



البالغون الأصحاء غير العائلين (Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)

البيان الطبي (Arabic)

العميل/الوالد معلومات

العميل/الوالد اسم:

العنوان:

رقم تعريف العميل (CUSTOMER)

(IDENTIFICATION NUMBER, CIN)

تاريخ الميلاد:

رقم الحالة:

تفويض العميل / المريض

أفوض بالإفراج عن المعلومات الطبية و/أو الوثائق المتعلقة بالمشاركة في برنامج إعادة تأهيل من تعاطي المواد المخدرة، حسب الطلب المقدم إلى دائرة الخدمات الاجتماعية (Department of Social Services). أفهم أن هذه المعلومات سيتم التعامل معها بسرية تامة.

التاريخ

توقيع العميل

المهنيون الصحيون:

الفرد المذكور أعلاه يطلب التحقق من حالته الصحية أو مشاركته في برنامج علاجي. يرجى ملء هذا النموذج وإعادته موقعًا ومكتملاً إلى الشخص المعني. لقد تم تزويدهم بتعليمات حول كيفية إعادة النموذج إلى دائرة الخدمات الاجتماعية.

يرجى الإجابة على أي من الأسئلة التالية التي تنطبق على الحالة. يرجى توقيع هذا النموذج وذكر التاريخ. مع تضمين المسمى المهني أو الوظيفة داخل مؤسستكم. *

1 هل هذا الفرد حامل؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معروف ☐ لا ينطبق

إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ الاستحقاق: _____ / _____ / _____

2 هل هذا الفرد يشارك في برنامج علاج أو إعادة تأهيل أو إرشاد من تعاطي المواد؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، ما هو تاريخ الانتهاء المتوقع للبرنامج؟ _____ / _____ / _____

3 هل لدى هذا الفرد حالة صحية نفسية أو بدنية مؤقتة أو دائمة تحد من قدرته على العمل 20 ساعة أو أكثر في الأسبوع

(80 ساعة شهريًا)؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تحديد الإطار الزمني الذي لن يتمكن فيه الشخص من العمل لمدة 20 ساعة أو أكثر في الأسبوع (80 ساعة شهريًا) بسبب هذه الحالة:

☐ من 4 إلى 6 أشهر

☐ من 1 إلى 3 أشهر

☐ أقل من 30 يومًا

☐ أكثر من 12 شهرًا أو إلى أجل غير مسمى

☐ 6-12 شهرًا

البالغون الأصحاء غير العائلين (Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
البيان الطبي (متابعة)

اُقر بأن المعلومات المقدمة في الصفحة السابقة صحيحة ودقيقة.

الوظيفة / المسمى المهني *

الاسم (يرجى الكتابة بأحرف واضحة)

العنوان

رقم الهاتف

التاريخ الذي وُقِع فيه

التوقيع

* يمكن لأي من الأشخاص التاليين التوقيع على هذا النموذج: طبيب، مساعد طبيب، ممرضة ممارس، طبيب عظام، طبيب نفسي معتمد أو مرخص، مستشار علاج الإدمان، مستشار صحة نفسية معتمد، أخصائي اجتماعي سريري مستقل مرخص، أخصائي اجتماعي معتمد، أو قابلة قانونية معتمدة. ولغرض التحقق من مشاركة الشخص في برنامج إعادة تأهيل أو إرشاد (السؤال رقم 2)، يمكن لمدير البرنامج أو مستشار الشخص أيضًا توقيع هذا البيان.

المهنيون الصحيون:

يمكنكم المساعدة في الحفاظ على مزاياهم في برنامج المساعدة الغذائية الإضافية (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) للبالغين ذوي الإعاقات أو الحالات الصحية.

مزايا SNAP (المعروفة سابقًا باسم قسائم الطعام) تمكن ذوي الدخل المحدود من شراء الغذاء الذي يحتاجونه. العديد من متلقي SNAP الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 64 عامًا، ولا يعيشون مع طفل دون 14 عامًا في نفس الأسرة، معرضون لخطر فقدان مزاياهم بسبب قاعدة تُعرف باسم حد الوقت للبالغين الأصحاء بدون معالين (ABAWD). تحد هذه القاعدة من أهلية SNAP لثلاثة أشهر فقط، ما لم يكن الشخص يعمل أو يشارك في أنشطة عمل معتمدة لمدة 20 ساعة على الأقل أسبوعيًا.

يمكنكم المساعدة بسهولة في غضون دقائق قليلة فقط.

الشخص الذي لا يستطيع العمل 20 ساعة أو أكثر أسبوعيًا بسبب مشكلة صحية بدنية أو نفسية لا يُعتبر ضمن فئة ABAWD.

الأسئلة المتداولة:

ما تعريف "غير القادر بدنيًا أو نفسيًا على العمل" بموجب قاعدة ABAWD؟

إن تحديد عدم اللياقة البدنية أو العقلية للعمل هو إعفاء أوسع من كون الشخص معاقًا. يُعتبر الشخص غير قادر بدنيًا أو نفسيًا على العمل إذا كان يعاني من مرض، إصابة، أو عائق نفسي أو بدني — مؤقتًا أو دائمًا — يمنعه من العمل 20 ساعة على الأقل أسبوعيًا كما تتطلب القواعد الفيدرالية. بعض المرضى غير قادرين على العمل نهائيًا، بينما آخرون يستطيعون العمل جزئيًا فقط أو لأقل من 20 ساعة أسبوعيًا. هذه المعايير أقل صرامة من معايير الضمان الاجتماعي ولا تتطلب تشخيصًا محددًا.

كيف يمكنني التحقق من أن المريض "غير قادر بدنيًا أو نفسيًا على العمل"؟

املاً نموذج البيان الطبي ABAWD ذي الوجهين. اذكر الإطار الزمني المتوقع للحالة ووقع النموذج. يمكن لمجموعة متنوعة من المتخصصين في الرعاية الصحية التوقيع على هذا النموذج، بمن فيهم الطبيب، مساعد الطبيب، الممرضة الممارسة، طبيب العظام، الطبيب النفسي المرخص، مستشار علاج الإدمان، مستشار الصحة النفسية المعتمد، الأخصائي الاجتماعي السريري المستقل، الأخصائي الاجتماعي المعتمد، أو القابلة المعتمدة. وفيما يخص التحقق من المشاركة في برامج إعادة التأهيل أو الإرشاد (السؤال 2)، يمكن لمدير البرنامج أو مستشار الشخص أيضًا التوقيع.