

استبيان حول الإعاقة

إدارة الصحة في ولاية نيويورك
وحدة مراجعة حالات الإعاقة في الولاية

تم استكماله من قِبَل وحدة مراجعة حالات الإعاقة في الولاية:

Case Number: _____

Client ID Number (CIN): _____

Disability ID Number (DIN): _____

Medicaid application date: _____

Medicaid Waiver? Yes No

Waiver type: _____

الاسم:

الاسم الأول: _____

الاسم الأوسط: _____

اسم العائلة: _____

رقم الضمان الاجتماعي (آخر أربعة أرقام): _____

تاريخ الميلاد: _____

رقم الهاتف: _____

هل سبق لك أن تقدمت بطلب إلى إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) للحصول على مخصصات الإعاقة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ (شهر/سنة) _____ تاريخ قرار إدارة الضمان الاجتماعي: (شهر/سنة) _____

ماذا كان القرار؟

في حالة رفض منحك المخصصات، ماذا كان السبب (طبي أو غير طبي)؟ _____

هل طلبت الطعن على القرار؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى؟ (شهر/سنة) _____

الجزء الأول – معلومات حول حالاتك الطبية

أ. يُرجى ذكر جميع حالاتك الطبية (التشخيصات):

ب. كيف تؤثر حالاتك الطبية على قدرتك الوظيفية؟ (يُرجى تضمين أي قيود تؤثر على قدرتك على أداء أنشطة الحياة اليومية والأنشطة المتعلقة بالعمل).

ج. يُرجى ذكر أدويةك (أو إرفاق قائمة بها).

الجزء الثاني - معلومات حول سجلاتك الطبية

من أجل تحديد حالة الإعاقة، يلزم وجود دليل طبي حالي لتقييم إعاقاتك الجسدية و/أو العقلية. إذا لم تكن قد زرت مقدم رعاية طبية من أجل إعاقاتك (إعاقاتك) خلال آخر 12 شهرًا، فقد ترتب الوكالة المحلية اختبارًا استشاريًا لك.

أ. هل لديك مقدم رعاية أولية؟ نعم لا
(إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم الاسم والعنوان ورقم الهاتف.)

تاريخ آخر زيارة (شهر/سنة): _____

ب. هل زرت أي مقدم (مقدمي) آخر للرعاية الطبية خلال آخر 12 شهرًا؟ نعم لا
(إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى إكمال القسم أدناه.)

يُرجى ذكر أسماء وعناوين وأرقام هواتف جميع مقدمي الخدمات الطبية الذين زرتهم خلال آخر 12 شهرًا (مثل: الأطباء، الممرضين الممارسين/مساعدتي الأطباء، استشاريي الصحة العقلية، أخصائيي العلاج الطبيعي/العلاج الوظيفي/التخاطب، أخصائيي السمعيات، ما إلى ذلك). (تتوفر أوراق للمتابعة.)

الاسم:	رقم الهاتف:	العنوان:
سبب الزيارة:		
الاسم:	رقم الهاتف:	العنوان:
سبب الزيارة:		
الاسم:	رقم الهاتف:	العنوان:
سبب الزيارة:		

ج. هل تلقيت الرعاية الطبية في أحد المستشفيات أو أحد مرافق الرعاية الصحية الأخرى خلال آخر 12 شهرًا؟ نعم لا
(إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى إكمال القسم أدناه.)

يُرجى ذكر أسماء وعناوين جميع المستشفيات والمرافق الطبية الأخرى التي تلقيت فيها العلاج في آخر 12 شهرًا.
(تتوفر أوراق للمتابعة.)

الاسم:	العنوان:
السبب:	
الاسم:	العنوان:
السبب:	
الاسم:	العنوان:
السبب:	

د. هل تلقيت خدمات من أي وكالات لمساعدتك في إعاقاتك (إعاقاتك) خلال آخر 12 شهرًا؟ نعم لا
(إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى إكمال القسم أدناه.)

يُرجى ذكر اسم وعنوان أي وكالة أخرى زرتها للحصول على المساعدة في حالاتك الطبية خلال آخر 12 شهرًا (مثل وكالات إعادة التأهيل المهني، ووكالات التوظيف أو الإسكان المدعوم، ووكالات إدارة الحالة، ما إلى ذلك).

الاسم:	العنوان:
السبب:	
الاسم:	العنوان:
السبب:	
الاسم:	العنوان:
السبب:	

الجزء الثالث – معلومات حول التعليم ومهارات القراءة والكتابة

إذا تعذر تحديد الإعاقة بناءً على حالتك الطبية وحدها، فسيتم استخدام عوامل التعليم ومهارات القراءة والكتابة وتاريخ العمل لتحديد الإعاقة.

أ. ما هو أعلى مستوى صف دراسي وصلت إليه؟

ب. إذا كان لديك طفل يصل عمره إلى 21 عامًا ملتحقًا بمدرسة أو ببرنامج مهني، يُرجى ذكر اسم وعنوان المدرسة أو البرنامج.

اسم البرنامج/المدرسة:

العنوان:

يُرجى إكمال نموذج DOH-5173، التصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA) إلى المدرسة/البرنامج.

ج. هل شاركت (تشارك) في فصول تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة؟ نعم لا

د. هل تلقيت (تتلقى) أي مساعدة أو تسهيلات خاصة في المدرسة؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى الوصف.)

(إذا كان لديك نسخة من برنامج التعليم الفردي (IEP) الخاص بك، يُرجى تضمينها مع النماذج المعاد إرسالها.)

هـ. هل تلقيت أي تدريب مهني أو تعليم إضافي خلال آخر 12 شهرًا؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى الوصف.)

و. هل يمكنك قراءة رسالة بسيطة بأية لغة (مثل تعليمات بسيطة أو قائمة عناصر)؟ نعم لا

ز. هل يمكنك كتابة رسالة بسيطة بأي لغة؟ نعم لا

ح. هل كانت المساعدة أو وجود مترجم فوري أمر ضروري لإكمال هذا الطلب؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى ذكر لغتك الأساسية.)

الجزء الرابع - معلومات عن العمل الذي قمت به في آخر 5 عامًا

هل عملت في آخر 5 عامًا؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى سرد الوظائف (حتى 5 وظائف) التي قمت بها في آخر 5 عامًا، بأكبر قدر من المعلومات التفصيلية، بدءًا من آخر وظيفة لك.

نوع العمل:	المسمى الوظيفي:	تواريخ التوظيف:
		من: _____ إلى: _____
معدل الأجر:	عدد الساعات/الأسبوع:	
صف واجباتك الأساسية:		
خلال يوم عادي، كم ساعة قمت بما يلي: الوقوف _____ المشي _____ الجلوس _____		
كم من الأثقال كنت ترفع في كثير من الأحيان؟ _____ أرتال		
سبب ترك العمل:		

نوع العمل:	المسمى الوظيفي:	تواريخ التوظيف:
		من: _____ إلى: _____
معدل الأجر:	عدد الساعات/الأسبوع:	
صف واجباتك الأساسية:		
خلال يوم عادي، كم ساعة قمت بما يلي: الوقوف _____ المشي _____ الجلوس _____		
كم من الأثقال كنت ترفع في كثير من الأحيان؟ _____ أرتال		
سبب ترك العمل:		

نوع العمل:	المسمى الوظيفي:	تواريخ التوظيف:
		من: _____ إلى: _____
معدل الأجر:	عدد الساعات/الأسبوع:	
صف واجباتك الأساسية:		
خلال يوم عادي، كم ساعة قمت بما يلي: الوقوف _____ المشي _____ الجلوس _____		
كم من الأثقال كنت ترفع في كثير من الأحيان؟ _____ أرتال		
سبب ترك العمل:		

الجزء الرابع
تابع في الصفحة التالية

الجزء الرابع - معلومات عن العمل الذي قمت به في آخر 5 عامًا
تابع

نوع العمل:	المسمى الوظيفي:	تواريخ التوظيف:
		من: _____
معدل الأجر:	عدد الساعات/الأسبوع:	إلى: _____
صف واجباتك الأساسية:		
خلال يوم عادي، كم ساعة قمت بما يلي: الوقوف _____ المشي _____ الجلوس _____		
كم من الأثقال كنت ترفع في كثير من الأحيان؟ أرطال _____		
سبب ترك العمل:		

نوع العمل:	المسمى الوظيفي:	تواريخ التوظيف:
		من: _____
معدل الأجر:	عدد الساعات/الأسبوع:	إلى: _____
صف واجباتك الأساسية:		
خلال يوم عادي، كم ساعة قمت بما يلي: الوقوف _____ المشي _____ الجلوس _____		
كم من الأثقال كنت ترفع في كثير من الأحيان؟ أرطال _____		
سبب ترك العمل:		

--	--

اسم الشخص الذي يكمل النموذج (يرجى الكتابة بأحرف واضحة):	التاريخ:
رقم الهاتف:	