

<b>Child's Name:</b> (Last, First, Middle)	<b>Case Number:</b>	<b>Date of Birth:</b>
<b>Agency:</b> State Disability Review Unit OCP-826 State of New York Department of Health Albany, NY 12237	<b>Client ID Number:</b>	<b>Disability ID Number:</b>
	<b>Sex:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
	<b>Worker Name:</b>	
	<b>Phone Number:</b> 1-866-330-0591	<b>Date:</b>

상기 명시된 아동에 대한 장애 수당 신청서가 제출되었습니다. 귀하가 아래에 제공하시는 정보는 해당 아동이 장애를 근거로 Medicaid 혜택을 받을 수 있는지 판단하는데 도움이 될 것입니다. 귀하가 알지 못하거나 자녀의 연령으로 인해 해당되지 않는 항목은 공란으로 두십시오. 협조해 주셔서 감사합니다.

자녀의 움직이기 또는 걷기 능력에 문제가 있음을 발견하십니까?  아니요  예  
예라고 답한 경우, 구체적으로 설명해 주십시오.

귀하, 가족 구성원, 친척, 낯선 사람을 비롯한 타인에 대한 자녀의 행동에 문제가 있음을 발견하십니까?  아니요  예  
예라고 답한 경우, 구체적으로 설명해 주십시오.

언어적 문제를 발견하셨습니까?  아니요  예  
예라고 답한 경우, 구체적으로 설명해 주십시오.

용변, 목욕, 식사, 옷입기와 같은 자기 관리 활동에서 문제가 있음을 발견하셨습니까?  아니요  예  
예라고 답한 경우, 구체적으로 설명해 주십시오.

자녀가 혼자 또는 다른 이들과 함께 놀이하는 방식에 문제가 있음을 발견하셨습니까?  아니요  예  
예라고 답한 경우, 구체적으로 설명해 주십시오.

행동 문제를 발견하셨습니까?  아니요  예  
예라고 답한 경우, 구체적으로 설명해 주십시오.

자녀가 재학 중인 경우, 다음을 작성해 주십시오.

<b>학교 이름:</b>	
<b>교사 이름:</b>	<b>학년:</b>
이런 특정한 유형의 특수 교육 프로그램에 해당합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예라고 답한 경우, 구체적으로 설명해 주십시오.	
학교와 관련하여 자녀에게 특수 지원 또는 추가적인 지원이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예라고 답한 경우, 구체적으로 설명해 주십시오.	
무단결석, 질병으로 인한 결석, 싸움, 유급 또는 규율 문제와 같은 학교 출석 또는 수행 관련 문제에 대해 알고 계십니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예라고 답한 경우, 구체적으로 설명해 주십시오.	
학교에서의 수행과 관련한 기타 설명 또는 정보가 있으시면 설명해 주십시오.	

<b>귀하의 이름:</b>
<b>자녀와의 관계:</b>
<b>전화번호:</b>