



Báo cáo về Tình trạng Khuyết tật - Trẻ dưới 19 tuổi

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

☐ Thương tật suy đoán
**Ô đánh dấu này chỉ dành
cho mục đích thí điểm**

Nếu bạn cần trợ giúp, vui lòng gọi Trung tâm Dịch vụ Thành viên Healthy Connections miễn cước cuộc gọi theo số **(888) 549-0820 (TTY 888-842-3620)**.

CHỈ DÀNH CHO DHHS SỬ DỤNG		Số trang đã nhận và scan: _____
☐ Nộp đơn lần đầu của trẻ	☐ Nộp đơn lại Ngày cập nhật cuối cùng: ____/____/____	
Số hộ gia đình: _____ Ngày nộp đơn: ____/____/____		Nộp đơn lại: _____

Vui lòng điền đầy đủ thông tin trong phiếu này và gửi kèm phiếu Chấp thuận Tiết lộ Thông tin Y tế theo bì thư đã được cung cấp. Một điều rất quan trọng đó là bạn cần cung cấp địa chỉ đầy đủ và số điện thoại của các nguồn hỗ trợ y khoa của mình. Nếu phiếu này không được điền đầy đủ, việc này sẽ làm chậm việc xử lý đơn yêu cầu bồi thường Khuyết tật Medicaid của bạn.

Một điều cũng vô cùng quan trọng đó là phiếu Chấp thuận Tiết lộ Thông tin Y tế phải được **CHA MẸ HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP** của trẻ ký **BẰNG MỰC MÀU ĐEN HOẶC MÀU XANH ĐƯƠNG**. Nếu có người đại diện do pháp luật chỉ định hoặc giấy ủy quyền, vui lòng đính kèm theo phiếu mà bạn đã điền đầy đủ và ký tên này.

THÔNG TIN CỦA TRẺ

Họ tên của trẻ: _____ Tên gọi của trẻ: _____ Tên đệm viết tắt: _____

SSN# của trẻ: - - - - - Tên trước đây của trẻ (Nếu có): _____

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

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _ ZIP: _____

THÔNG TIN CỦA CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ

Cha mẹ / Người giám hộ: _____

Mối quan hệ với người nộp đơn: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ của cha mẹ / Người giám hộ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _ ZIP: _____

Bạn muốn sử dụng ngôn ngữ nói hoặc viết nào (nếu không phải tiếng Anh)? _____

Con bạn có khuyết tật gì?

Giải thích về việc khuyết tật ảnh hưởng đến khả năng hoạt động của trẻ. (Bạn có thể sử dụng thêm trang giấy nếu cần)

Vui lòng cung cấp tên của người mà hiểu rõ về tình trạng của trẻ (không phải bác sĩ hay giáo viên). Ví dụ như một người hàng xóm, ông/bà, v.v.

Tên người liên hệ: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Số điện thoại: _____ Mối quan hệ với trẻ: _____

THÔNG TIN VỀ TRƯỜNG HỌC/NOI HƯỚNG DẪN

Trẻ có đang đi học (hoặc gửi ở trường mầm non không)? ☐ Có ☐ Không Nếu có, vui lòng điền vào thông tin sau: Lớp hiện tại: _____ Giáo viên chủ nhiệm của trẻ: _____

Tên của trường: _____

Địa chỉ: _____

Trẻ có đang theo chương trình giáo dục đặc biệt không? ☐ Có ☐ Không Số điện thoại của trường: _____

Nếu có, vui lòng cho biết tên của giáo viên: _____

Ở trường, trẻ có nhận được:

☐ Có	☐ Không	Trị liệu nghề nghiệp?	Tên của nhà trị liệu:	_____
☐ Có	☐ Không	Âm ngữ trị liệu?	Tên của nhà trị liệu:	_____
☐ Có	☐ Không	Vật lý trị liệu?	Tên của nhà trị liệu:	_____
☐ Có	☐ Không	Trị liệu ABA?	Tên của nhà trị liệu:	_____
☐ Có	☐ Không	Dịch vụ khác?	Tên của nhà cung cấp:	_____

Nếu bạn có một bản IEP của học sinh, vui lòng gửi kèm theo phiếu đăng ký đã điền đầy đủ này.

Trẻ có nhận dịch vụ chăm sóc trẻ ban ngày hoặc chương trình ngoài giờ học không? ☐ Có ☐ Không

Tên của chương trình: _____ Loại chương trình: _____

Số điện thoại: _____ Giáo viên/Nhà cung cấp chương trình: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ ZIP: _____

Vui lòng cung cấp địa chỉ đầy đủ của tất cả nhà cung cấp dịch vụ và y khoa để chúng tôi có thể yêu cầu các hồ sơ về y khoa, giáo dục và hồ sơ điều trị. Nếu bạn cần thêm chỗ để ghi, hãy sử dụng mục “THÔNG TIN LƯU Ý” hoặc đính kèm thêm các trang giấy vào đây.

ĐIỀU TRỊ Y KHOA: Liệt kê TẤT CẢ bác sĩ đã thăm khám tại phòng khám hoặc phòng khám riêng của bác sĩ trong vòng 15 tháng qua.

1. Tên của bác sĩ: _____ Tên phòng khám: _____

Địa chỉ: _____ Số điện thoại: _____

Lý do thăm khám: _____

Ngày thăm khám gần nhất: _____

2. Tên của bác sĩ: _____ Tên phòng khám: _____

Địa chỉ: _____ Số điện thoại: _____

Lý do thăm khám: _____

Ngày thăm khám gần nhất: _____

3. Tên của bác sĩ: _____ Tên phòng khám: _____

Địa chỉ: _____ Số điện thoại: _____

Lý do thăm khám: _____

Ngày thăm khám gần nhất: _____

Liệt kê TẤT CẢ **bệnh viện, phòng khám cấp cứu hoặc cơ sở chăm sóc khẩn cấp** mà trẻ đã thăm khám trong vòng **15 tháng** qua. Chỉ liệt kê tên của cơ sở; chúng tôi không cần tên cụ thể của bác sĩ.

- | | | |
|-------------------------|--------------------------------|-----------|
| 1. Tên của cơ sở: _____ | NỘI TRÚ | NGOẠI TRÚ |
| Địa chỉ: _____ | Số điện thoại: _____ | |
| _____ | Lý do thăm khám: _____ | |
| _____ | Ngày thăm khám gần nhất: _____ | |
| 2. Tên của cơ sở: _____ | NỘI TRÚ | NGOẠI TRÚ |
| Địa chỉ: _____ | Số điện thoại: _____ | |
| _____ | Lý do thăm khám: _____ | |
| _____ | Ngày thăm khám gần nhất: _____ | |
| 3. Tên của cơ sở: _____ | NỘI TRÚ | NGOẠI TRÚ |
| Địa chỉ: _____ | Số điện thoại: _____ | |
| _____ | Lý do thăm khám: _____ | |
| _____ | Ngày thăm khám gần nhất: _____ | |
| 4. Tên của cơ sở: _____ | NỘI TRÚ | NGOẠI TRÚ |
| Địa chỉ: _____ | Số điện thoại: _____ | |
| _____ | Lý do thăm khám: _____ | |
| _____ | Ngày thăm khám gần nhất: _____ | |

Liệt kê **TẤT CẢ NHÀ CUNG CẤP TRỊ LIỆU** (bên ngoài khuôn viên trường học) mà trẻ đã thăm khám trong vòng **15 tháng** qua. Trong mục này, vui lòng liệt kê tất cả dịch vụ **Trị liệu Nghề nghiệp, Vật lý Trị liệu, Âm ngữ Trị liệu**, v.v. *Vui lòng cung cấp đầy đủ thông tin liên hệ của từng nhà cung cấp. Nếu dịch vụ được điều phối thông qua BabyNet, bạn vẫn cần cung cấp cho chúng tôi thông tin liên hệ của từng nhà cung cấp, vì không phải lúc nào chúng tôi cũng lưu giữ hồ sơ trực tiếp từ BabyNet.*

1. Tên nhà cung cấp: _____
Địa chỉ: _____ Số điện thoại: _____
_____ Loại nhà cung cấp: _____
_____ Ngày thăm khám gần nhất: _____
2. Tên nhà cung cấp: _____
Địa chỉ: _____ Số điện thoại: _____
_____ Loại nhà cung cấp: _____
_____ Ngày thăm khám gần nhất: _____
3. Tên nhà cung cấp: _____
Địa chỉ: _____ Số điện thoại: _____
_____ Loại nhà cung cấp: _____
_____ Ngày thăm khám gần nhất: _____
4. Tên nhà cung cấp: _____
Địa chỉ: _____ Số điện thoại: _____
_____ Loại nhà cung cấp: _____
_____ Ngày thăm khám gần nhất: _____
5. Tên nhà cung cấp: _____
Địa chỉ: _____ Số điện thoại: _____
_____ Loại nhà cung cấp: _____
_____ Ngày thăm khám gần nhất: _____

Sử dụng khoảng trắng này để cung cấp thêm thông tin mà có thể giúp đưa ra quyết định đối với yêu cầu bồi thường khuyết tật của bạn.

1. Tên của cơ sở: _____ Ngày thăm khám gần nhất: _____

Địa chỉ: _____ Số điện thoại: _____

_____ Xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh: _____

1. Tên của cơ sở: _____ Ngày thăm khám gần nhất: _____

Địa chỉ: _____ Số điện thoại: _____

_____ Xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh: _____

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

Xin hãy nhớ ký tên và gửi lại phiếu Chấp thuận Tiết lộ Thông tin Y tế, Phiếu 921.