

معذوری سے متعلق سوالنامہ

اسٹیٹ ڈس ایبلٹی ریویو یونٹ کے ذریعے مکمل کیا گیا:

Case Number: _____

نام:

Client ID Number (CIN): _____

پہلا نام: _____

Disability ID Number (DIN): _____

درمیانی نام: _____

Medicaid application date: _____

آخری نام: _____

Medicaid Waiver? Yes No

سوشل سیکیورٹی نمبر (آخری 4 ہندسے): _____

Waiver type: _____

تاریخ پیدائش: _____

ٹیلیفون نمبر: _____

کیا آپ نے کبھی معذوری کی مراعات کے لیے سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن (Social Security Administration, 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 کی 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/اکیوپیشنل/اسپیج تھراپسٹ، آئیولوجسٹ وغیرہ)۔ (تسلسل کیلئے شیٹس دستیاب ہیں۔)

نام:	فون نمبر:	پتہ:
دکھانے کی وجہ:		
نام:	فون نمبر:	پتہ:
دکھانے کی وجہ:		
نام:	فون نمبر:	پتہ:
دکھانے کی وجہ:		

C. کیا آپ نے پچھلے 12 مہینوں میں ہسپتال یا دیگر نگہداشت صحت کی فیزیائی 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 فیزیائیٹیز 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:	پتہ:
وجہ:	
نام:	پتہ:
وجہ:	
نام:	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، حرفتی بحالی ایجنسیاں، معاون ملازمت یا ہاؤسنگ ایجنسیاں، کیس مینجمنٹ ایجنسیاں وغیرہ)۔

نام:	پتہ:
وجہ:	
نام:	پتہ:
وجہ:	
نام:	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 کیا ہے؟ _____

B. اگر آپ کا 21 سال تک کا بچہ اسکول یا حرفتی 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، اس اسکول/پروگرام کے لیے HIPAA فارم کے مطابق طبی معلومات کے اجراء کی اجازت کو مکمل کریں۔

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 سہولت ملی 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 حرفتی تربیت یا اضافی تعلیم حاصل کی ہے؟ ہاں نہیں
(اگر "ہاں" تو براہ کرم بیان کریں۔)

F. کیا آپ کسی بھی زبان میں آسان پیغام کو پڑھ سکتے ہیں (جیسے آسان ہدایات، یا اشیاء کی فہرست)؟ 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 x سالوں میں آپ کے کیے گئے کام کے بارے میں معلومات

کیا آپ نے پچھلے x 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 15 سالوں میں جو کام آپ نے کیے ہیں (5 تک) انہیں درج کریں۔

ملازمت کی تاریخیں:	جواب ٹائٹل:	کاروبار کی قسم:
از:		
تا:	گھنٹوں/بفتوں کی تعداد:	ادائیگی کی شرح:
اپنے بنیادی فرائض کی وضاحت کریں:		
ایک عام دن کے دوران، آپ کتنے گھنٹے: کھڑے ہوتے ہیں _____ چلتے ہیں _____ بیٹھتے ہیں _____		
اکثر آپ نے کتنا وزن اٹھایا؟ _____ پاؤنڈز		
چھوڑنے کی وجہ:		

ملازمت کی تاریخیں:	نوکری کا عہدہ:	کاروبار کی قسم:
از:		
تا:	گھنٹوں/بفتوں کی تعداد:	ادائیگی کی شرح:
اپنے بنیادی فرائض کی وضاحت کریں:		
ایک عام دن کے دوران، آپ کتنے گھنٹے: کھڑے ہوتے ہیں _____ چلتے ہیں _____ بیٹھتے ہیں _____		
اکثر آپ نے کتنا وزن اٹھایا؟ _____ پاؤنڈز		
چھوڑنے کی وجہ:		

ملازمت کی تاریخیں:	نوکری کا عہدہ:	کاروبار کی قسم:
از:		
تا:	گھنٹوں/بفتوں کی تعداد:	ادائیگی کی شرح:
اپنے بنیادی فرائض کی وضاحت کریں:		
ایک عام دن کے دوران، آپ کتنے گھنٹے: کھڑے ہوتے ہیں _____ چلتے ہیں _____ بیٹھتے ہیں _____		
اکثر آپ نے کتنا وزن اٹھایا؟ _____ پاؤنڈز		
چھوڑنے کی وجہ:		

حصہ پانچ
اگلے صفحہ پر جاری

حصہ چار - پچھلے 15 سالوں میں آپ کے کیے گئے کام کے بارے میں معلومات
جاری

ملازمت کی تاریخیں:	نوکری کا عہدہ:	کاروبار کی قسم:
از: _____		
تا: _____	گھنٹوں/بفتوں کی تعداد: _____	ادائیگی کی شرح: _____
اپنے بنیادی فرائض کی وضاحت کریں:		
ایک عام دن کے دوران، آپ کتنے گھنٹے: کھڑے ہوتے ہیں _____ چلتے ہیں _____ بیٹھتے ہیں _____		
اکثر آپ نے کتنا وزن اٹھایا؟ _____ پاؤنڈز		
چھوڑنے کی وجہ:		

ملازمت کی تاریخیں:	نوکری کا عہدہ:	کاروبار کی قسم:
از: _____		
تا: _____	گھنٹوں/بفتوں کی تعداد: _____	ادائیگی کی شرح: _____
اپنے بنیادی فرائض کی وضاحت کریں:		
ایک عام دن کے دوران، آپ کتنے گھنٹے: کھڑے ہوتے ہیں _____ چلتے ہیں _____ بیٹھتے ہیں _____		
اکثر آپ نے کتنا وزن اٹھایا؟ _____ پاؤنڈز		
چھوڑنے کی وجہ:		

--

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