



احتمالي معلولیت

دا باکس یوازې د آزمینې کارولو لپاره دی.

ویي لپری: د سویلي کارولینا د روغتیا او بشري سرچینو څانګه (SCDHHS) — مرکز ي پوسته خانه

پوسټ بکس پته: 100101

Columbia, SC 29202-3101

که چېرې تاسو مرستې ته اړتیا لرئ، په مهرباني سره د روغتیايي اړیکو د غړو د خدمتونو له مرکز سره په (888) 549-0820 (TTY 888-849) (3620) شمېرو په اړیکه کې شئ.

د لویانو لومړنۍ ☐ یوازې د یوې دورې لپاره ☐ یوازې د روغتیا او بشري خدمتونو د څانګې (DHHS) د کارولو لپاره	د وروستي اپډیټ نېټه: ____/____/____	د ترلاسه شویو او سکڼ شویو پانو شمېر
د کور شمېره: _____	د غوښتنې تاریخ: ____/____/____	دوره: _____

په مهرباني سره دا فورم په بشپړه توګه ډک کړئ او د روغتیايي معلوماتو د افشاء له فورم سره یې په چمتو شوي پاکټ کې بېرته را واستوئ. دا ډېره اړینه ده چې تاسو د خپلو روغتیايي سرچینو لپاره خپله بشپړه پته او د تېلفون شمېرې برابرې کړئ. که چېرې فورم په بشپړه توګه نه وي ډک شوی، بنایي دا د کم عاید لرونکو خلکو سره د فدرال یا ایالت د مرستو پروګرام (Medicaid) اړوند ستاسو د معلولیت د ادعا د پرمخ وړلو پروسه ځنډنې کړي.

دا ډېره اړینه ده چې د روغتیايي معلوماتو د افشاء کولو بند شوی فورم په تور او یا آبي رنګ قلم لاسلیک شي.

که چېرې ټاکل شوی قانونی استازی او یا د وکالت لیک اسناد شتون ولري، په مهرباني سره د هغې یوه کاپي له لاسلیک شوی فورم سره یو ځای کړئ.

وروستی نوم: _____ لومړی نوم: _____ منځنی پیلنی نوم: _____

د ټولنیز خونديتوب شمېره (SSN): # _____ - - مخکینی نوم/له واده وړاندې د پنځې کورنۍ نوم: _____

د زېږېدو نېټه: ____/____/____ د مرګ نېټه (که چېرې د پلي کېدو وړ وي): ____/____/____

د سړک پته: _____ ښار: _____ ایالت: _____ زیپ کوډ: _____

تېلفون: _____

ارتباطي شخص: _____

د غوښتونکي سره اړیکه: _____ تېلفون: _____

د اړیکې پټي: _____ ښار: _____ ایالت: _____ زیپ کوډ: _____

ستاسو د خوښې وړ د خبرو اترو او یا لیکلي ژبه څه ده؟ (که چېرې انګلیسي نه وي) _____

ستاسو معلولیت څه دی؟

1. آیا تاسو د معلولیت د خوندیتوب بشپړونکو (SSI) گټو د عوایدو لپاره غوښتنه سپارلې ده؟
 الف. د هو په صورت کې، د غوښتنې نېټه ولیکئ: ____
 ب. آیا ستاسو روغتيايي وضعیت بدل شوی دی؟
 ج. له هغه وخت چې تاسو د (SSI) د معلولیت گټو غوښتنه کړې ده، آیا تاسو نوی ډاکټر لرئ؟
 د. آیا دا غوښتنه په سویلي کارولینا (SC) کې ترسره شوې وه؟ ☐ هو ☐ نه د نه په صورت کې، په کوم آیالت کې؟
☐ نه ☐ هو
 2. آیا تاسو د ټولنیز خوندیتوب د گټو غوښتنه کړې ده؟
 الف. د هو په صورت کې، د غوښتنې نېټه ولیکئ: ____
 ب. آیا ستاسو روغتيايي وضعیت بدل شوی دی؟
 ج. له هغه وخت چې تاسو د ټولنیز خوندیتوب گټو غوښتنه کړې ده، آیا تاسو نوی ډاکټر لرئ؟
 د. که چېرې د ټولنیز خوندیتوب ادارې (SSA) لخوا رد شوی وي، له هغوی مو غوښتنه کړې چې ستاسو په ادعا بیا کتنه وکړي؟
☐ نه ☐ هو
 آیا SSA ستاسو په ادعا بیا کتنه رد کړې ده؟
 آیا تاسو د بیا کتنې او یا رسېدنې غوښتنه کړې ده؟
☐ نه ☐ هو ☐ نه ☐ هو

ستاسو د معلولیت په اړه روغتيايي معلومات

يادونه: که چېرې تاسو د روغتيايي سرچينو لپاره اضافي ساحې ته اړتيا لرئ، د هغوی نومونه، پتي او د ليدني دليل د "يادښت" په برخه کې يې لېست کړئ. موږ د روغتيايي اسنادو يا سوابقو د غوښتنې لپاره د ټولو روغتيايي چمتو کونکو بشپړې پتي ته اړتيا لرو. د ټولو هغو ډاکټر نومونه لېست کړئ، چې تاسو په تېرو 15 مياشتو کې په کلينیک او يا د ډاکټر په معاینه ځای ته کې مو ورسره کتلي دي.

1. د ډاکټر نوم: _____
 پته: _____
 کلينیک: _____
 ټليفون: _____
 د ليدني لپاره دليل: _____
 د وروستۍ لېدنې نېټه: _____
2. د ډاکټر نوم: _____
 پته: _____
 کلينیک: _____
 ټليفون: _____
 د ليدني لپاره دليل: _____
 د وروستۍ لېدنې نېټه: _____
3. د ډاکټر نوم: _____
 پته: _____
 کلينیک: _____
 ټليفون: _____
 د ليدني لپاره دليل: _____
 د وروستۍ لېدنې نېټه: _____
4. د ډاکټر نوم: _____
 پته: _____
 کلينیک: _____
 ټليفون: _____
 د ليدني لپاره دليل: _____
 د وروستۍ لېدنې نېټه: _____

ټولې هغه روغتونونه، د بېرنيو حالاتو خونې او يا د اړينې پاملرنې آسانتياوې لېست کړئ چې تاسو په تېرو 15 مياشتو کې ورته مراجعه کړئ. يوازې د آسانتيا نوم وليکئ، مور د هر ډاکټر نوم ته اړتيا نه لرو. يادونه: که چېرې اضافي ساحې ته اړتيا لرئ، ښايي تاسو د "يادښت" په برخه او يا اضافي پاڼې وښلؤئ.

1. د آسانتيا نوم:	بستر ناروغ	سراپا ناروغ
پته:	تليفون:	
	د ليدنې لپاره دليل:	
	د وروستۍ ليدنې نېټه:	
2. د آسانتيا نوم:	بستر ناروغ	سراپا ناروغ
پته:	تليفون:	
	د ليدنې لپاره دليل:	
	د وروستۍ ليدنې نېټه:	
3. د آسانتيا نوم:	بستر ناروغ	سراپا ناروغ
پته:	تليفون:	
	د ليدنې لپاره دليل:	
	د وروستۍ ليدنې نېټه:	
4. د آسانتيا نوم:	بستر ناروغ	سراپا ناروغ
پته:	تليفون:	
	د ليدنې لپاره دليل:	
	د وروستۍ ليدنې نېټه:	
5. د آسانتيا نوم:	بستر ناروغ	سراپا ناروغ
پته:	تليفون:	
	د ليدنې لپاره دليل:	
	د وروستۍ ليدنې نېټه:	

نورې هغې سیمې چې تاسو هلته انځور کښې ترسره کړې دي (د وینې آزمینت، x-rays، CTs او نور.) چې په 15 میاشتو کې ترسره کړي وي، که چېرې دا آسانتیاوې له وړاندې پورته نه وي لېست شوي.

1. د آسانتیا نوم:	د وروستۍ لیدنې نېټه:
پته:	تلیفون:
آزمینت/انځور:	
2. د آسانتیا نوم:	د وروستۍ لیدنې نېټه:
پته:	تلیفون:
آزمینت/انځور:	
3. د آسانتیا نوم:	د وروستۍ لیدنې:
پته:	تلیفون:
آزمینت/انځور:	

په تېرو 15 میاشتو کې تاسو له لاندې ادارو څخه د کومې یوې لخوا ارزول شوي او یا آزمینت شوي یاست؟

آسانتیا:	SC د رواني روغتیا څانګه	هو ☐	نه ☐
آسانتیا:	د الکولو او نشه یي توکو آسانتیا	هو ☐	نه ☐
آسانتیا:	SC د معلولیت او ځانګړو اړتیاوو څانګه	هو ☐	نه ☐

د زده کړو تاریخچه

تر ټولو لوړه درجه چې تاسو بشپړه کړې کومه ده؟ (هغه غوراوی په نښه کړئ چې ستاسو سره مطابقت کوي)

☐ 6 ټولګۍ او یا له هغې ټیټ ☐ له 7-11 ټولګي پورې ☐ 12 ټولګۍ/فارغ شوی

آیا تاسو د ځانګړو زده کړو په ټولګیو او یا سرچینو کې نوملیکنه کړې؟ ☐ هو ☐ نه
د هو په صورت کې، تاسو په څه ډول ټولګیو کې ګډون کړی دی؟ (بیلګې: سرچینه، ریاضي، لوستل، نور):

د ښوونځي نوم:

پته:

کاري تاريخچه

آيا په تير 15 کلونو کې مو کار کړی دی؟ ☐ هو ☐ نه

د هو په صورت کې، په مهرباني سره د هر هغه ډول دندې پوښتنه بشپړه کړئ چې تاسو په تېرو 15 کلونو کې کار پکې ترسره کړی دی. که چېرې اضافي ساحې ته اړتیا لرئ، تاسو کولای شئ اضافي پاڼې ونښلوئ.

(د کار د ډول اړوند بېلګې: د خدمت کار او یا اشي په توګه بې کار کړی. که چېرې تاسو په څو شرکتونو کې خدمت کار په توګه کار کړی وي، د د يو ډول دندې په توګه په پام کې نيول کېږي)

1. د دندې عنوان/ډول:

ما دا دنده له / / څخه تر / / پورې ترسره کړې. په مهرباني سره ووايست چې تاسو ولې دا دنده ترسره کړې:

په دې دنده کې تاسو په ټوله کې د ورځې څو ساعته لاندې کارونه ترسره کول (هغه پوښتنې وټاکئ چې ډېر مطابقت کوي)

8+	6-8	2-6	له 2 لږ	قدم وهل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	درېدل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	کښناستل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	ختل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	خم درېدل

8+	6-8	2-6	له 2 لږ	په ګونډو کېدل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	کروچ
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	په څلورو
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	دسته/ موټی کول
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	ليکل/تايپ کول
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	پورته کول/لېږدول

کوم څيز تاسو پورته کړی/لېږدولی دی او څومره مو ولېږدولو؟

تاسو څومره دروند وزن پورته کړی دی؟

☐ له 10lbs څخه کم ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs یا له هغې زیات ☐ نور:

تاسو کوم وزن ډیرې وخت په مسلسل ډول پورته کړی دی؟

☐ له 10lbs څخه کم ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs یا له هغې زیات ☐ نور:

2. د دندې عنوان/ډول:

ما دا دنده له / / څخه تر / / پورې ترسره کړې. په مهرباني سره ووايست چې تاسو ولې دا دنده ترسره کړې:

په دې دنده کې تاسو په ټوله کې د ورځې څو ساعته لاندې کارونه ترسره کول (هغه پوښتنې وټاکئ چې ډېر مطابقت کوي)

8+	6-8	2-6	له 2 لږ	قدم وهل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	درېدل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	کښناستل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	ختل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	خم درېدل

8+	6-8	2-6	له 2 لږ	په ګونډو کېدل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	کروچ
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	په څلورو
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	دسته/ موټی کول
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	ليکل/تايپ کول
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	پورته کول/لېږدول

کوم څيز تاسو پورته کړی/لېږدولی دی او څومره مو ولېږدولو؟

تاسو څومره دروند وزن پورته کړی دی؟

☐ له 10lbs څخه کم ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs یا له هغې زیات ☐ نور:

تاسو کوم وزن ډیرې وخت په مسلسل ډول پورته کړی دی؟

☐ له 10lbs څخه کم ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs یا له هغې زیات ☐ نور:

3. د دندې عنوان/ډول:

ما دا دنده له / / څخه تر / / پورې ترسره کړې . په مهرباني سره ووايست چې تاسو ولې دا دنده ترسره کړې:

په دې دنده کې تاسو په ټوله کې د ورځې څو ساعته لاندې کارونه ترسره کول (هغه پوښتنې وټاکئ چې ډېر مطابقت کوي)

8+	6-8	2-6	له 2 لږ	قدم وهل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	درېدل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	کينناستل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	ختل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	خم درېدل

8+	6-8	2-6	له 2 لږ	په گوندو کېدل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	کروچ
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	په څلورو
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	دسته/ موټی کول
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	ليکل/ټايپ کول
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	پورته کول/ليږدول

کوم څيز تاسو پورته کړی/ لېږدولی دی او څومره مو ولېږدولو؟

تاسو څومره دروند وزن پورته کړی دی؟

☐ له 10lbs څخه کم ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs يا له هغې زيات ☐ نور:

تاسو کوم وزن ډيری وخت په مسلسل ډول پورته کړی دی؟

☐ له 10lbs څخه کم ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs يا له هغې زيات ☐ نور:

4. د دندې عنوان/ډول:

ما دا دنده له / / څخه تر / / پورې ترسره کړې . په مهرباني سره ووايست چې تاسو ولې دا دنده ترسره کړې:

په دې دنده کې تاسو په ټوله کې د ورځې څو ساعته لاندې کارونه ترسره کول (هغه پوښتنې وټاکئ چې ډېر مطابقت کوي)

8+	6-8	2-6	له 2 لږ	قدم وهل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	درېدل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	کينناستل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	ختل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	خم درېدل

8+	6-8	2-6	له 2 لږ	په گوندو کېدل
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	کروچ
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	په څلورو
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	دسته/ موټی کول
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	ليکل/ټايپ کول
8+	6-8	2-6	له 2 لږ	پورته کول/ليږدول

کوم څيز تاسو پورته کړی/ لېږدولی دی او څومره مو ولېږدولو؟

تاسو څومره دروند وزن پورته کړی دی؟

☐ له 10lbs څخه کم ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs يا له هغې زيات ☐ نور:

تاسو کوم وزن ډيری وخت په مسلسل ډول پورته کړی دی؟

☐ له 10lbs څخه کم ☐ 10 lbs ☐ 20 lbs ☐ 50 lbs ☐ 100 lbs يا له هغې زيات ☐ نور:

د اضافي معلوماتو د برابرولو لپاره له لاندې ساحې څخه کار واخلئ، دا به مرسته وکړي چې ستاسو د معلومات له ادعا سره مرسته وکړي.

له مهرباني له مخې په یاد ولرئ چې د روغتیايي معلوماتو د افشاء کولو فورم لاسلیک او بېرته واستوئ، 921 فورم.

د تبعيض نه کولو په اړه خبرتيا

د سويلي کارولينا د روغتيا او بشري خدمتونو څانګه (SCDHHS) د فدرال مدني حقونو د پلي کېدو وړ قانون څخه پيروي کوي او د نژاد، رنگ، اصلي ريښې، عمر، معلوليت او جنسيت پر بنسټ تبعيض نه کوي. SCDHHS د خلکو ترمنځ د استتيا په پام کې نيولو پرته د دوی سره د نژاد، رنگ، اصلي ريښې، عمر، معلوليت او يا جنسيت پر بنسټ توپيري چلند نه کوي.

د سويلي کارولينا د روغتيا او بشري خدمتونو څانګه (SCDHHS) د معلوليت لرونکو کسانو لپاره وړيا مرستې او خدمتونه چمتو کوي، د بېلګې په ډول د اشاروي ژبې يا استعداد ډيارونکي او په نورو فارمونو کې ليکلي معلومات لکه (لوی چاپ، بريل خط، غريز، د لاسرسي وړ برېښنايي فارمونه او نور فارمونه). موږ د هغو کسانو لپاره چې لومړي ژبه يې انگليسي نه وي د ژبې وړيا خدمتونو چمتو کوو، لکه بااستعداد ډيارونکي او په نورو ژبو ليکل شوي معلومات. که چېرې تاسو دې خدمتونو ته اړتيا لرئ د Janet Bell, ADA، او د مدني حقونو له مسوول سره د پوست بکس 8206، Columbia, SC 29202-8206، ټليفون: 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620) او يا د برېښنالیک له لارې: civilrights@scdhhs.gov په اړیکه کې شئ.

که چېرې تاسو په دې باور یاست چې د سويلي کارولينا د روغتيا او بشري خدمتونو څانګه (SCDHHS) د خدمتونو په چمتو کولو ناغیرې کړي ده او يا يې په بل ډول د نژاد، رنگ، اصلي ريښې، سن، معلوليت، او جنسيت پر بنسټ تبعيض کړی دی، تاسو کولای شئ د پورته چمتو شويو پتو په مرسته خپل شکايت د مدني حقونو مسوول ته واستوئ. تاسو کولای شئ خپل شکايت په شخصي ډول د پوست او يا برېښنالیک له لارې ثبت کړئ. که چېرې تاسو د شکايت په ثبتولو کې مرستې ته اړتيا لرئ، موږ ستاسو سره د مرستې لپاره چمتو يو.

همداراز تاسو کولای شئ خپل شکايت د امريکا متحده ايالتونو د روغتيا او بشري خدمتونو څانګه د مدني حقونو د شکايت له برخې، د بشري حقونو دفتر، د مدني حقونو د شکايت د پورټل له لارې په الکترونيکي ډول <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> او يا د امريکا متحده ايالتونو د روغتيا او بشري خدمتونو څانګه د پوست 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 او يا ټليفون له لارې 800-368- 1019, 800-537-7697 (TDD) ثبت کړئ. د شکايت فورم د <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> پتي له لارې د لاسرسي وړ دی.

د ژبې خدمتونه

که چېرې ستاسو لومړۍ ژبه انگليسي نه وي، د ژبې د مرستې خدمتونه په وړيا ډول لاسرسي وړ دي. اړیکه ونیسئ: **1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)**

si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

إذا كانت لغتك الأساسية غير اللغة التكلزية فإن خدمات المساعدات اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل على الرقم:

(888-549-0280) رقم هاتف الصم والبكم 1-888-842-3620

Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-549-0820 (телетайп: 1-888-842-3620).

Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua lingua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame 1-888-549-0820 (TTY : 1-888-842-3620)

如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)

Falam tawng thiam tu na si le tawng let nak asi mi 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620) ah tang ka pek tul lo in na ko thei.

धयद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842- 3620) पर कॉल कर।

한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)번으로 전화해 주십시오.

Haka tawng thiam tu na si le tawng let asi mi 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620) ah tang ka pek tul lo in na ko thei.

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 888-549-0820 (ATS : 888-842-3620).

နမူကတိက နညီ ကျိအလိ၊ နမနူ ကျိအတိမၤတၤတၤ တလံာ်ညၢနလၢာ်စ့၊ နီတမံၤဘၣ်သ့န့ၣ်လီၤ။ ကိး 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገኙዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-549-0820 (ማስማት ለተሳናቸው: 1-888-842-3620).

အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့် ငဲ့အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။