SOUTH CAROLINA DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Healthy Connections MEDICAID

Báo cáo Người khuyết tật - Người lớn

Gửi đến: SCDHHS - Central Mail
PO Box 100101
Columbia, SC 29202-3101

☐ Khuyết tật giả định
Hộp này chỉ dùng cho pilot

Nếu bạn cần hỗ trợ, vui lòng gọi cho Trung tâm Dịch vụ Thành viên Healthy Connections theo số miễn phí ***(888) 549-0820 (TTY 888-849-3620)****.*

CHỈ DÙNG CHO DHHS

Số trang đã nhận và quét: _____

☐ Người lớn ban đầu ☐ Chỉ có hiệu lực trước đây Ngày Cập nhật lần Cuối: _/____/ _

Số hộ gia đình:_____ Ngày nộp hồ sơ:_____/____/____ Hiệu lực: _____

Vui lòng điền đầy đủ vào biểu mẫu này và gửi lại biểu mẫu Ủy quyền Tiết lộ Thông tin Sức khỏe đã ký tên trong phong bì được cung cấp. Điều rất quan trọng là bạn phải cung cấp địa chỉ và số điện thoại đầy đủ cho các nguồn y tế của bạn. Nếu mẫu đơn không được điền đầy đủ, nó sẽ làm chậm quá trình xử lý yêu cầu về Người khuyết tật Medicaid của bạn.

Điều quan trọng là biểu mẫu Cho phép Tiết lộ Thông tin Y tế kèm theo phải được ký **BẰNG MỰC ĐEN HOẶC XANH. Nếu có một người đại diện được chỉ định hợp pháp hoặc giấy ủy quyền, vui lòng gửi kèm một bản sao với biểu mẫu đã hoàn thành và có chữ ký của bạn.**

Họ:_____ Tên:_____ Tên lót: _____

SSN#: - - Tên trước đây / Tên thời con gái: _____

Ngày sinh:_____/_____/_____ Ngày mất (Nếu có):_____/_____/_____

Địa chỉ Đường: _____ Thành phố: _____ Bang: ____ ZIP: _____

Điện thoại _____-_____-_____

Người liên lạc: _____

Quan hệ với người:_____ Điện thoại _____-_____-_____

Địa chỉ người Liên lạc: _____ Thành phố: _____ Bang: ____ ZIP: _____

Ngôn ngữ nói hoặc viết ưa thích của bạn là gì (nếu không phải là tiếng Anh)? _____

Khuyết tật của bạn là gì?

_____

_____

_____

_____

_____

QUAN TRỌNG:

1 Bạn đã nộp đơn xin Trợ cấp Khuyết tật Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) chưa? ☐ Rồi ☐ Chưa

a. Nếu rồi, ngày nộp đơn: _____

b. Tình trạng sức khỏe của bạn có thay đổi không? ☐ Có ☐ Không

c. Bạn có bác sĩ mới kể từ khi nộp đơn xin Trợ cấp Người khuyết tật SSI không? ☐ Có ☐ Không

d. Đơn được làm ở SC đúng không? ☐ Đúng ☐ Sai Nếu sai, bang nào? _____

2 Bạn đã nộp đơn xin trợ cấp An sinh xã hội chưa? ☐ Rồi ☐ Chưa

a. Nếu rồi, ngày nộp đơn: _____

b. Tình trạng sức khỏe của bạn có thay đổi không? ☐ Có ☐ Không

c. Bạn có bác sĩ mới kể từ khi nộp đơn xin Trợ cấp An sinh Xã hội không? ☐ Có ☐ Không

d. Nếu bị SSA từ chối, bạn có yêu cầu họ xem xét lại yêu cầu của bạn không? ☐ Có ☐ Không

SSA có từ chối xem xét lại yêu cầu của bạn không? ☐ Có ☐ Không

Bạn có yêu cầu kháng cáo hoặc điều trần không? ☐ Có ☐ Không

THÔNG TIN Y TẾ VỀ KHUYẾT TẬT CỦA BẠN

LƯU Ý: Nếu bạn cần thêm không gian cho các nguồn lực y tế, hãy liệt kê tên, địa chỉ và lý do thăm khám trong phần "chú thích". Chúng tôi cần một địa chỉ đầy đủ cho tất cả các nhà cung cấp dịch vụ y tế để yêu cầu hồ sơ y tế. Liệt kê TẤT CẢ các bác sĩ bạn đã gặp tại **phòng khám hoặc văn phòng bác sĩ** trong **15 tháng qua**.

1. Tên bác sĩ: _____ Phòng khám: _____

   Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

   _____ Lý do tới khám: _____

   _____ Ngày gặp cuối: _____

2. Tên bác sĩ: _____ Phòng khám: _____

   Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

   _____ Lý do tới khám: _____

   _____ Ngày gặp cuối: _____

3. Tên bác sĩ: _____ Phòng khám: _____

   Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

   _____ Lý do tới khám: _____

   _____ Ngày gặp cuối: _____

4. Tên bác sĩ: _____ Phòng khám: _____

   Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

   _____ Lý do tới khám: _____

   _____ Ngày gặp cuối: _____

Chúng tôi cần địa chỉ đầy đủ cho tất cả các nhà cung cấp dịch vụ y tế để yêu cầu hồ sơ y tế.

Liệt kê TẤT CẢ các **bệnh viện, phòng cấp cứu hoặc cơ sở chăm sóc khẩn cấp** mà bạn đã đến trong **15 tháng** qua. Chỉ liệt kê tên của cơ sở; chúng tôi không cần tên riêng của các bác sĩ.

Chú ý: Nếu bạn cần thêm không gian, bạn có thể sử dụng phần "chú thích" hoặc đính kèm các trang bổ sung

1. Tên cơ sở: _____ BỆNH NHÂN NỘI TRÚ BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ

   Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

   _____ Lý do tới khám: _____

   _____ Ngày gặp cuối: _____

2. Tên cơ sở: _____ BỆNH NHÂN NỘI TRÚ BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ

   Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

   _____ Lý do tới khám: _____

   _____ Ngày gặp cuối: _____

3. Tên cơ sở: _____ BỆNH NHÂN NỘI TRÚ BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ

   Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

   _____ Lý do tới khám: _____

   _____ Ngày gặp cuối: _____

4. Tên cơ sở: _____ BỆNH NHÂN NỘI TRÚ BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ

   Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

   _____ Lý do tới khám: _____

   _____ Ngày gặp cuối: _____

Liệt kê thêm bất kỳ địa điểm nào mà bạn đã thực hiện các xét nghiệm hoặc hình ảnh (xét nghiệm máu, chụp x-quang, CT, v.v.) trong 15 tháng qua **nếu cơ sở đó chưa được liệt kê ở trên**.

1. Tên cơ sở: _____ Ngày gặp cuối: _____

   Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

   _____ Xét nghiệm /Hình ảnh: _____

   _____ _____

2. Tên cơ sở: _____ Ngày gặp cuối: _____

   Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

   _____ Xét nghiệm /Hình ảnh: _____

   _____ _____

3. Tên cơ sở: _____ Ngày gặp cuối: _____

   Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

   _____ Xét nghiệm/Hình ảnh: _____

   _____ _____

Trong 15 tháng qua, bạn có được đánh giá hoặc điều trị bởi bất kỳ cơ quan nào sau đây không?

☐ Có ☐ Không Phòng khám sức khỏe tâm thần SC Cơ sở: _____

☐ Có ☐ Không Cơ sở rượu và ma túy Cơ sở: _____

☐ Có ☐ Không Phòng Khuyết tật & Nhu cầu Đặc biệt Cơ sở: _____

LỊCH SỬ GIÁO DỤC

Lớp cao nhất mà bạn đã **HỌC XONG? (Tích vào tùy chọn phù hợp)**

☐ Đến lớp 6 ☐ Lớp 7 đến lớp 11 ☐ Lớp 12/GED

Bạn đã đăng ký vào các Lớp Giáo dục đặc biệt hay Nguồn liệu chưa? ☐ RỒI ☐ CHƯA

Nếu có, bạn đã tham gia loại lớp học nào? (Ví dụ: nguồn liệu, toán học, đọc, v.v.):

_____

Tên lớp: _____

Địa chỉ: _____

_____

Ngày tham gia: _____ Số điện thoại: _____

LỊCH SỬ LÀM VIỆC

Bạn đã làm việc trong 15 năm qua chưa? ☐ RỒI ☐ CHƯA
Nếu có, vui lòng hoàn thành các câu hỏi sau cho **từng loại công việc** bạn đã đảm nhiệm trong 15 năm qua. Nếu bạn cần thêm không gian, bạn có thể đính kèm các trang bổ sung.

*(Ví dụ về **LOẠI CÔNG VIỆC**: làm giúp việc và nấu ăn. Nếu bạn là người giúp việc nhưng ở một số công ty khác nhau, đây được coi là MỘT LOẠI công việc).*

1. Chức danh/Loại: _____

Tôi làm công việc này từ / / tới / / . Vui lòng mô tả những gì bạn đã làm trong việc này:

Trong công việc này, bạn đã làm tổng cộng bao nhiêu giờ mỗi ngày (**Tích câu trả lời phù hợp nhất**)

ĐI BỘ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
ĐỨNG	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
NGỒI	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
TRÈO	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
CÚI	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+

QUỲ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
KHOM	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
BÒ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
XỬ LÝ/NẮM BẮT	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
VIẾT/GÕ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
NÂNG / XÁCH	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+

Bạn đã nâng / xách cái gì và bạn đã mang nó đi bao xa?

Trọng lượng nặng nhất đã nâng là bao nhiêu?

☐ Nhẹ hơn 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs hoặc hơn ☐ Khác:

Trọng lượng thường xuyên nâng là bao nhiêu?

☐ Nhẹ hơn 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs hoặc hơn ☐ Khác:

2. Chức danh/Loại: _____

Tôi làm công việc này từ / / tới / / .Vui lòng mô tả những gì bạn đã làm trong việc này:

Trong công việc này, bạn đã làm tổng cộng bao nhiêu giờ mỗi ngày (**Tích câu trả lời phù hợp nhất**)

ĐI BỘ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
ĐỨNG	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
NGỒI	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
TRÈO	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
CÚI	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+

QUỲ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
KHOM	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
BÒ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
XỬ LÝ/NẮM BẮT	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
VIẾT/GÕ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
NÂNG / XÁCH	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+

Bạn đã nâng / xách cái gì và bạn đã mang nó đi bao xa?

Trọng lượng nặng nhất đã nâng là bao nhiêu?

☐ Nhẹ hơn 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs hoặc hơn ☐ Khác:

Trọng lượng thường xuyên nâng là bao nhiêu?

☐ Nhẹ hơn 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs hoặc hơn ☐ Khác:

LỊCH SỬ LÀM VIỆC, TIẾP

3. Chức danh/Loại: _____

Tôi làm công việc này từ / / tới / / .Vui lòng mô tả những gì bạn đã làm trong việc này:

_____

Trong công việc này, bạn đã làm tổng cộng bao nhiêu giờ mỗi ngày (**Tích câu trả lời phù hợp nhất**):

ĐI BỘ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
ĐỨNG	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
NGỒI	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
TRÈO	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
CÚI	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+

QUỲ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
KHOM	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
BÒ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
XỬ LÝ/NẮM BẮT	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
VIẾT/GÕ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
NÂNG / XÁCH	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+

Bạn đã nâng / xách cái gì và bạn đã mang nó đi bao xa?

_____

Trọng lượng nặng nhất đã nâng là bao nhiêu?

☐ Nhẹ hơn 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs hoặc hơn ☐ Khác:

Trọng lượng thường xuyên nâng là bao nhiêu?

☐ Nhẹ hơn 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs hoặc hơn ☐ Khác:

4. Chức danh/Loại: _____

Tôi làm công việc này từ / / tới / / .Vui lòng mô tả những gì bạn đã làm trong việc này:

_____

Trong công việc này, bạn đã làm tổng cộng bao nhiêu giờ mỗi ngày (**Tích câu trả lời phù hợp nhất**):

ĐI BỘ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
ĐỨNG	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
NGỒI	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
TRÈO	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
CÚI	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+

QUỲ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
KHOM	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
BÒ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
XỬ LÝ/NẮM BẮT	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
VIẾT/GÕ	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+
NÂNG / XÁCH	Ít hơn 2	2-6	6-8	8+

Bạn đã nâng / xách cái gì và bạn đã mang nó đi bao xa?

_____

Trọng lượng nặng nhất đã nâng là bao nhiêu?

☐ Nhẹ hơn 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs hoặc hơn ☐ Khác:

Trọng lượng thường xuyên nâng là bao nhiêu?

☐ Nhẹ hơn 10 lbs ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs hoặc hơn ☐ Khác:

CHÚ THÍCH

Sử dụng không gian này để cung cấp thông tin bổ sung có thể giúp đưa ra quyết định về việc đòi quyền khuyết tật của bạn.

Vui lòng nhớ ký tên và gửi lại Giấy cho phép Tiết lộ Thông tin Y tế, Mẫu 921.