

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

Na rzecz wyżej wymienionego dziecka złożono wniosek o świadczenia na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności. Przekazane informacje ułatwią podjęcie decyzji, czy dziecko otrzyma świadczenia Medicaid ze względu na niepełnosprawność. Proszę pozostawić bez odpowiedzi pytania, w przypadku których brakuje informacji lub które nie dotyczą dziecka ze względu na wiek. Dziękujemy za pomoc.

<p>Czy u dziecka zostały zauważone problemy z poruszaniem się lub chodzeniem? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Jeśli tak, proszę opisać:</p>
<p>Czy zostały zauważone problemy w odnoszeniu się dziecka do innych osób (w tym Pana/Pani, członków rodziny, krewnych, nieznanym)? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Jeśli tak, proszę opisać:</p>

Czy zostały zauważone zaburzenia mowy? Nie Tak

Jeśli tak, proszę opisać:

Czy zostały zauważone problemy w wykonywaniu czynności samoobsługowych, takich jak korzystanie z toalety, mycie, jedzenie, ubieranie itp.? Nie Tak

Jeśli tak, proszę opisać:

Czy zostały zauważone problemy podczas zabawy, w pojedynkę lub z innymi? Nie Tak

Jeśli tak, proszę opisać:

Czy zostały zauważone problemy z zachowaniem? Nie Tak

Jeśli tak, proszę opisać:

Proszę wypełnić tę część, jeśli dziecko uczęszcza do szkoły.

Nazwa szkoły:	
Imię i nazwisko nauczyciela:	Klasa:
Czy dziecko uczestniczy w specjalnym programie nauczania? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeśli tak, proszę opisać:	
Czy dziecko potrzebuje specjalnej lub dodatkowej pomocy w związku ze szkołą? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeśli tak, proszę opisać:	
Czy u dziecka występują problemy dotyczące frekwencji lub wyników w nauce, takie jak wagarowanie, nieobecności z powodu choroby, bójk, oceny niedostateczne lub problemy z dyscypliną? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeśli tak, proszę opisać:	
Proszę dodać wszelkie inne uwagi i informacje dotyczące wyników w nauce:	

Imię i nazwisko wnioskodawcy:
Stosunek prawny wobec dziecka:
Numer telefonu: