

Анкета для установления инвалидности

ЗАПОЛНЕНО THE STATE DISABILITY REVIEW UNIT:

ПОЛНОЕ ИМЯ:

Имя: _____

Среднее имя: _____

Фамилия: _____

Номер Social Security (последние 4 цифры): _____

Дата рождения: _____

Телефон: _____

Case Number: _____

Client ID Number (CIN): _____

Disability ID Number (DIN): _____

Medicaid application date: _____

Medicaid Waiver? Yes No

Waiver type: _____

Обращались ли Вы в the Social Security Administration (SSA) за назначением пособия по инвалидности? Да Нет

Если да, укажите дату обращения (месяц/год): _____ Дата решения (месяц/год) SSA: _____

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 да, укажите дату апелляции (месяц/год): _____

ЧАСТЬ I. ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

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

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

C. Перечислите принимаемые Вами 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, Вам может быть назначен 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 пункты ниже.)

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 трудотерапии/логопедов, аудиологов и т. д.). (Можно использовать дополнительные листы.)

Полное имя:	Телефон:	Адрес:
Причина обращения:		
Полное имя:	Телефон:	Адрес:
Причина обращения:		
Полное имя:	Телефон:	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 пункты ниже.)

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 пункты ниже.)

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, организации по профессиональной подготовке и реабилитации, агентства, предоставляющие услуги поддержки по трудоустройству, или жилищные ведомства, учреждения 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.

A. Укажите наивысший уровень полученного образования? _____

B. 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/программы: _____

Адрес: _____

Заполните форму DOH-5173, Authorization for Release of Medical Information в соответствии с формой HIPAA для учебного заведения/программы.

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

D. Предоставлялась (предоставляется) ли Вам специальная помощь или условия в учебном заведении?

Да Нет (Если да, опишите их.)

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

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

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

Да Нет

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

H. 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 15 ЛЕТ

Занимались ли Вы трудовой деятельностью в течение последних 15 лет? Да Нет

Если да, предоставьте подробные сведения о трудовой деятельности ЗА ПОСЛЕДНИЕ 15 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: 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: 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: 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
15 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: 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: стояли _____; ходили _____; сидели _____		
Какой вес Вы регулярно поднимали? Фунтов: _____		
Причина увольнения:		

--

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