

STATE DISABILITY REVIEW UNIT 작성란:

이름: \_\_\_\_\_  
이름: \_\_\_\_\_  
중간 이름: \_\_\_\_\_  
성: \_\_\_\_\_  
사회 보장 번호(마지막 4자리): \_\_\_\_\_  
생년월일: \_\_\_\_\_  
전화번호: \_\_\_\_\_

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

사회보장국(Social Security Administration, SSA)에 장애인 수당을 신청한 적이 있습니까?  예  아니요

"예"라고 답한 경우, 언제입니까? (월/연도) \_\_\_\_\_ SSA의 결정 날짜: (월/연도) \_\_\_\_\_

결정은 어떻게 나왔습니까? \_\_\_\_\_

수당이 거부된 경우, 그 사유는 무엇입니까(의료적 또는 비의료적)? \_\_\_\_\_

결정에 불복했습니까?  예  아니요 "예"라고 답한 경우, 언제입니까? (월/연도) \_\_\_\_\_

**파트 I – 의학적 질환 관련 정보**

A. 의학적 질환을 모두 기재하십시오(진단명):

B. 귀하의 의학적 질환이 기능 수행 능력에 어떤 영향을 미칩니까? (일상생활 및 일 관련 활동을 수행하는 능력에 제약사항을 포함해 주십시오.)

C. 복용 중인 모든 약을 기재해 주십시오(또는 목록을 첨부하십시오).

## 파트 II - 의료 기록 관련 정보

장애 여부를 결정하기 위해, 현재의 의학적 증거가 귀하의 신체적 및/또는 정신적 장애를 평가하는데 필요합니다. 지난 12개월 이내에 장애와 관련하여 의료 서비스 제공자를 방문한 적이 없으신 경우, 해당 지역 기관에서 상담 검사를 마련할 수 있습니다.

A. 일차 의료 서비스 제공자가 있으십니까?  예  아니요  
 (“예”인 경우, 명칭, 주소, 전화번호를 알려주십시오.)

마지막 방문 날짜(월/연도): \_\_\_\_\_

B. 지난 12개월 이내에 다른 의료 서비스 제공자를 방문하신 적이 있으십니까?  예  아니요  
 (“예”인 경우, 아래의 항목을 작성하시기 바랍니다.)

지난 12개월 이내에 귀하가 방문하신 모든 의료 서비스 제공자의 명칭, 주소 및 전화번호를 기재하십시오(예: 의사, 임상 간호사/의사 보조, 정신 건강 상담자, 물리/작업/언어 치료사, 청능사 등). (추가 용지를 사용하실 수 있습니다.)

명칭:	전화번호:	주소:
방문 이유:		
명칭:	전화번호:	주소:
방문 이유:		
명칭:	전화번호:	주소:
방문 이유:		

C. 지난 12개월 이내에 병원 또는 기타 의료 시설에서 의료 서비스를 받은 적이 있으십니까?  예  아니요  
 (“예”인 경우, 아래의 항목을 작성하시기 바랍니다.)

지난 12개월 이내에 귀하가 치료를 받은 모든 병원 및 기타 의료 시설의 명칭과 주소를 기재하십시오.  
 (추가 용지를 사용하실 수 있습니다.)

명칭:	주소:
사유:	
명칭:	주소:
사유:	
명칭:	주소:
사유:	

D. 지난 12개월 이내에 귀하의 장애와 관련하여 기관의 서비스를 받은 적이 있으십니까?  예  아니요  
 (“예”인 경우, 아래의 항목을 작성하시기 바랍니다.)

지난 12개월 이내에 의학적 질환과 관련하여 지원을 받기 위해 방문한 기타 모든 기관의 명칭과 주소를 기재하십시오(예: 직업 재활 기관, 지원 고용 또는 주택 기관, 사례 관리 기관 등).

명칭:	주소:
사유:	
명칭:	주소:
사유:	
명칭:	주소:
사유:	

### 파트 III - 교육과 읽고 쓸 줄 아는 능력 관련 정보

의학적 질환만으로 장애 여부를 결정할 수 없는 경우, 교육, 읽고 쓸 줄 아는 능력 및 경력의 요소들이 장애를 판단하는데 사용될 것입니다.

A. 귀하의 최종 학력은 어떻게 됩니까? \_\_\_\_\_

B. 학교나 직업 프로그램을 이수하고 있는 만21세까지의 자녀가 있는 경우, 학교나 프로그램의 명칭과 주소를 기재하시기 바랍니다.

학교/프로그램 명칭: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*이 학교/프로그램에 대한 DOH-5173, HIPAA에 따른 의료 정보 공개 승인 양식을 작성하십시오.*

C. 학교에서 특수 교육 수업을 받으신 적이 있습니까?  예  아니요

D. 학교에서 특별 지원 또는 편의 시설을 제공받은 적이 있습니까?  예  아니요 (*"예"라고 답한 경우, 구체적으로 설명해 주십시오.*)

*(IEP 사본이 있는 경우, 반환된 양식에 동봉하시기 바랍니다.)*

E. 지난 12개월 이내에 직업 훈련 또는 추가 교육을 받은 적이 있습니까?  예  아니요  
(*"예"인 경우, 구체적으로 설명해 주십시오.*)

F. 영어로 된 간단한 메시지(간단한 안내문 또는 항목 목록 등)를 읽을 수 있습니까?  예  아니요

G. 어느 언어라도 간단한 메시지를 작성할 수 있습니까?  예  아니요

H. 이 신청서를 작성할 때 도움이나 통역사가 필요했습니까?  예  아니요  
(*"예"인 경우, 주로 사용하는 언어를 기재하십시오.*)

## 파트 IV – 지난 5년간 경력 관련 정보

지난 5년간 일을 한 적이 있습니까?  예  아니요

“예”인 경우, 가장 최근 직업부터 시작하여 지난 5년 동안 가졌던 직업을 최대 5개까지 가능한 한 상세히 기재해 주십시오.

고용일:	직책:	업종:
시작일: _____		
종료일: _____	근로 시간/주: _____	급여 요율: _____
기본 직무를 기술하십시오:		
일반적으로 다음 활동에 하루 몇 시간을 할애했습니까? 서기 _____ 걸기 _____ 앉아 있기 _____		
주로 들어 올렸던 물건의 무게는 어떻게 됩니까? _____ 파운드		
퇴사 이유:		

고용일:	직책:	업종:
시작일: _____		
종료일: _____	근로 시간/주: _____	급여 요율: _____
기본 직무를 기술하십시오:		
일반적으로 다음 활동에 하루 몇 시간을 할애했습니까? 서기 _____ 걸기 _____ 앉아 있기 _____		
주로 들어 올렸던 물건의 무게는 어떻게 됩니까? _____ 파운드		
퇴사 이유:		

고용일:	직책:	업종:
시작일: _____		
종료일: _____	근로 시간/주: _____	급여 요율: _____
기본 직무를 기술하십시오:		
일반적으로 다음 활동에 하루 몇 시간을 할애했습니까? 서기 _____ 걸기 _____ 앉아 있기 _____		
주로 들어 올렸던 물건의 무게는 어떻게 됩니까? _____ 파운드		
퇴사 이유:		

### 파트 IV

다음 페이지에서 계속

## 파트 IV - 지난 5년간 경력 관련 정보

계속

고용일:	직책:	업종:
시작일: _____		
종료일: _____	근로 시간/주: _____	급여 요율: _____
기본 직무를 기술하십시오:		
일반적으로 다음 활동에 하루 몇 시간을 할애했습니까? 서기 _____ 걷기 _____ 앉아 있기 _____		
주로 들어 올렸던 물건의 무게는 어떻게 됩니까? _____ 파운드		
퇴사 이유:		

고용일:	직책:	업종:
시작일: _____		
종료일: _____	근로 시간/주: _____	급여 요율: _____
기본 직무를 기술하십시오:		
일반적으로 다음 활동에 하루 몇 시간을 할애했습니까? 서기 _____ 걷기 _____ 앉아 있기 _____		
주로 들어 올렸던 물건의 무게는 어떻게 됩니까? _____ 파운드		
퇴사 이유:		

서식을 작성한 사람의 이름 (정자로 써주십시오):	날짜:
전화번호:	