

אויסגעפילט דורך די סטעיט דיסאביליטי איבערזוכט אפטיילונג:

|   |  |
|---|--|
| Case Number: _____  | <b>נאמען:</b> _____                            |
| Client ID Number (CIN): _____   | ערשטע: _____                                   |
| Disability ID Number (DIN): _____   | מיטלסטע: _____                                 |
| Medicaid application date: _____  | לעצטע: _____                                   |
| Medicaid Waiver? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | סאושעל סעקיוריטי נומער (לעצטע 4 ציפערן): _____ |
| Waiver type: _____  | דאטום פון געבורט: _____                        |
|   | טעלעפאן נומער: _____                           |

האט איר זיך שוין אמאל איינגעגעבן צום סאושעל סעקיוריטי אדמיניסטראציע (Social Security Administration, SSA) פאר דיסאביליטי בענעפיטן?  
 יא  ניין

אויב "יא", ווען? (מאנאט/יאר) \_\_\_\_\_ SSA באשלוס דאטום: (מאנאט/יאר) \_\_\_\_\_

וואס איז געווען דער באשלוס? \_\_\_\_\_

אויב אנטזאגט פון בענעפיטן, וואס איז געווען דער סיבה (מעדיציניש אדער נישט-מעדיציניש)? \_\_\_\_\_

האט איר אפעלירט דעם באשלוס?  יא  ניין אויב "יא", ווען? (מאנאט/יאר) \_\_\_\_\_

**טייל I - אינפארמאציע איבער אייער מעדיצינישע אומשטענדן**

א. ביטע רעכנט אויס אלע אייער מעדיצינישע אומשטענדן (דיאגנאזן):

ב. וויאזוי אפעקטירט אייער מעדיצינישע אומשטענדן אייער מעגליכקייט צו פונקציאנירן? (ביטע רעכנט אריין סיי וועלכע באגרעניצונגען אין אייער מעגליכקייט צו אויספירן אקטיוויטעטן פונעם טאג-טעגליכן לעבן און ארבעט-פארבינדענע אקטיוויטעטן.)

ג. ביטע רעכנט אויס אלע אייערע מעדיצינען (אדער באהעפט א ליסטע).

## חלק II - אינפארמאציע איבער אייער מעדיצינישע רעקארדס

כדי צו קענען מאכן א דיסאביליטי באשטימונג, איז יעצטיגע מעדיצינישע באווייז נויטיג כדי צו קענען אפשאצן אייער פיזישע און/אדער גייסטישע באגרעניצונגען. אויב איר האט נישט געזען קיין מעדיקעל פראוויידער פאר אייער באגרעניצונגען (ען) אין די לעצטע 12 חדשים, קען א קאנסולטיווע עקזאם ווערן אראנדזשירט פאר אייך דורך די לאקאלע אגענטור.

א. האט איר א פרייער קעיר פראוויידער?  יא  ניין  
(אויב "יא", ביטע שרייבט די נאמען, אדרעס, און טעלעפאן נומער.)

דאטום פון לעצטע באזוך (מאנאט/יאר): \_\_\_\_\_

ב. האט איר געזען סיי וועלכע אנדערע מעדיקעל פראוויידער(ס) אין די לעצטע 12 מאנאטן?  יא  ניין  
(אויב "יא", ביטע פילט אויס די אפטיילונג אונטן.)

**ביטע שרייבט די נאמען, אדרעס, און טעלעפאן נומער פון אלע מעדיקעל פראוויידערס וועמען איר האט געזען אין די לעצטע 12 מאנאטן (צום ביישפיל דאקטוירים, נורס פראקטישאנערס/דאקטער געהילפן, גייסטישע געזונטהייט קאונסלערס, פיזישע/אקיופעישאנעל/ספיטש טעראפיסטן, אויערן דאקטוירים, א.ד.ג.). (המשך בלעטער זענען אוועילעבל.)**

|                  |                |        |
|------------------|----------------|--------|
| נאמען:           | טעלעפאן נומער: | אדרעס: |
| סיבה פארן באזוך: |                |        |
| נאמען:           | טעלעפאן נומער: | אדרעס: |
| סיבה פארן באזוך: |                |        |
| נאמען:           | טעלעפאן נומער: | אדרעס: |
| סיבה פארן באזוך: |                |        |

ג. האט איר באקומען מעדיצינישע הילף אין א שפיטאל אדער אנדערע העלט קעיר פאסיליטעט אין די לעצטע 12 מאנאטן?  יא  ניין  
(אויב "יא", ביטע פילט אויס די אפטיילונג אונטן.)

ביטע רעכנט אויס די נעמען און אדרעסן פון אלע שפיטעלער און אנדערע מעדיצינישע פאסיליטעטן וואו איר האט געזוכט באהאנדלונג אין די לעצטע 12 מאנאטן.  
(המשך בלעטער זענען אוועילעבל.)

|        |        |
|--------|--------|
| נאמען: | אדרעס: |
| סיבה:  |        |
| נאמען: | אדרעס: |
| סיבה:  |        |
| נאמען: | אדרעס: |
| סיבה:  |        |

ד. האט איר באקומען סערוויסעס פון סיי וועלכע אגענטורן אייך צו העלפן מיט אייער באגרעניצונגען (ען) אין די לעצטע 12 מאנאטן?  יא  ניין  
(אויב "יא", ביטע פילט אויס די טייל אונטן.)

**ביטע רעכנט אויס די נעמען און אדרעסן פון סיי וועלכע אנדערע אגענטורן וואו איר האט געזוכט הילף מיט אייער מעדיצינישע צושטענדן אין די לעצטע 12 מאנאטן (צום ביישפיל, וואקעישאנעל ריהעביליטעישיאן אגענטורן, שטיצנדע עמפלויעמענט אדער האוזינג אגענטורן, קעיס מענעדזשמענט אגענטורן, א.ד.ג.).**

|        |        |
|--------|--------|
| נאמען: | אדרעס: |
| סיבה:  |        |
| נאמען: | אדרעס: |
| סיבה:  |        |
| נאמען: | אדרעס: |
| סיבה:  |        |

### טייל III - אינפארמאציע איבער אייער עדיוקעישאן און ליינען פעאיגקייטן

אויב א דיסאביליטי באשטימונג קען נישט געמאכט ווערן באזירט בלויז אויף אייער מעדיצינישע אומשטענדן, וועלן די פאקטארן פון עדיוקעישאן, ליינען פעאיגקייטן, און ארבעט היסטאריע גענוצט ווערן צו באשטימען די דיסאביליטי.

א. וואס איז די העכסטע קלאס פון שולע וואס איר האט געענדיגט?

ב. אויב איר האט א קינד אונטער 21 יאר אלט וואס נעמט אנטויל אין א שולע אדער א וואקעישאנעל פראגראם, ביטע שטעלט צו דער שולע אדער פראגראם'ס נאמען און אדרעס.

שולע/פראגראם נאמען: \_\_\_\_\_

אדרעס: \_\_\_\_\_

ביטע פילט אויס די DOH-5173, אויטאריזאציע פארן ארויסגעבן געזונטהייט אינפארמאציע אין איינקלאנג מיט HIPAA בויגן פאר די שולע/פראגראם.

ג. זענט איר געווען (זענט איר) א טייל פון ספעציעלע עדיוקעישאן קלאסן אין שולע?  יא  ניין

ד. האט איר באקומען (באקומט) איר סיי וועלכע ספעציעלע הילף אדער אראנדזשירונגען אין שולע?  יא  ניין  
(אויב "יא", ביטע שילדערט.)

(אויב איר האט א קאפייע פון אייער IEP, ביטע שיקט עס צוריק אינאיינעם מיט די צוריקגעשיקטע בויגנס.)

ה. האט איר באקומען סיי וועלכע וואקעישאנעל טרענירונג אדער צוגעקומענע עדיוקעישאן אין די לעצטע 12 מאנאטן?  יא  ניין  
(אויב "יא", ביטע שילדערט.)

ו. קענט איר ליינען אן איינפאכע מעלדונג אין סיי וועלכע שפראך (אזויווי איינפאכע אנווייזונגען, אדער א ליסטע פון זאכן)?  יא  ניין

ז. קענט איר שרייבן אן איינפאכע מעלדונג אין סיי וועלכע שפראך?  יא  ניין

ח. איז הילף אדער א דאלמעטשער געווען נויטיג כדי אויסצופילן די אפליקאציע?  יא  ניין  
(אויב "יא", ביטע צייגט אן אייער הויפט שפראך.)

## טייל IV אינפארמאציע איבער ארבעט וואס איר האט אויסגעפירט אין די לעצטע 5 יאר

האט איר געארבעט אין די לעצטע 5 יאר?  יא  ניין

אויב יא, אין די מערסטע איינצלהייטן מעגליך, ביטע רעכנט אויס ארבעט (ביז 5) וואס איר האט אויסגעפירט אין די לעצטע 5 יאר, אנגעהויבן מיט אייער לעצטע ארבעט.

| סארט ביזנעס:  | ארבעט טיטל:            | דאטום פון ארבעט: |
|---|------------------------|------------------|
|   |                        | פון: _____       |
|   |                        | ביז: _____       |
| ראטע פון באצאלונג: _____  | צאל שטונדן/וואך: _____ |                  |
| שילדערט אייער אלגעמיינע פליכטן:   |                        |                  |
| דורכאויס א געווענליכע טאג, וויפיל שטונדן זענט איר: געשטאנען _____ ארומגעגאנגען _____ געזעצן _____ |                        |                  |
| וויפיל האט איר אפטמאל אויפגעהויבן? _____ פונט _____   |                        |                  |
| סיבה פאר פארלאזן: _____   |                        |                  |

| סארט ביזנעס:  | ארבעט טיטל:            | דאטום פון ארבעט: |
|---|------------------------|------------------|
|   |                        | פון: _____       |
|   |                        | ביז: _____       |
| ראטע פון באצאלונג: _____  | צאל שטונדן/וואך: _____ |                  |
| שילדערט אייער אלגעמיינע פליכטן:   |                        |                  |
| דורכאויס א געווענליכע טאג, וויפיל שטונדן זענט איר: געשטאנען _____ ארומגעגאנגען _____ געזעצן _____ |                        |                  |
| וויפיל האט איר אפטמאל אויפגעהויבן? _____ פונט _____   |                        |                  |
| סיבה פאר פארלאזן: _____   |                        |                  |

| סארט ביזנעס:  | ארבעט טיטל:            | דאטום פון ארבעט: |
|---|------------------------|------------------|
|   |                        | פון: _____       |
|   |                        | ביז: _____       |
| ראטע פון באצאלונג: _____  | צאל שטונדן/וואך: _____ |                  |
| שילדערט אייער אלגעמיינע פליכטן:   |                        |                  |
| דורכאויס א געווענליכע טאג, וויפיל שטונדן זענט איר: געשטאנען _____ ארומגעגאנגען _____ געזעצן _____ |                        |                  |
| וויפיל האט איר אפטמאל אויפגעהויבן? _____ פונט _____   |                        |                  |
| סיבה פאר פארלאזן: _____   |                        |                  |

**טייל IV**  
פארגעזעצט אויפ'ן נעקסטן בלאט

**טייץ - אינפארמאציע איבער ארבעט וואס איר האט אויסגעפירט אין די לעצטע 5 יאר**  
פארגעזעצט

| דאטום פון ארבעט:  | ארבעט טיטל:            | סארט ביזנעס:             |
|---|------------------------|--------------------------|
| פון: _____  |                        |                          |
| ביז: _____  | צאל שטונדן/וואך: _____ | ראטע פון באצאלונג: _____ |
| שילדערט אייער אלגעמיינע פליכטן:   |                        |                          |
| דורכאויס א געווענליכע טאג, וויפיל שטונדן זענט איר: געשטאנען _____ ארומגעגאנגען _____ געזעצן _____ |                        |                          |
| וויפיל האט איר אפטמאל אויפגעהויבן? _____ פונט _____   |                        |                          |
| סיבה פאר פארלאזן: _____   |                        |                          |

| דאטום פון ארבעט:  | ארבעט טיטל:            | סארט ביזנעס:             |
|---|------------------------|--------------------------|
| פון: _____  |                        |                          |
| ביז: _____  | צאל שטונדן/וואך: _____ | ראטע פון באצאלונג: _____ |
| שילדערט אייער אלגעמיינע פליכטן:   |                        |                          |
| דורכאויס א געווענליכע טאג, וויפיל שטונדן זענט איר: געשטאנען _____ ארומגעגאנגען _____ געזעצן _____ |                        |                          |
| וויפיל האט איר אפטמאל אויפגעהויבן? _____ פונט _____   |                        |                          |
| סיבה פאר פארלאזן: _____   |                        |                          |

|                |   |
|----------------|---|
| דאטום:         | נאמען פון מענטש וואס פילט אויס די בויגן (ביטע דרוקט): |
| טעלעפאן נומער: |   |