в течение последних 12 месяцев к другим поставщикам медицинских услуг? Да Нет
(Если да, заполните пункты ниже.)

Укажите имена, фамилии, адреса и номера телефонов всех поставщиков медицинских услуг, к которым вы обращались в течение последних 12 месяцев (например, врачей, практикующих медсестер / фельдшеров, психотерапевтов, физиотерапевтов / специалистов по трудотерапии / логопедов, аудиологов и т. д.). (Можно использовать дополнительные листы.)

Полное имя:	Телефон:	Адрес:
Причина обращения:		
Полное имя:	Телефон:	Адрес:
Причина обращения:		
Полное имя:	Телефон:	Адрес:
Причина обращения:		

С. Оказывалась ли вам в течение последних 12 месяцев медицинская помощь в больнице или другом медицинском учреждении? Да Нет
(Если да, заполните пункты ниже.)

Укажите названия и адреса всех больниц и других медицинских учреждений, в которые вы обращались за помощью в течение последних 12 месяцев. (Можно использовать дополнительные листы.)

Полное имя:	Адрес:
Причина:	
Название:	Адрес:
Причина:	
Название:	Адрес:
Причина:	