

معذوری سے متعلق سوالنامہ

اسٹیٹ ڈس ایبلٹی ریویو یونٹ کے ذریعے مکمل کیا گیا:

Case Number: _____

نام:

Client ID Number (CIN): _____

پہلا:

Disability ID Number (DIN): _____

درمیانی:

Medicaid application date: _____

آخری:

Medicaid Waiver? Yes No

سوشل سیکیورٹی نمبر (آخری 4 بندسے): _____

Waiver type: _____

تاریخ پیدائش:

ٹیلیفون نمبر:

کیا آپ نے کبھی معذوری کی مراعات کے لیے سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن (SSA) کو درخواست دی ہے؟ ہاں نہیں

اگر "ہاں" تو کب؟ (ماہ/سال) _____ SSA کے فیصلے کی تاریخ: (ماہ/سال) _____

فیصلہ کیا تھا؟

اگر مراعات کے لیے انکار کر دیا گیا تو اس کی کیا وجہ تھی (طبی یا غیر طبی)؟ _____

کیا آپ نے فیصلے کے خلاف اپیل کی؟ ہاں نہیں اگر "ہاں" تو کب؟ (ماہ/سال) _____

حصہ ایک - آپ کی طبی حالتوں کے بارے میں معلومات

A. براہ کرم اپنی تمام طبی حالتوں (تشخیصات) کو درج کریں:

B. آپ کے طبی حالات آپ کے کام کرنے کی صلاحیت کو کیسے متاثر کرتے ہیں؟ (براہ کرم روزمرہ کی زندگی اور کام سے متعلق سرگرمیوں کو انجام دینے کی اپنی صلاحیت میں کوئی بھی حد بندی شامل کریں۔)

C. براہ کرم اپنی ادویات کو درج کریں (یا فہرست منسلک کریں)۔

حصہ دو - آپ کے طبی ریکارڈز کے بارے میں معلومات

معذوری کا تعین کرنے کے لیے، آپ کے جسمانی اور/یا ذہنی عوارض کا جائزہ لینے کے لیے موجودہ طبی ثبوت کی ضرورت ہے۔ اگر آپ نے پچھلے 12 مہینوں میں اپنے عارضے کے لیے کسی طبی فراہم کنندہ کو نہیں دکھایا ہے، تو مقامی ایجنسی کی طرف سے آپ کے لیے ایک مشاورتی جانچ کا انتظام کیا جا سکتا ہے۔

A. کیا آپ کے پاس بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ ہے؟ ہاں نہیں
(اگر "ہاں" تو براہ کرم نام، پتہ، فون نمبر فراہم کریں۔)

آخری دورے کی تاریخ (ماہ/سال): _____

B. کیا آپ نے پچھلے 12 مہینوں میں کسی دوسرے طبی فراہم کنندہ کو دکھایا ہے؟ ہاں نہیں
(اگر "ہاں" تو براہ کرم نیچے کا حصہ مکمل کریں۔)

براہ کرم ان تمام طبی فراہم کنندگان کا نام، پتہ، اور فون نمبر درج کریں جنہیں آپ نے پچھلے 12 مہینوں میں دکھایا ہے (مثال کے طور پر ڈاکٹر، نرس پریکٹیشنرز/طبی معاونین، ذہنی صحت کے مشیر، جسمانی/پیشہ ورانہ/اسپیج تھراپسٹ، آڈیولوجسٹ وغیرہ)۔ (تسلسل کیلئے شیٹس دستیاب ہیں۔)

نام:	فون نمبر:	پتہ:
دیکھنے کی وجہ:		
نام:	فون نمبر:	پتہ:
دیکھنے کی وجہ:		
نام:	فون نمبر:	پتہ:
دیکھنے کی وجہ:		

C. کیا آپ نے پچھلے 12 مہینوں میں ہسپتال یا دیگر نگہداشت صحت کی سہولت گاہ میں طبی نگہداشت حاصل کی ہے؟ ہاں نہیں
(اگر "ہاں" تو براہ کرم نیچے کا حصہ مکمل کریں۔)

براہ کرم ان تمام ہسپتالوں اور دیگر طبی فیسلیٹیز کا نام اور پتہ درج کریں جہاں آپ نے پچھلے 12 مہینوں میں علاج کرانے کی کوشش کی ہے۔ (تسلسل کیلئے شیٹس دستیاب ہیں۔)

نام:	فون نمبر:	پتہ:
وجہ:		
نام:	فون نمبر:	پتہ:
وجہ:		
نام:	فون نمبر:	پتہ:
وجہ:		

D. کیا آپ نے پچھلے 12 مہینوں میں اپنے عارضے (عوارض) کے تعلق سے مدد کے لیے کسی ایجنسی سے خدمات حاصل کی ہیں؟ ہاں نہیں
(اگر "ہاں" تو براہ کرم نیچے کا حصہ مکمل کریں۔)

براہ کرم کسی دوسری ایجنسیوں کے نام اور پتے درج کریں جہاں آپ نے پچھلے 12 مہینوں میں اپنے طبی حالات میں مدد کے لیے دکھایا ہے (مثال کے طور پر، پیشہ ورانہ بحالی ایجنسیاں، معاون ملازمت یا ہاؤسنگ ایجنسیاں، کیس مینجمنٹ ایجنسیاں وغیرہ)۔

نام:	فون نمبر:	پتہ:
وجہ:		
نام:	فون نمبر:	پتہ:
وجہ:		
نام:	فون نمبر:	پتہ:
وجہ:		

حصہ تین - آپ کی تعلیم اور خواندگی کے بارے میں معلومات

اگر معذوری کا تعین صرف آپ کے طبی حالات کی بنیاد پر نہیں کیا جا سکتا ہے، تو تعلیم، خواندگی، اور کام کی تاریخ کے عوامل معذوری کا تعین کرنے کے لیے استعمال کیے جائیں گے۔

A. آپ نے اسکولنگ کی جو تعلیم مکمل کی ہے اس کی اعلیٰ ترین جماعت کی سطح کیا ہے؟ _____

B. اگر آپ کا 21 سال تک کا بچہ اسکول یا پیشہ ورانہ پروگرام میں جا رہا ہے، تو براہ کرم اسکول یا پروگرام کا نام اور پتہ فراہم کریں۔

اسکول/پروگرام کا نام: _____

پتہ: _____

براہ کرم DOH-5173 کو مکمل کریں، اس اسکول/پروگرام کے لیے HIPAA فارم کے مطابق طبی معلومات کے اجراء کی اجازت۔

C. کیا آپ اسکول میں خصوصی تعلیم کی کلاسوں میں شامل ہیں (تھے)؟ ہاں نہیں

D. کیا آپ کو اسکول میں کوئی خاص مدد یا رہائش ملی تھی (ملتی ہے)؟ ہاں نہیں (اگر "ہاں" تو براہ کرم بیان کریں۔)

(اگر آپ کے پاس اپنے IEP کی ایک کاپی ہے، تو براہ کرم اسے واپس کیے گئے فارمز کے ساتھ شامل کریں۔)

E. کیا آپ نے پچھلے 12 مہینوں میں کوئی پیشہ ورانہ تربیت یا اضافی تعلیم حاصل کی ہے؟ ہاں نہیں (اگر "ہاں" تو براہ کرم بیان کریں۔)

F. کیا آپ کسی بھی زبان میں دیے گئے آسان پیغام (جیسے آسان ہدایات، یا اشیاء کی فہرست) کو پڑھ سکتے ہیں؟ ہاں نہیں

G. کیا آپ کسی بھی زبان میں آسان پیغام لکھ سکتے ہیں؟ ہاں نہیں

H. کیا اس درخواست کو مکمل کرنے کے لیے مدد یا مترجم کی ضرورت تھی؟ ہاں نہیں (اگر "ہاں"، تو براہ کرم اپنی بنیادی زبان کی نشاندہی کریں۔)

حصہ چار - پچھلے 5 سالوں میں آپ کے کیے گئے کام کے بارے میں معلومات

کیا آپ نے پچھلے 5 سالوں میں کام کیا ہے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو زیادہ سے زیادہ تفصیل کے ساتھ، براہ کرم اپنی حالیہ ملازمت کے ساتھ شروع کر کے، گزشتہ 5 سالوں میں جو کام آپ نے کیے ہیں (5 تک) انہیں درج کریں۔

ملازمت کی تاریخیں:	جواب ٹائٹل:	کاروبار کی قسم:
منجانب:		
بنام:	گھنٹوں/بفتوں کی تعداد:	ادائیگی کی شرح:
اپنے بنیادی فرائض کی وضاحت کریں:		
ایک عام دن کے دوران، آپ نے کتنے گھنٹے کام کیے: کھڑے ہوں _____ چلیں _____ بیٹھیں _____		
اکثر آپ نے کتنا وزن اٹھایا؟ _____ پاؤنڈز		
چھوڑنے کی وجہ:		

ملازمت کی تاریخیں:	جواب ٹائٹل:	کاروبار کی قسم:
منجانب:		
بنام:	گھنٹوں/بفتوں کی تعداد:	ادائیگی کی شرح:
اپنے بنیادی فرائض کی وضاحت کریں:		
ایک عام دن کے دوران، آپ نے کتنے گھنٹے کام کیے: کھڑے ہوں _____ چلیں _____ بیٹھیں _____		
اکثر آپ نے کتنا وزن اٹھایا؟ _____ پاؤنڈز		
چھوڑنے کی وجہ:		

ملازمت کی تاریخیں:	جواب ٹائٹل:	کاروبار کی قسم:
منجانب:		
بنام:	گھنٹوں/بفتوں کی تعداد:	ادائیگی کی شرح:
اپنے بنیادی فرائض کی وضاحت کریں:		
ایک عام دن کے دوران، آپ نے کتنے گھنٹے کام کیے: کھڑے ہوں _____ چلیں _____ بیٹھیں _____		
اکثر آپ نے کتنا وزن اٹھایا؟ _____ پاؤنڈز		
چھوڑنے کی وجہ:		

حصہ IV

اگلے صفحہ پر جاری

حصہ چار - پچھلے 5 سالوں میں آپ کے کیے گئے کام کے بارے میں معلومات
جاری

ملازمت کی تاریخیں:	جاب ٹائٹل:	کاروبار کی قسم:
منجانب: _____		
بنام: _____	گھنٹوں/بفتوں کی تعداد: _____	ادائیگی کی شرح: _____
اپنے بنیادی فرائض کی وضاحت کریں:		
ایک عام دن کے دوران، آپ نے کتنے گھنٹے کام کیے: کھڑے ہوں _____ چلیں _____ بیٹھیں _____		
اکثر آپ نے کتنا وزن اٹھایا؟ _____ پاؤنٹز _____		
چھوڑنے کی وجہ: _____		

ملازمت کی تاریخیں:	جاب ٹائٹل:	کاروبار کی قسم:
منجانب: _____		
بنام: _____	گھنٹوں/بفتوں کی تعداد: _____	ادائیگی کی شرح: _____
اپنے بنیادی فرائض کی وضاحت کریں:		
ایک عام دن کے دوران، آپ نے کتنے گھنٹے کام کیے: کھڑے ہوں _____ چلیں _____ بیٹھیں _____		
اکثر آپ نے کتنا وزن اٹھایا؟ _____ پاؤنٹز _____		
چھوڑنے کی وجہ: _____		

--

فارم مکمل کرنے والے شخص کا نام (براہ کرم جلی حروف میں لکھیں):	تاریخ:
ٹیلیفون نمبر:	