

Questionario sulla disabilità

COMPILATO DA THE STATE DISABILITY REVIEW UNIT:

NOME: _____
Nome: _____
Secondo nome: _____
Cognome: _____
Numero di Social Security (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 fatto domanda al the Social Security Administration (SSA) per sussidi di invalidità? Sì No

Se "Sì", quando? (mese/anno) Data decisione _____ 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 MEDICHE

A. Elenchi le sue condizioni mediche (diagnosi):

B. In che modo le sue condizioni mediche incidono sulla sua capacità di provvedere a se stesso/a? (Includa qualsiasi limitazione nelle sue abilità di esecuzione delle attività quotidiane e lavorative).

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 visitato 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 operatore sanitario 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.)
Per favore, 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.)

Per favore, 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.)

Per favore, 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 figlio di 21 anni massimo che frequenta la scuola o un programma professionale, indichi il nome e l'indirizzo della scuola o del programma.

Nome della scuola/programma: _____

Indirizzo: _____

Compili il DOH-5173, Authorization for Release of Medical Information conforme al modulo HIPAA per questa scuola/programma.

C. Segue o ha seguito classi di educazione speciale a scuola? Sì No

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

(Se ha una copia del suo IEP, lo alleggi ai moduli restituiti).

E. Ha ricevuto formazione professionale o istruzione supplementare negli ultimi 12 mesi? Sì No
(Se sì, per favore 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 15 ANNI

Ha lavorato negli ultimi 15 anni? Sì No

Se Sì, elenchi nel modo più dettagliato possibile i lavori (fino a 5) che ha svolto NEGLI ULTIMI 15 ANNI, iniziando dal lavoro più recente.

Date di occupazione:	Qualifica:	Tipo di occupazione:
Da: _____ A: _____		
	Numero di ore/settimana: _____	Salario: _____
Descriva le sue mansioni principali:		
In un giorno medio, per quante ore: Stava in piedi _____ Camminava _____ Stava seduto/a _____		
Quanto peso sollevava di frequente? ____ kg		
Motivo della cessazione:		

Date di occupazione:	Qualifica:	Tipo di occupazione:
Da: _____ A: _____		
	Numero di ore/settimana: _____	Salario: _____
Descriva le sue mansioni principali:		
In un giorno medio, per quante ore: Stava in piedi _____ Camminava _____ Stava seduto/a _____		
Quanto peso sollevava di frequente? ____ kg		
Motivo della cessazione:		

Date di occupazione:	Qualifica:	Tipo di occupazione:
Da: _____ A: _____		
	Numero di ore/settimana: _____	Salario: _____
Descriva le sue mansioni principali:		
In un giorno medio, 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 15 ANNI
CONTINUA

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

Date di occupazione:	Qualifica:	Tipo di occupazione:
Da: _____		
A: _____	Numero di ore/settimana: _____	Salario: _____
Descriva le sue mansioni principali:		
In un giorno medio, 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:	