

COMPILATO DALLO STATE DISABILITY REVIEW UNIT
(UNITÀ STATALE PER LA VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ):

NOME:

Nome: _____

Secondo nome: _____

Cognome: _____

Numero di previdenza sociale (ultime quattro cifre): _____

Data di nascita: _____

N. di telefono: _____

Case Number: _____

Client ID Number (CIN): _____

Disability ID Number (DIN): _____

Medicaid application date: _____

Medicaid Waiver? Yes No

Waiver type: _____

Ha mai richiesto i sussidi per disabilità alla Social Security Administration (SSA) (Amministrazione per la previdenza sociale)? Sì No

Se "Sì", quando? (mese/anno) _____ Data decisione della SSA: (mese/anno) _____

Qual è stata la decisione? _____

Se le sono stati negati i sussidi, qual è stato il motivo (medico o non medico)? _____

Ha fatto ricorso contro la decisione? Sì No Se "Sì", quando? (mese/anno) _____

PARTE I – INFORMAZIONI SULLE SUE CONDIZIONI DI SALUTE

A. Elenchi le sue condizioni di salute (diagnosi):

B. In che modo le sue condizioni di salute incidono sulla sua capacità di provvedere a se stesso/a? (Includa qualsiasi limitazione nella capacità di svolgere le attività della vita quotidiana e le attività legate al lavoro).

C. Elenchi le medicine da assumere (o alleggi un elenco).

PARTE II – INFORMAZIONI SULLE SUE CARTELLE CLINICHE

Al fine di compiere un accertamento dell'invalidità sono necessari documenti medici in corso di validità per valutare le sue disabilità fisiche e/o mentali. Se non è stato/a sottoposto/a a visita da un medico per le sue disabilità negli ultimi 12 mesi, potrebbe essere fissato un esame consultivo da parte dell'agenzia locale.

A. Ha un medico di base? Sì No
(Se "Sì", indichi nome, indirizzo e numero di telefono.)

Data dell'ultima visita (mese/anno): _____

B. Ha consultato altri medici negli ultimi 12 mesi? Sì No
(Se "Sì", compili la sezione sottostante).

Elenchi nomi, indirizzi e numeri di telefono di tutti i medici che ha consultato negli ultimi 12 mesi (ad es., medici di base, infermieri/assistenti, consulenti per la salute mentale, fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, audiologi, ecc.). (Sono disponibili fogli aggiuntivi).

Nome:	Numero di telefono:	Indirizzo:
Motivo della visita:		
Nome:	Numero di telefono:	Indirizzo:
Motivo della visita:		
Nome:	Numero di telefono:	Indirizzo:
Motivo della visita:		

C. Ha ricevuto cure mediche in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria negli ultimi 12 mesi? Sì No
(Se "Sì", compili la sezione sottostante).

Elenchi nomi e indirizzi degli ospedali o delle altre strutture di assistenza sanitaria in cui ha ricevuto cure negli ultimi 12 mesi. (Sono disponibili fogli aggiuntivi).

Nome:	Indirizzo:
Motivo:	
Nome:	Indirizzo:
Motivo:	
Nome:	Indirizzo:
Motivo:	

D. Ha ricevuto servizi da un'agenzia per assisterla nella sua disabilità negli ultimi 12 mesi? Sì No
(Se "Sì", compili la sezione sottostante).

Elenchi nomi e indirizzi di qualsiasi altra agenzia da cui ha ricevuto assistenza per le sue condizioni mediche negli ultimi 12 mesi (ad es., agenzie di riabilitazione professionale, agenzie di inserimento lavorativo assistito o di assistenza abitativa, agenzie di gestione dei casi, ecc.).

Nome:	Indirizzo:
Motivo:	
Nome:	Indirizzo:
Motivo:	
Nome:	Indirizzo:
Motivo:	

PARTE III – INFORMAZIONI SU ISTRUZIONE E COMPETENZE LINGUISTICHE

Se non fosse possibile condurre un accertamento di invalidità sulla base delle sole condizioni mediche, si terrà conto anche di fattori quali istruzione, competenze linguistiche ed esperienza lavorativa per determinare il grado di invalidità.

A. Qual è il più alto livello di istruzione da lei ottenuto? _____

B. Se ha un/a figlio/a di massimo 21 anni che frequenta la scuola o un programma professionale, indichi il nome e l'indirizzo della scuola o del programma.

Nome della scuola/programma: _____

Indirizzo: _____

Si prega di compilare il modulo DOH-5173, Autorizzazione al rilascio di informazioni mediche ai sensi del modulo HIPAA per questa scuola/programma.

C. Partecipa o ha partecipato a corsi di educazione speciale a scuola? Sì No

D. A scuola riceve/ha ricevuto assistenza o sistemazioni speciali? Sì No (Se "Sì", descrivere).

[Se ha una copia del suo IEP (Programma educativo personalizzato), lo alleggi ai moduli restituiti].

E. Ha ricevuto formazione professionale o istruzione supplementare negli ultimi 12 mesi? Sì No
(Se "Sì", descrivere).

F. È in grado di leggere un messaggio semplice in inglese (come istruzioni semplici o un elenco di voci)? Sì No

G. È in grado di scrivere un messaggio semplice in inglese? Sì No

H. La compilazione di questa domanda ha richiesto assistenza o l'aiuto di un interprete? Sì No
(Se "Sì", indichi la sua lingua principale).

PARTE IV – INFORMAZIONI SUL SUO STATO OCCUPAZIONALE DEGLI ULTIMI 5 ANNI

Ha lavorato negli ultimi 5 anni? Sì No

In caso affermativo, elenchi nel modo più dettagliato possibile i lavori (fino a 5) che ha svolto NEGLI ULTIMI 5 ANNI, iniziando dal lavoro più recente.

Date di assunzione:	Qualifica:	Tipo di occupazione:
Da: _____		
A: _____	Numero di ore/settimana: _____	Retribuzione: _____
Descriva le sue mansioni principali:		
In una giornata tipo, per quante ore: Stava in piedi _____ Camminava _____ Stava seduto/a _____		
Quanto peso sollevava di frequente? _____ kg		
Motivo della cessazione:		

Date di assunzione:	Qualifica:	Tipo di occupazione:
Da: _____		
A: _____	Numero di ore/settimana: _____	Retribuzione: _____
Descriva le sue mansioni principali:		
In una giornata tipo, per quante ore: Stava in piedi _____ Camminava _____ Stava seduto/a _____		
Quanto peso sollevava di frequente? _____ kg		
Motivo della cessazione:		

Date di assunzione:	Qualifica:	Tipo di occupazione:
Da: _____		
A: _____	Numero di ore/settimana: _____	Retribuzione: _____
Descriva le sue mansioni principali:		
In una giornata tipo, per quante ore: Stava in piedi _____ Camminava _____ Stava seduto/a _____		
Quanto peso sollevava di frequente? _____ kg		
Motivo della cessazione:		

PARTE IV

CONTINUA ALLA PAGINA SEGUENTE

PARTE IV – INFORMAZIONI SUL SUO STATO OCCUPAZIONALE DEGLI ULTIMI 5 ANNI
CONTINUA

Date di assunzione:	Qualifica:	Tipo di occupazione:
Da: _____		
A: _____	Numero di ore/settimana: _____	Retribuzione: _____
Descriva le sue mansioni principali:		
In una giornata tipo, per quante ore: Stava in piedi _____ Camminava _____ Stava seduto/a _____		
Quanto peso sollevava di frequente? _____ kg		
Motivo della cessazione:		

Date di assunzione:	Qualifica:	Tipo di occupazione:
Da: _____		
A: _____	Numero di ore/settimana: _____	Retribuzione: _____
Descriva le sue mansioni principali:		
In una giornata tipo, per quante ore: Stava in piedi _____ Camminava _____ Stava seduto/a _____		
Quanto peso sollevava di frequente? _____ kg		
Motivo della cessazione:		

--

Nome della persona che compila il modulo (in stampatello):	Data:
Numero di telefono:	