

由州残障审核部门 (State Disability Review Unit) 填写:

姓名: \_\_\_\_\_  
名字: \_\_\_\_\_  
中间名: \_\_\_\_\_  
姓氏: \_\_\_\_\_  
社会安全号码 (最后 4 位数字): \_\_\_\_\_  
出生日期: \_\_\_\_\_  
电话: \_\_\_\_\_

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

您是否曾向社会安全局 (Social Security Administration, SSA) 申请过残障福利?  是  否  
如果“是”，在什么时候? (月/年) \_\_\_\_\_ SSA 裁决日期: (月/年) \_\_\_\_\_  
裁决结果是什么? \_\_\_\_\_  
如果福利申请被拒，原因是什么 (医疗或非医疗)? \_\_\_\_\_  
您是否针对该决议结果提出过上诉?  是  否 如果“是”，在什么时候? (月/年) \_\_\_\_\_

### 第 I 部分 - 关于您身体疾病的信息

A. 请列出您所有的身体疾病 (诊断结果):

B. 您的身体疾病对您的身体机能有何影响? (请列出您在进行日常生活和工作相关活动时，能力方面受到的所有限制。)

C. 请列出您服用的药物 (或附上药品清单)。

## 第 II 部分 - 关于您医疗记录的信息

为确定残障情况，我们需要最新的医疗证明来评估您的身体和/或精神障碍。如果在过去 12 个月内，您没有就您的障碍情况看过任何医疗服务提供者，当地机构可为您安排咨询检查。

A. 您是否有初级保健提供者？  是  否  
(如果“是”，请填写姓名、地址和电话号码。)

最近就诊日期(月/年)： \_\_\_\_\_

B. 在过去 12 个月内，您是否在任何其他医疗服务提供者处就诊过？  是  否  
(如果“是”，请填写以下部分。)

请列出在过去 12 个月内为您看过诊的所有医疗服务提供者(例如医生、执业护士/医师助理、心理健康咨询师、物理/职业/言语治疗师、听力学家等)的姓名、地址和电话号码。(有续表可用。)

姓名:	电话:	地址:
就诊原因:		
姓名:	电话:	地址:
就诊原因:		
姓名:	电话:	地址:
就诊原因:		

C. 在过去 12 个月内，您是否曾在医院或其他医疗保健机构接受过医疗护理？  是  否  
(如果“是”，请填写以下部分。)

请列出您在过去 12 个月内寻求过治疗的所有医院和其他医疗机构的名称和地址。  
(有续表可用。)

名称:	地址:
原因:	
名称:	地址:
原因:	
名称:	地址:
原因:	

D. 在过去 12 个月内，您是否接受过任何机构提供的服务来帮助您应对障碍？  是  否  
(如果“是”，请填写以下部分。)

请列出您在过去 12 个月内曾就您的身体疾病寻求过帮助的任何其他机构的名称和地址(例如职业康复机构、支持性就业或住房机构，以及个案管理机构等)。

名称:	地址:
原因:	
名称:	地址:
原因:	
名称:	地址:
原因:	

### 第 III 部分 - 关于您的学历和读写能力的信息

如果仅根据您的身体疾病无法确定残障情况，我们则将根据学历、读写能力和工作经历等因素来确定残障情况。

A. 您完成的最高教育程度是什么？ \_\_\_\_\_

B. 如果您的子女不超过 21 岁且正在上学或参加职业课程，请提供学校或课程的名称及地址。

学校/课程名称： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

请填写该学校/课程的 DOH-5173 按 HIPAA 披露医疗信息授权书。

C. 您在学校是否参加过或正在参加特殊教育课程？  是  否

D. 您在学校是否接受过或正在接受任何特殊帮助或便利安排？  是  否 （如果“是”，请说明。）

（如果您有 IEP 的副本，请将其与表格一并交回。）

E. 在过去 12 个月内，您是否接受过职业培训或其他教育？  是  否

（如果“是”，请说明。）

F. 您是否能看懂某种语言版本的简单信息（例如简单说明或物品清单）？  是  否

G. 您是否能用某种语言书写简单的信息？  是  否

H. 您是否需要援助或口译员来填写此申请表？  是  否

（如果“是”，请注明您的第一语言。）

## 第 IV 部分 - 您在过去 5 年从事的工作的信息

在过去 5 年内，您是否曾就业？  是  否

如果“是”，请列出您在过去 5 年内从事过的工作（最多 5 个），从您最近的一份工作开始列出，提供尽可能多的细节。

就业时间:	职位名称:	业务类别:
就职日期: _____		
离职日期: _____	每周工作小时数: _____	工资: _____
描述您的基本职责:		
在一个常规工作日，您进行以下活动的时间为多少小时：站立 _____ 行走 _____ 就坐 _____		
您经常抬起多重的物品？ _____ 磅		
离职原因:		

就业时间:	职位名称:	业务类别:
就职日期: _____		
离职日期: _____	每周工作小时数: _____	工资: _____
描述您的基本职责:		
在一个常规工作日，您进行以下活动的时间为多少小时：站立 _____ 行走 _____ 就坐 _____		
您经常抬起多重的物品？ _____ 磅		
离职原因:		

就业时间:	职位名称:	业务类别:
就职日期: _____		
离职日期: _____	每周工作小时数: _____	工资: _____
描述您的基本职责:		
在一个常规工作日，您进行以下活动的时间为多少小时：站立 _____ 行走 _____ 就坐 _____		
您经常抬起多重的物品？ _____ 磅		
离职原因:		

第 IV 部分  
接下页

## 第 IV 部分 - 您在过去 5 年从事的工作的信息

接上页

就业时间:	职位名称:	业务类别:
就职日期: _____		
离职日期: _____	每周工作小时数: _____	工资: _____
描述您的基本职责:		
在一个常规工作日, 您进行以下活动的时间为多少小时: 站立 _____ 行走 _____ 就坐 _____		
您经常抬起多重的物品? _____ 磅		
离职原因:		

就业时间:	职位名称:	业务类别:
就职日期: _____		
离职日期: _____	每周工作小时数: _____	工资: _____
描述您的基本职责:		
在一个常规工作日, 您进行以下活动的时间为多少小时: 站立 _____ 行走 _____ 就坐 _____		
您经常抬起多重的物品? _____ 磅		
离职原因:		

表格填写者的姓名 (请用正楷填写):	日期:
电话号码:	