

Kwestionariusz dotyczący niepełnosprawności

WYPEŁNIONY PRZEZ STANOWY ZESPÓŁ DS.
ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

IMIĘ I NAZWISKO:

Imię: _____
Drugie imię: _____
Nazwisko: _____
Numer ubezpieczenia społecznego (ostatnie 4 cyfry): _____
Data urodzenia: _____
Numer telefonu: _____

Case Number:
Client ID Number (CIN):
Disability ID Number (DIN):
Medicaid application date:
Medicaid Waiver? Yes No
Waiver type: _____

Czy kiedykolwiek ubiegał(a) się Pan/Pani o świadczenia z tytułu niepełnosprawności do Administracji Ubezpieczeń Społecznych

(Social Security Administration, SSA)? Tak Nie

Jeżeli „Tak”, to kiedy? (miesiąc/rok) _____ Data wydania decyzji SSA: (miesiąc/rok) _____

Jaka decyzja została wydana? _____

W przypadku odmowy świadczeń – jaki był powód (medyczny lub niemedyczny)? _____

Czy odwołał(a) się Pan/Pani od tej decyzji? Tak Nie Jeżeli „Tak” – kiedy? (miesiąc/rok) _____

CZĘŚĆ I – INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

A. Prosimy wymienić wszystkie swoje schorzenia (diagnozy):

B. W jaki sposób Pana/Pani schorzenia wpływają na Pana/Pani zdolność funkcjonowania? (Prosimy uwzględnić wszelkie ograniczenia zdolności wykonywania codziennych czynności oraz czynności związanych z pracą).

C. Prosimy wymienić leki, które Pan/Pani zażywa (lub dołączyć listę).

CZĘŚĆ II – INFORMACJE O DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Aby wydać orzeczenie o niepełnosprawności, potrzebna jest aktualna dokumentacja medyczna umożliwiająca ocenę ograniczeń fizycznych lub psychicznych. Jeżeli w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie miał(a) Pan/Pani kontaktu z usługodawcą medycznym w związku ze swoimi ograniczeniami, lokalna instytucja może umówić dla Pana/Pani badanie konsultacyjne.

A. Czy ma Pan/Pani lekarza podstawowej opieki zdrowotnej? Tak Nie
(Jeżeli „Tak”, prosimy podać jego imię i nazwisko, adres i numer telefonu).

Data ostatniej wizyty (miesiąc/rok): _____

B. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odwiedził(a) Pan/Pani inną placówkę opieki zdrowotnej? Tak Nie
(Jeżeli „Tak”, prosimy wypełnić poniższą część).

Prosimy wpisać imiona i nazwiska, adresy oraz numery telefonu wszystkich przedstawicieli personelu opieki zdrowotnej (np. lekarzy, pielęgniarek/pielęgniarzy i asystentów lekarza, psychologów, fizykoterapeutów / terapeutów zajęciowych / logopedów, audiologów itp., z którymi miał(a) Pan/Pani kontakt w ciągu ostatnich 12 miesięcy). (Dostępne są arkusze uzupełniające).

Imię i nazwisko:	Numer telefonu:	Adres:
Powód wizyty:		
Imię i nazwisko:	Numer telefonu:	Adres:
Powód wizyty:		
Imię i nazwisko:	Numer telefonu:	Adres:
Powód wizyty:		

C. Czy korzystał(a) Pan/Pani z opieki medycznej w szpitalu lub w innej placówce opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Tak Nie
(Jeżeli „Tak”, prosimy wypełnić poniższą część).

Prosimy wpisać nazwę i adres wszystkich szpitali i innych placówek opieki zdrowotnej, w których leczył(a) się Pan/Pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
(Dostępne są arkusze uzupełniające).

Nazwa:	Adres:
Powód:	
Nazwa:	Adres:
Powód:	
Nazwa:	Adres:
Powód:	

D. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystał(a) Pan/Pani z usług jakichkolwiek instytucji pomagających Panu/Pani w związku z Pana/Pani niepełnosprawnością/ograniczeniami? Tak Nie
(Jeżeli „Tak”, prosimy wypełnić poniższą część).

Prosimy wymienić nazwy i adresy wszelkich innych instytucji, do których zwracał(a) się Pan/Pani z prośbą o pomoc w związku ze swoimi schorzeniami w ciągu ostatnich 12 miesięcy (np. agencje rehabilitacji zawodowej, agencje zatrudnienia wspomaganego lub agencje mieszkaniowe, agencje zarządzania przypadkami itp.).

Nazwa:	Adres:
Powód:	
Nazwa:	Adres:
Powód:	
Nazwa:	Adres:
Powód:	

CZĘŚĆ III – INFORMACJE NA TEMAT WYKSZTAŁCENIA ORAZ UMIEJĘTNOŚCI CZYTANIA I PISANIA

Jeżeli orzeczenie o niepełnosprawności nie może zostać wydane wyłącznie na podstawie stanu zdrowia, do określenia niepełnosprawności zostaną wykorzystane czynniki takie jak wykształcenie, umiejętność czytania i pisanie oraz historia pracy.

A. Prosimy podać swój najwyższy poziom wykształcenia. _____

B. Jeżeli ma Pan/Pani dziecko w wieku do 21 lat uczęszczające do szkoły lub biorące udział w programie zawodowym, prosimy podać nazwę i adres szkoły lub programu.

Nazwa szkoły/programu: _____

Adres: _____

Prosimy wypełnić formularz DOH-5173, Upoważnienie do przekazywania informacji o zdrowiu na podstawie HIPAA, dla tej szkoły/programu.

C. Czy uczestniczy lub uczestniczył(a) Pan/Pani w zajęciach z edukacji specjalnej w szkole? Tak Nie

D. Czy otrzymuje lub otrzymywał(a) Pan/Pani specjalną pomoc lub zapewniano/zapewnia się udogodnienia w szkole?
 Tak Nie (Jeżeli „Tak”, prosimy opisać).

(Jeżeli posiada Pan/Pani kopię swojego planu IEP, prosimy dołączyć ją do formularzy).

E. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odbył(a) Pan/Pani jakiegokolwiek szkolenie zawodowe lub dodatkowe kształcenie?
 Tak Nie

(Jeżeli „Tak”, prosimy je opisać).

F. Czy potrafi Pan/Pani przeczytać prostą wiadomość w jakimkolwiek języku (np. prostą instrukcję lub listę pozycji)?
 Tak Nie

G. Czy potrafi Pan/Pani napisać prostą wiadomość w jakimkolwiek języku? Tak Nie

H. Czy do wypełnienia tego wniosku potrzebował(a) Pan/Pani pomocy lub tłumacza? Tak Nie
(Jeżeli „Tak”, prosimy podać swój główny język).

CZĘŚĆ IV – INFORMACJE O PRACY WYKONYWANEJ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT

Czy pracował(a) Pan/Pani zawodowo w ciągu ostatnich 5 lat? Tak Nie

Jeżeli TAK, prosimy jak najbardziej szczegółowo wymienić prace (maksymalnie 5), które wykonywał(a) Pan/Pani W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT, zaczynając od ostatnio wykonywanej pracy.

Daty zatrudnienia:	Stanowisko:	Typ firmy/działalności:
Od: _____		
Do: _____	Liczba godzin w tygodniu: _____	Stawka wynagrodzenia: _____
Prosimy opisać swoje podstawowe obowiązki:		
Ile godzin w ciągu typowego dnia spędzał(a) Pan/Pani: Na stojąco ____ Chodząc _____ Na siedząco _____		
Jaki ciężar często Pan/Pani podnosił(a)? _____ funtów		
Powód odejścia:		

Daty zatrudnienia:	Stanowisko:	Typ firmy/działalności:
Od: _____		
Do: _____	Liczba godzin w tygodniu: _____	Stawka wynagrodzenia: _____
Prosimy opisać swoje podstawowe obowiązki:		
Ile godzin w ciągu typowego dnia spędzał(a) Pan/Pani: Na stojąco ____ Chodząc _____ Na siedząco _____		
Jaki ciężar często Pan/Pani podnosił(a)? _____ funtów		
Powód odejścia:		

Daty zatrudnienia:	Stanowisko:	Typ firmy/działalności:
Od: _____		
Do: _____	Liczba godzin w tygodniu: _____	Stawka wynagrodzenia: _____
Prosimy opisać swoje podstawowe obowiązki:		
Ile godzin w ciągu typowego dnia spędzał(a) Pan/Pani: Na stojąco ____ Chodząc _____ Na siedząco _____		
Jaki ciężar często Pan/Pani podnosił(a)? _____ funtów		
Powód odejścia:		

CZĘŚĆ IV

CIĄG DALSZY NA NASTĘPNEJ STRONIE

CZĘŚĆ IV – INFORMACJE O PRACY WYKONYWANEJ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT
CIĄG DALSZY

Daty zatrudnienia:	Stanowisko:	Typ firmy/działalności:
Od: _____		
Do: _____	Liczba godzin w tygodniu: _____	Stawka wynagrodzenia: _____
Prosimy opisać swoje podstawowe obowiązki:		
Ile godzin w ciągu typowego dnia spędzał(a) Pan/Pani: Na stojąco ____ Chodząc _____ Na siedząco _____		
Jaki ciężar często Pan/Pani podnosił(a)? _____ funtów		
Powód odejścia:		

Daty zatrudnienia:	Stanowisko:	Typ firmy/działalności:
Od: _____		
Do: _____	Liczba godzin w tygodniu: _____	Stawka wynagrodzenia: _____
Prosimy opisać swoje podstawowe obowiązki:		
Ile godzin w ciągu typowego dnia spędzał(a) Pan/Pani: Na stojąco ____ Chodząc _____ Na siedząco _____		
Jaki ciężar często Pan/Pani podnosił(a)? _____ funtów		
Powód odejścia:		

--

Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz (drukowanymi literami):	Data:
Numer telefonu:	