

THE STATE DISABILITY REVIEW UNIT এর দ্বারা সম্পন্ন:

নাম:	Case Number: _____
প্রথম: _____	Client ID Number (CIN): _____
মাতার নাম: _____	Disability ID Number (DIN): _____
পদবি: _____	Medicaid application date: _____
Social Security সংখ্যা (শেষ 4 টি সংখ্যা): _____	Medicaid Waiver? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
জন্ম তারিখ: _____	Waiver type: _____
টেলিফোন নং: _____	

আপনি কি প্রতিবন্ধী সুবিধার জন্য কখনও the Social Security Administration (SSA) এ আবেদন জানিয়েছেন?  হ্যাঁ  না  
যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে কখন? (মাস/বছর) \_\_\_\_\_ SSA সিদ্ধান্তের তারিখ: (মাস/বছর) \_\_\_\_\_  
সিদ্ধান্ত কি ছিল? \_\_\_\_\_

যদি সুবিধা অস্বীকার করা হয়, তাহলে তার কারণ কি ছিল (চিকিৎসাগত নাকি অচিকিৎসাগত)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

আপনি কি সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আবেদন জানিয়েছিলেন?  হ্যাঁ  না যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে কখন? (মাস/বছর) \_\_\_\_\_

## PART I - আপনার শারীরিক অবস্থা সম্পর্কে তথ্য

A. অনুগ্রহ করে আপনার সমস্ত শারীরিক অবস্থার (রোগনির্ণয়গুলির) ব্যাপারে লিখুন:

B. আপনার শারীরিক অবস্থা কিভাবে আপনার কর্মক্ষমতাকে প্রভাবিত করে? (অনুগ্রহ করে আপনার দৈনন্দিন জীবনযাপন করার এবং কর্মসম্পাদন করার ক্ষেত্রে আপনার ক্ষমতাকে প্রভাবিত করার মতো যেকোনও সীমাবদ্ধতাগুলিকে লিখুন।)

C. অনুগ্রহ করে আপনার ঔষধগুলি লিখুন (বা তালিকা যুক্ত করুন)।

## PART II - আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ড সম্পর্কে তথ্য

প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ করার উদ্দেশ্যে আপনার শারীরিক এবং/অথবা মানসিক ক্ষতির মূল্যায়ন করার জন্য সাম্প্রতিক চিকিৎসাগত প্রমাণ প্রয়োজন। আপনার ক্ষতির (গুলির) জন্য যদি গত 12 মাসের মধ্যে আপনি কোনও চিকিৎসা প্রদানকারীর সাথে দেখা না করে থাকেন তাহলে স্থানীয় এজেন্সি দ্বারা আপনার জন্য পরামর্শমূলক পরীক্ষণের ব্যবস্থা করা যেতে পারে।

A. আপনার কি কোনও প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী আছে?  হ্যাঁ  না

(যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে নাম, ঠিকানা, ফোন নম্বর প্রদান করুন।)

শেষ সাক্ষাৎের তারিখ (মাস/বছর):

B. আপনি কি গত 12 মাসে অন্য কোনও চিকিৎসা প্রদানকারীর (দের) সাথে দেখা করেছেন?  হ্যাঁ  না

(যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে নিচের বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন।)

অনুগ্রহ করে আপনি গত 12 মাসের মধ্যে যে সমস্ত চিকিৎসা প্রদানকারীদের সাথে দেখা করেছেন তাদের নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর লিখুন (উদাহরণস্বরূপ ফিজিশিয়ান, নার্স প্র্যাকটিশনার্স, ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্টেন্টস, মানসিক স্বাস্থ্য পরামর্শদাতা, ফিজিক্যাল/অকুপেশনাল/স্পিচ থেরাপিস্ট অডিওলজিস্ট ইত্যাদি)। (ধারাবাহিকতা বজায় রাখার কাগজ উপলব্ধ।)

নাম:	ফোন নম্বর:	ঠিকানা:
দেখা করার কারণ:		
নাম:	ফোন নম্বর:	ঠিকানা:
দেখা করার কারণ:		
নাম:	ফোন নম্বর:	ঠিকানা:
দেখা করার কারণ:		

C. আপনি কি গত 12 মাসের মধ্যে কোনও হাসপাতালে বা অন্য কোনও স্বাস্থ্য পরিচর্যা কেন্দ্র থেকে চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন?

হ্যাঁ  না

(যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে নিচের বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন।)

অনুগ্রহ করে আপনি গত 12 মাসের মধ্যে যে সমস্ত হাসপাতাল এবং অন্যান্য চিকিৎসা কেন্দ্র থেকে চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন তাদের নাম এবং ঠিকানা লিখুন। (ধারাবাহিকতা বজায় রাখার কাগজ উপলব্ধ।)

নাম:	ঠিকানা:
কারণ:	
নাম:	ঠিকানা:
কারণ:	
নাম:	ঠিকানা:
কারণ:	

D. গত 12 মাসের মধ্যে আপনার ক্ষতির (গুলির) জন্য সহায়তা লাভের উদ্দেশ্যে আপনি কি কোনও এজেন্সির থেকে পরিষেবা গ্রহণ করেছেন?

হ্যাঁ  না

(যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে নিচের বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন।)

অনুগ্রহ করে আপনি শেষ 12 মাসে আপনার শারীরিক অবস্থার জন্য অন্য যে সমস্ত এজেন্সির সঙ্গে দেখা করেছেন তাদের নাম এবং ঠিকানা লিখুন (উদাহরণস্বরূপ বৃত্তিমূলক পুনর্বাসন এজেন্সি, সাহায্যমূলক চাকরি বা হাউজিং এজেন্সি, কেস ম্যানেজমেন্ট এজেন্সি, ইত্যাদি)।

নাম:	ঠিকানা:
কারণ:	
নাম:	ঠিকানা:
কারণ:	
নাম:	ঠিকানা:
কারণ:	

### PART III - আপনার শিক্ষা ও সাক্ষরতার ব্যাপারে তথ্য

যদি কেবলমাত্র আপনার শারীরিক অবস্থার ভিত্তিতে আপনার প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ করা না যায় তাহলে আপনার শিক্ষা, সাক্ষরতা, এবং কাজকর্মের ইতিহাসের মতো কারণগুলিকে প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ করার জন্য ব্যবহার করা হবে।

#### A. আপনি কতদূর অবধি পড়াশুনা করেছেন?

B. যদি আপনার 21 বছর বয়স অবধি কোনো সন্তান থাকে যে স্কুলে বা বৃত্তিমূলক প্রকল্পে যাচ্ছে, তাহলে অনুগ্রহ করে স্কুল বা বৃত্তিমূলক কর্মসূচির নাম এবং ঠিকানাটি প্রদান করুন।

স্কুল/বৃত্তিমূলক প্রকল্পের নাম:

ঠিকানা:

অনুগ্রহ করে এই স্কুলের/প্রোগ্রামের জন্য HIPAA ফর্মটি অনুসারে DOH-5173, Authorization for Release of Medical Information সম্পূর্ণ করুন।

C. আপনি কি স্কুলে কোনও বিশেষ শিক্ষার ক্লাসের সঙ্গে যুক্ত ছিলেন (আছেন)?  হ্যাঁ  না

D. আপনি কি স্কুলে কোনও বিশেষ সাহায্য বা সুবিধা পেয়েছিলেন (পাচ্ছেন)?  হ্যাঁ  না (যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন।)

(যদি আপনার কাছে আপনার IEP এর একটি প্রতিলিপি থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে জমা দেওয়ার ফর্মের সাথে সেটিকে যুক্ত করবেন।)

E. আপনি কি শেষ 12 মাসে কোনও বৃত্তিমূলক প্রশিক্ষণ বা অতিরিক্ত শিক্ষাগ্রহণ করেছেন?  হ্যাঁ  না  
(যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন।)

F. আপনি কি যেকোনো ভাষায় লেখা সরল বার্তা পড়তে পারেন (যেমন সাধারণ নির্দেশ বা জিনিসের তালিকা)?  হ্যাঁ  না

G. আপনি কি যেকোনো ভাষায় সরল বার্তা লিখতে পারেন?  হ্যাঁ  না

H. এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করার জন্য একজন সহায়কের বা দোভাষীর কি প্রয়োজন হয়েছিল?  হ্যাঁ  না  
(যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার প্রাথমিক ভাষাটি লিখুন।)

## PART IV – বিগত 15 বছরে আপনি যেসব কাজ করেছেন সেই সম্পর্কে তথ্য

আপনি কি বিগত 15 বছরে কাজ করেছেন?  হ্যাঁ  না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনার সবচেয়ে সাম্প্রতিক কাজসহ আপনি বিগত 15 বছরের মধ্যে যে কাজগুলি করেছেন সেগুলির যতটা সম্ভব বিস্তৃতভাবে একটি তালিকা (5টি কাজ পর্যন্ত উল্লেখ করে) তৈরি করুন।

চাকরির তারিখ:	চাকরির নাম:	কি ধরনের চাকরি:
শুরুর দিন: _____		
অন্তিম দিন: _____	ঘন্টা/সপ্তাহের সংখ্যা: _____	বেতনের হার: _____
আপনার মূল দায়িত্বগুলি ব্যাখ্যা করুন:		
দিনে সাধারণত আপনি কত ঘন্টা: উঠে দাঁড়ান _____ হাঁটচলা করেন _____ বসে থাকেন _____		
আপনি প্রায়শই কতটা ভারি জিনিস তোলেন? _____ পাউন্ড		
চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ:		

চাকরির তারিখ:	চাকরির নাম:	কি ধরনের চাকরি:
শুরুর দিন: _____		
অন্তিম দিন: _____	ঘন্টা/সপ্তাহের সংখ্যা: _____	বেতনের হার: _____
আপনার মূল দায়িত্বগুলি ব্যাখ্যা করুন:		
দিনে সাধারণত আপনি কত ঘন্টা: উঠে দাঁড়ান _____ হাঁটচলা করেন _____ বসে থাকেন _____		
আপনি প্রায়শই কতটা ভারি জিনিস তোলেন? _____ পাউন্ড		
চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ:		

চাকরির তারিখ:	চাকরির নাম:	কি ধরনের চাকরি:
শুরুর দিন: _____		
অন্তিম দিন: _____	ঘন্টা/সপ্তাহের সংখ্যা: _____	বেতনের হার: _____
আপনার মূল দায়িত্বগুলি ব্যাখ্যা করুন:		
দিনে সাধারণত আপনি কত ঘন্টা: উঠে দাঁড়ান _____ হাঁটচলা করেন _____ বসে থাকেন _____		
আপনি প্রায়শই কতটা ভারি জিনিস তোলেন? _____ পাউন্ড		
চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ:		

## PART IV

পরের পৃষ্ঠায় অব্যাহত

**PART IV – বিগত 15 বছরে আপনি যেসব কাজ করেছেন সেই সম্পর্কে তথ্য  
অব্যাহত**

চাকরির তারিখ:	চাকরির নাম:	কি ধরনের চাকরি:
শুরুর দিন: _____		
অন্তিম দিন: _____	ঘন্টা/সপ্তাহের সংখ্যা: _____	বেতনের হার: _____
আপনার মূল দায়িত্বগুলি ব্যাখ্যা করুন:		
দিনে সাধারণত আপনি কত ঘন্টা: উঠে দাঁড়ান _____ হাঁটচলা করেন _____ বসে থাকেন _____		
আপনি প্রায়শই কতটা ভারি জিনিস তোলেন? _____ পাউন্ড		
চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ:		

চাকরির তারিখ:	চাকরির নাম:	কি ধরনের চাকরি:
শুরুর দিন: _____		
অন্তিম দিন: _____	ঘন্টা/সপ্তাহের সংখ্যা: _____	বেতনের হার: _____
আপনার মূল দায়িত্বগুলি ব্যাখ্যা করুন:		
দিনে সাধারণত আপনি কত ঘন্টা: উঠে দাঁড়ান _____ হাঁটচলা করেন _____ বসে থাকেন _____		
আপনি প্রায়শই কতটা ভারি জিনিস তোলেন? _____ পাউন্ড		
চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ:		

ফর্মটি পূরণকারী ব্যক্তির নাম (অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন):	তারিখ:
টেলিফোন নম্বর:	