

Довідка про інвалідність - дитина до 19 років

Відправити: SCDHHS – Central Mail
PO Box 100101
Columbia SC 29202-3101

☐ Можлива інвалідність

**Це поле лише для допоміжного
використання**

Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте до Центру обслуговування учасників Healthy Connections за безкоштовним номером (888) 549-0820 (TTY 888-842-3620).

ТІЛЬКИ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ DHHS

☐ Ініціали дитини ☐ Тільки ретро Дата останнього оновлення:

**Кількість отриманих і
відсканованих сторінок: ____**

Номер домо господарства: ____ Дата подачі заявки: ____ Ретро: ____

Будь ласка, повністю заповніть цю форму та поверніть з підписаною формою дозволу на розкриття медичної інформації у наданому конверті. Дуже важливо, щоб ви надали повні адреси та номери телефонів для ваших медичних джерел. Якщо форма не буде заповнена повністю, це призведе до затримки обробки вашої заяви про інвалідність від Medicaid.

Дуже важливо, щоб додана форма Дозволу на розголошення інформації про стан здоров'я була підписана **ЧОРНИМИ АБО СИНІМИ ЧЕРНИЛАМИ** БАТЬКАМИ ЧИ ОПІКУНАМИ неповнолітньої дитини. **Якщо є законно призначений представник або документ про довіреність, додайте копію до заповненої та підписаної форми.**

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДИТИНУ

Прізвище дитини: ____ Ім'я дитини: ____ По-батькові: ____
Номер SSN дитини: ____ Попереднє ім'я дитини (якщо є): ____
Дата народження: ____ Дата смерті (якщо є): ____
Вулиця: ____ Місто: ____ Штат: ____ Почтовий індекс: ____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО БАТЬКІВ/ОПІКУН

Батьки / Опікуни: ____
Відношення до Заявника: ____ Номер телефону: ____
Домашня адреса батьків чи опікунів: ____ Місто: ____ Штат: ____ Почтовий індекс: ____
Якій мові Ви надаєте перевагу (письмова та усна форми) (якщо не англійська)? ____ Яка інвалідність вашої дитини? ____
Поясніть, як інвалідність дитини впливає на її/її здатність функціонувати. (Ви можете додати додаткові сторінки, якщо потрібно.) _____

Будь ласка, вкажіть ім'я людини, яка знає про стан вашої дитини (не лікаря чи вчителя).

Наприклад: сусід, дідусь і бабуся тощо.

Ім'я контактної особи: _____

Адреса: _____. Місто: _____ Штат: _____ Почтовий індекс: _____

Номер телефону: _____ Відношення до дитини: _____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ШКОЛУ/НАВЧАННЯ

Зараз дитина відвідує школу (або дошкільний навчальний заклад)? __Так __Ні Якщо так, будь-ласка заповніть заяву нижче: Клас: _____ Ім'я вчителя: _____

Назва школи: _____

Адреса: _____

Чи перебуває дитина на програмі спеціальної освіти? __Так __Ні Номер телефону школи: _____

Якщо так, будь-ласка вкажіть імена вчителів: _____

В школі дитина отримує:

☐ Так ☐ Ні Трудотерапію? Ім'я терапевта: _____

☐ Так ☐ Ні Логопедію? Ім'я терапевта: _____

☐ Так ☐ Ні Фізіотерапію? Ім'я терапевта: _____

☐ Так ☐ Ні АВА-терапію? Ім'я терапевта: _____

☐ Так ☐ Ні Інші? Ім'я терапевта: _____

Якщо у вас є копія ІЕР студента, додайте копію із заповненою заявкою.

Чи відвідує дитина дитячий сад або післяшкільні програми? __Так __Ні

Назва програми: _____ Тип програми: _____ Номер

телефону: _____ - _____ - _____ Вчитель/Відповідальний за програму:

Вулиця: _____ Місто: _____ Штат: _____ Почтовий індекс: _____

Будь ласка, надайте повну адресу для всіх постачальників медичних послуг і послуг, щоб ми могли запитувати медичні освітні записи та записи про лікування. Якщо вам потрібен додатковий простір, скористайтеся розділом «Примітки» або додайте додаткові сторінки.

ЛІКУВАННЯ: перерахуйте ВСІХ лікарів, яких відвідували в клініці чи кабінеті лікаря за останні 15 місяців.

1. Ім'я: _____ Назва клініки: _____ Адреса: _____
Номер телефону: _____ Причина візиту: _____ Остання дата візиту: _____
2. Ім'я: _____ Назва клініки: _____ Адреса: _____
Номер телефону: _____ Причина візиту: _____ Остання дата візиту: _____
3. Ім'я: _____ Назва клініки: _____ Адреса: _____
Номер телефону: _____ Причина візиту: _____ Остання дата візиту: _____

Перерахуйте ВСІ лікарні, відділення невідкладної допомоги або невідкладні установи, які дитина відвідала за останні 15 місяців. Вкажіть лише назву закладу; нам не потрібні індивідуальні прізвища лікарів.

1. Назва закладу: _____ СТАЦІОНАРНА _____ АМБУЛАТОРНА
Адреса: _____ Номер телефону: _____
Причина візиту: _____ Остання дата візиту: _____
2. Назва закладу: _____ СТАЦІОНАРНА _____ АМБУЛАТОРНА
Адреса: _____ Номер телефону: _____
Причина візиту: _____ Остання дата візиту: _____
3. Назва закладу: _____ СТАЦІОНАРНА _____ АМБУЛАТОРНА
Адреса: _____ Номер телефону: _____
Причина візиту: _____ Остання дата візиту: _____
4. Назва закладу: _____ СТАЦІОНАРНА _____ АМБУЛАТОРНА
Адреса: _____ Номер телефону: _____
Причина візиту: _____ Остання дата візиту: _____

Перелічіть **УСІХ ПОСТАВЧИКІВ ТЕРАПІЇ (за межами школи)**, яких дитина відвідувала за останні **15 місяців**. У цьому розділі, будь ласка, перерахуйте всі заняття з **трудотерапії, фізіотерапії, логопедії тощо**. Будь ласка, надайте повну контактну інформацію для кожного постачальника. **Якщо послуги координуються через BabyNet, все одно необхідно надати нам контактну інформацію для кожного окремого постачальника, оскільки ми не завжди можемо отримати записи безпосередньо від BabyNet.**

1. Ім'я постачальника: _____

Адреса: _____ Номер телефону: _____

Тип постачальника: _____ Остання дата візиту: _____

2. Ім'я постачальника: _____

Адреса: _____ Номер телефону: _____

Тип постачальника: _____ Остання дата візиту: _____

3. Ім'я постачальника: _____

Адреса: _____ Номер телефону: _____

Тип постачальника: _____ Остання дата візиту: _____

4. Ім'я постачальника: _____

Адреса: _____ Номер телефону: _____

Тип постачальника: _____ Остання дата візиту: _____

Перерахуйте будь-які додаткові місця, де ви проводили аналізи або обстеження (аналіз крові, рентген, КТ тощо) протягом останніх 15 місяців, **якщо заклад ще не був вказаний вище**.

1. Назва закладу _____: Остання дата візиту: _____

Адреса _____: Номер телефону: _____ Тип аналізу/обстеження: _____

2. Назва закладу _____: Остання дата візиту: _____

Адреса _____: Номер телефону: _____ Тип аналізу/обстеження: _____

ПРИМІТКИ

Використовуйте цей простір, щоб надати додаткову інформацію, яка може допомогти прийняти рішення щодо вашої заяви про інвалідність.

Будь ласка, не забудьте підписати та повернути форму дозволу на розкриття медичної інформації, форма 921.

Очистити форму

SCDHHS відповідає застосовним федеральним законам про громадянські права та не дискримінує на основі раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідність або стать. SCDHHS надає безкоштовну допомогу та послуги для людей з обмеженими можливостями, наприклад, кваліфікованих сурдоперекладачів та письмова інформація в інших форматах (включаючи великі шрифти, шрифт Брайля, аудіо, доступні електронні формати та інші формати). Ми надаємо безкоштовні мовні послуги для людей, чия основна мова не англійська, наприклад, кваліфіковані перекладачі та інформація, написана іншою мовою мови.

Повідомлення про недискримінацію

Департамент охорони здоров'я та соціальних служб Південної Кароліни (SCDHHS) дотримується чинних федеральних законів про громадянські права та не дискримінує за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності чи статі. SCDHHS не виключає людей і не ставиться до них по-різному через расу, колір шкіри, національне походження, вік, інвалідність або стать.

SCDHHS надає безкоштовну допомогу та послуги для людей з обмеженими можливостями, наприклад, кваліфікованих сурдоперекладачів та письмову інформацію в інших форматах (великий шрифт, шрифт Брайля, аудіо, доступні електронні формати, інші формати). Ми надаємо безкоштовні мовні послуги людям, чия основна мова не є англійською, наприклад, кваліфікованих перекладачів та інформації, написаної іншими мовами. Якщо вам потрібні ці послуги, будь ласка, зв'яжіться з Законом про американців з обмеженими можливостями (ADA)/ Посадовою особою з громадянських прав поштою за адресою: PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206, за телефоном: 1-888-549-0820 (TTY: 1 -888-842-3620) або електронною поштою: civilrights@scdhhs.gov.

Якщо ви вважаєте, що SCDHHS не надав ці послуги або дискримінував іншим чином за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності або статі, ви можете подати скаргу до Посадової особи з цивільних прав, використовуючи контактну інформацію, наведену вище. Ви можете подати скаргу особисто, поштою або електронною поштою. Якщо вам потрібна допомога в поданні скарги, ми готові допомогти вам.

Ви також можете подати скаргу щодо громадянських прав до Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США, Управління з громадянських прав, в електронному вигляді через портал скарг Управління громадянських прав, доступний за адресою <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> або поштою чи телефоном за адресою: США Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201 або за телефоном: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Форми скарг доступні за адресою <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>