

ЗАПОЛНЯЕТ STATE DISABILITY REVIEW UNIT:

**ИМЯ И ФАМИЛИЯ:**

Имя: \_\_\_\_\_

Среднее имя: \_\_\_\_\_

Фамилия: \_\_\_\_\_

Номер социального страхования (последние 4 цифры): \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Client ID Number (CIN): \_\_\_\_\_

Disability ID Number (DIN): \_\_\_\_\_

Medicaid application date: \_\_\_\_\_

Medicaid Waiver?  Yes  No

Waiver type: \_\_\_\_\_

Обращались ли Вы в Управление социального обеспечения (Social Security Administration, SSA) за назначением пособия по инвалидности?  Да  Нет

Если ответ — «Да», укажите дату обращения (месяц/год): \_\_\_\_\_

Дата решения SSA: (месяц/год): \_\_\_\_\_

Укажите, какое решение было принято: \_\_\_\_\_

В случае отказа в выдаче пособия укажите причину отказа

(медицинского или немедицинского характера): \_\_\_\_\_

Оспаривали ли Вы решение путем апелляции?  Да  Нет Если ответ — «Да», укажите дату апелляции (месяц/год): \_\_\_\_\_

**ЧАСТЬ I. ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

А. Перечислите все имеющиеся у Вас заболевания (диагнозы):

В. Укажите, как имеющиеся у Вас заболевания влияют на Вашу жизнедеятельность (опишите все испытываемые Вами ограничения в повседневной и трудовой деятельности).

С. Перечислите принимаемые Вами лекарственные препараты (или приложите отдельный список).

## 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 за помощью в отношении Вашего нарушения (нарушений), местное учреждение может назначить Вам консультативный осмотр.**

А. Есть ли у Вас основной поставщик медицинских услуг?  Да  Нет

(Если да, укажите имя и фамилию, адрес и номер телефона.)

Дата последнего визита (месяц/год): \_\_\_\_\_

В. Обращались ли Вы в течение последних 12 месяцев к другим поставщикам медицинских услуг?  Да  Нет

(Если да, заполните этот раздел.)

**Укажите имена, фамилии, адреса и номера телефонов всех поставщиков медицинских услуг, к которым Вы обращались в течение последних 12 месяцев (например, врачей, практикующих средних медработников / фельдшеров, консультантов по вопросам психического здоровья, физиотерапевтов / специалистов по эрготерапии / логопедов, аудиологов и т. д.). (Можно использовать дополнительные листы.)**

Имя и фамилия:	Номер телефона:	Адрес:
Причина обращения:		
Имя и фамилия:	Номер телефона:	Адрес:
Причина обращения:		
Имя и фамилия:	Номер телефона:	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 этот раздел.)

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.)

Название:	Адрес:
Причина:	
Название:	Адрес:
Причина:	
Название:	Адрес:
Причина:	

Д. Обращались ли Вы в течение последних 12 месяцев в другие учреждения с целью получения какой-либо помощи в связи с имеющимися у Вас заболеваниями?  Да  Нет

(Если да, заполните этот раздел.)

**Укажите названия и адреса каких-либо иных учреждений, в которые Вы обращались в течение последних 12 месяцев за помощью в связи с имеющимися у Вас заболеваниями (например, организаций по профессиональной реабилитации, агентств, предоставляющих услуги поддержки по трудоустройству, или жилищных ведомств, учреждений социального сопровождения и т. д.).**

Название:	Адрес:
Причина:	
Название:	Адрес:
Причина:	
Название:	Адрес:
Причина:	

### ЧАСТЬ III. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБРАЗОВАНИИ И УРОВНЕ ГРАМОТНОСТИ

Если факт наличия инвалидности не может быть установлен исключительно на основании имеющихся у Вас заболеваний, для установления инвалидности будут оцениваться Ваше образование, уровень грамотности и трудовой стаж.

А. Укажите наивысший уровень полученного образования: \_\_\_\_\_

В. Если у Вас есть ребенок не старше 21 года, который посещает учебное заведение или занятия по программе профессиональной подготовки, укажите название и адрес учебного заведения или программы.

Название учебного заведения или программы: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Заполните форму *DOH-5173* Разрешения на предоставление медицинской информации в соответствии с законом *HIPAA* (*Authorization for Release of Medical Information Pursuant to HIPAA*) для этой школы или программы.

С. Занимались (занимаетесь) ли Вы по программе коррекционного обучения в учебном заведении?  Да  Нет

Д. Предоставлялась (предоставляется) ли Вам специальная помощь или условия в учебном заведении?  Да  Нет  
(Если да, опишите.)

(Если у Вас имеется копия Вашего плана *IEP*, приложите ее к возвращаемым формам.)

Е. Проходили ли Вы в течение последних 12 месяцев какую-либо профессиональную подготовку или дополнительное обучение?  
 Да  Нет  
(Если да, опишите.)

Ф. Можете ли Вы прочитать простой текст на каком-либо языке (например, простые инструкции или список предметов)?  Да  Нет

Г. Можете ли Вы написать простой текст на каком-либо языке?  Да  Нет

Н. Прибегали ли Вы при заполнении данной формы к посторонней помощи или услугам переводчика?  Да  Нет  
(Если да, укажите свой основной язык.)

## ЧАСТЬ IV. ИНФОРМАЦИЯ О ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ

Занимались ли Вы трудовой деятельностью в течение последних 5 лет?  Да  Нет

Если ответ — «Да», предоставьте подробные сведения о трудовой деятельности ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ; укажите до 5 мест работы в обратном порядке, начиная с последнего.

Дата трудоустройства:	Название должности:	Вид деятельности:
С: _____		
До: _____	Количество рабочих часов/недель: _____	Ставка оплаты: _____
Опишите свои основные обязанности:		
Сколько часов во время типичного рабочего дня Вы выполняли следующие действия? Стояли: _____ Ходили: _____ Сидели: _____		
Какой вес Вы регулярно поднимали? _____ фунтов		
Причина увольнения:		

Дата трудоустройства:	Название должности:	Вид деятельности:
С: _____		
До: _____	Количество рабочих часов/недель: _____	Ставка оплаты: _____
Опишите свои основные обязанности:		
Сколько часов во время типичного рабочего дня Вы выполняли следующие действия? Стояли: _____ Ходили: _____ Сидели: _____		
Какой вес Вы регулярно поднимали? _____ фунтов		
Причина увольнения:		

Дата трудоустройства:	Название должности:	Вид деятельности:
С: _____		
До: _____	Количество рабочих часов/недель: _____	Ставка оплаты: _____
Опишите свои основные обязанности:		
Сколько часов во время типичного рабочего дня Вы выполняли следующие действия? Стояли: _____ Ходили: _____ Сидели: _____		
Какой вес Вы регулярно поднимали? _____ фунтов		
Причина увольнения:		

**ЧАСТЬ IV**  
ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ

**ЧАСТЬ IV. ИНФОРМАЦИЯ О ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ**  
**ПРОДОЛЖЕНИЕ**

Дата трудоустройства:	Название должности:	Вид деятельности:
С: _____		
До: _____	Количество рабочих часов/недель: _____	Ставка оплаты: _____
Опишите свои основные обязанности:		
Сколько часов во время типичного рабочего дня Вы выполняли следующие действия? Стояли: _____ Ходили: _____ Сидели: _____		
Какой вес Вы регулярно поднимали? _____ фунтов		
Причина увольнения:		

Дата трудоустройства:	Название должности:	Вид деятельности:
С: _____		
До: _____	Количество рабочих часов/недель: _____	Ставка оплаты: _____
Опишите свои основные обязанности:		
Сколько часов во время типичного рабочего дня Вы выполняли следующие действия? Стояли: _____ Ходили: _____ Сидели: _____		
Какой вес Вы регулярно поднимали? _____ фунтов		
Причина увольнения:		

--

Имя и фамилия лица, заполняющего форму (печатными буквами):	Дата:
Номер телефона:	