

জ্যে প্রতিবন্ধীতা পর্যালোচনা ইউনিট দ্বারা স্পূর্ণ করা হয়েছে:

নাম: _____
প্রথম: _____
মধ্যম: _____
শেষ: _____
সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (শেষ 4 সংখ্যা): _____
জন্ম তারিখ: _____
টেলিফোন নং: _____

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

আপনি কি প্রতিবন্ধী হওয়ার জন্য কখনও সামাজিক সুরক্ষা প্রাসনের (SSA) কাছে আবেদন জানিয়েছেন? হ্যাঁ না

যদি "হ্যাঁ" হয় তবে কবে? (মাস/বছর) _____ SSA সিদ্ধান্তের তারিখ: (মাস/বছর) _____

কী সিদ্ধান্ত ছিল? _____

যদি বিধা অস্বীকা করা হয়, তাহলে তার কারণ কী ছিল (চিকিৎসাগত নাকি অচিকিৎসাগত)? _____

আপনি কি সিদ্ধান্তের বিরুদ্ধে আবেদন জানিয়েছিলেন? হ্যাঁ না যদি "হ্যাঁ" হয়, তবে কবে? (মাস/বছর) _____

বিভাগ I – আপনার বৈরিক অবস্থা স্পর্কে তথ্য

A. অনুগ্রহ করে আপনার মস্ত বৈরিক অবস্থার (রোগনির্ণয়গুলির) ব্যাপারে লিখুন:

B. আপনার বৈরিক অবস্থা কিভাবে আপনার কর্মক্ষমতাকে প্রভাবিত করে? (অনুগ্রহ করে আপনার দৈনন্দিন জীবনযাপন করার এবং কর্মসম্পাদন করার ক্ষেত্রে আপনার ক্ষমতাকে প্রভাবিত করার মতো যে কোনও বৈরিক অবস্থাকে লিখুন।)

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

বিভাগ II – আপনার চিকিৎসাগত রেকর্ড স্পর্কে তথ্য

প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ করার উদ্দেশ্যে আপনার বার্ষিক এবং/অথবা মানসিক ক্ষতির মূল্যায়ন করা জন্য সাম্প্রতিক চিকিৎসাগত প্রমাণ প্রয়োজন। আপনার ক্ষতির (গুলির) জন্য যদি গত 12 মাসে মধ্যে আপনি কোনও চিকিৎসা প্রদানকারীর সাথে দেখা না করে থাকেন, তাহলে স্থানীয় এজেন্সি দ্বারা আপনার জন্য প্রথম 'মূলক পরীক্ষণে' 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 1 সফাতের 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 স্পূর্ণ করুন।)

অনুগ্রহ করে আপনি গত 12 মাসে মধ্যে যে মস্ত চিকিৎসা প্রদানকারীদের সাথে দেখা করেছেন তাতে নাম, ঠিকানা এবং ফোন নম্বর লিখুন (উদাহরণস্বরূপ ফিজিশিয়ান, না 'প্র্যাকটিশনার্স, ফিজিশিয়ান অ্যাসিসটেন্টস, মানসিক স্বাস্থ্য প্রবাস 'দাতা, ফিজিক্যাল/অকুপেশনাল/স্পিচ থেরাপিস্ট অডিও জিস্ট ইত্যাদি)। (ধারাবাহিকতা বজায় রাখা কাগজ উপলব্ধ)

নাম:	ফোন নম্বর :	ঠিকানা:
দেখা করার কা গ :		
নাম:	ফোন নম্বর :	ঠিকানা:
দেখা করার কা গ :		
নাম:	ফোন নম্বর :	ঠিকানা:
দেখা করার কা গ :		

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 স্পূর্ণ 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 রাখা কাগজ উপলব্ধ)

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

D. গত 12 মাসের মধ্যে আপনার ক্ষতির(গুলির) জন্য হায়তা ভের উদ্দেশ্যে আপনি কি কোনও এজেন্সির থেকে পরিে বা গ্রহণ করেছেন? হ্যাঁ না

(যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে নিচের বিভাগটি স্পূর্ণ করুন।)

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

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

বিভাগ III –আপনার শিক্ষা ও 1 ক্ষমতার ব্যাপারে তথ্য

যদি কেবলমাত্র আপনার 1রীতিক অবস্থার ভিত্তিতে আপনার প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ করা না যায় তাহলে আপনার শিক্ষা, 1 ক্ষ তা, এবং কাজকর্মের ইতিহাসের মতো কারণগুলিকে প্রতিবন্ধকতা নির্ধারণ করার জন্য ব্যবহা করা হবে।

A. আপনি কত দূ অবধি পড়াশুনা করেছেন? _____

B. যদি আপনার 21 বছর বয়স অবধি কোনো সন্তান থাকে যে স্কুলে বা বৃত্তিমূ ক প্রকল্পে যাচ্ছে তাহলে অনুগ্রহ ক স্কু বা বৃত্তিমূলক কর্ম ূচির নাম এবং ঠিকানাটি প্রদান করুন।

স্কু /বৃত্তিমূ ক প্রকল্পে নাম: _____

ঠিকানা: _____

অনুগ্রহ ক এই স্কু /প্রকল্পে জন্য DOH-5173, HIPAA অনুযায়ী চিকিৎসাগত তথ্য প্রকাবে জন্য অনুমোদন স্পূর্ণ করুন।

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

D. আপনি কি স্কুলে কোনও বিশেষ সাহায্য বা ুবিধা পেয়েছিলেন (পাচ্ছেন)? হ্যাঁ না (যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহে অনুগ্রহ ক ব্যাখ্যা করুন।)

(যদি আপনার কাছে আপনার IEP-এ একটি প্রতিলিপি থাকে, তাহলে অনুগ্রহ ক ফেরত দেওয়া ফর্মের সাথে সেটি যুক্ত করবেন।)

E. আপনি কি শেষ 12 মাসে কোনও বৃত্তিমূ ক প্রশিক্ষণ বা অতিরিক্ত শিক্ষা গ্রহণ করেছেন? হ্যাঁ না

(যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে অনুগ্রহ ক ব্যাখ্যা করুন।)

F. আপনি কি যেকোনো ভাষায় লেখা বার্তা পড়তে পারেন (যেমন সাধারণ নির্দে বা জিনিসে তালিকা)? হ্যাঁ না

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

H. এই আবেদনটি স্পূর্ণ করার জন্য একজন হায়কের বা দোভাষীর কি প্রয়োজন হয়েছিল? হ্যাঁ না

(যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে অনুগ্রহ ক আপনার প্রাথমিক ভাষাটি লিখুন।)

বিভাগ IV – বিগত 5 বছরে আপনি যেসব কাজ করেছেন সেই স্পর্কে তথ্য

আপনি কি বিগত 5 বছরে কাজ করেছেন? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনার বচেয়ে স্তর তিক কাজ সহ আপনি বিগত 5 বছরের মধ্যে যে কাজগুলি করেছেন সেগুলির যতটা সম্ভব বিস্তৃতভাবে একটি তালিকা (5টি কাজ পর্যন্ত উল্লেখ করে) তৈরি করুন।

চাকরির তারিখ:	কাজের শিরোনাম:	ব্যবসার ধরন:
থেকে: _____		
পর্যন্ত: _____	ঘন্টা/ স্তাহের ংখ্যা : _____	বেতনে হার: _____
আপনার মূল দায়িত্বগুলি ব্যাখ্যা করুন:		
দিনে সাধারণত আপনি কত ঘন্টা: উঠে দাঁড়ান _____ হাঁটচ াকেন _____ বসে থাকেন _____		
আপনি প্রায়শই কতটা ভারি জিনি তোলােন? _____ পাউন্ড		
চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ:		

চাকরির তারিখ:	কাজের শিরোনাম:	ব্যবসার ধরন:
থেকে: _____		
পর্যন্ত: _____	ঘন্টা/ স্তাহের ংখ্যা : _____	বেতনে হার: _____
আপনার মূল দায়িত্বগুলি ব্যাখ্যা করুন:		
দিনে সাধারণত আপনি কত ঘন্টা: উঠে দাঁড়ান _____ হাঁটচ াকেন _____ বসে থাকেন _____		
আপনি প্রায়শই কতটা ভারি জিনি তোলােন? _____ পাউন্ড		
চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ:		

চাকরির তারিখ:	কাজের শিরোনাম:	ব্যবসার ধরন:
থেকে: _____		
পর্যন্ত: _____	ঘন্টা/ স্তাহের ংখ্যা : _____	বেতনে হার: _____
আপনার মূল দায়িত্বগুলি ব্যাখ্যা করুন:		
দিনে সাধারণত আপনি কত ঘন্টা: উঠে দাঁড়ান _____ হাঁটচ াকেন _____ বসে থাকেন _____		
আপনি প্রায়শই কতটা ভারি জিনি তোলােন? _____ পাউন্ড		
চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ:		

বিভাগ IV

পরের পৃষ্ঠায় অব্যাহত

**বিভাগ IV – বিগত 5 বছরে আপনি যেসব কাজ করেছেন সেই স্পর্কে তথ্য
অব্যাহত**

চাকরির তারিখ:	কাজের শিরোনাম:	ব্যবসার ধরন:
থেকে: _____		
পর্যন্ত: _____	ঘন্টা/ স্তাহের ংখ্যা : _____	বেতনে হার: _____
আপনার মূল দায়িত্বগুলি ব্যাখ্যা করুন:		
দিনে সাধারণত আপনি কত ঘন্টা: উঠে দাঁড়ান _____ হাঁটচ াকন _____ বসে থাকেন _____		
আপনি প্রায়শই কতটা ভারি জিনি তোলেন? _____ পাউন্ড		
চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ:		

চাকরির তারিখ:	কাজের শিরোনাম:	ব্যবসার ধরন:
থেকে: _____		
পর্যন্ত: _____	ঘন্টা/ স্তাহের ংখ্যা : _____	বেতনে হার: _____
আপনার মূল দায়িত্বগুলি ব্যাখ্যা করুন:		
দিনে সাধারণত আপনি কত ঘন্টা: উঠে দাঁড়ান _____ হাঁটচ াকন _____ বসে থাকেন _____		
আপনি প্রায়শই কতটা ভারি জিনি তোলেন? _____ পাউন্ড		
চাকরি ছেড়ে দেওয়ার কারণ:		

--

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