

**Deklarata mjekësore e të rriturit të aftë fizikisht pa persona në ngarkim
(Able Bodied Adult Without Dependent, ABAWD)
(Albanian)**

Të dhënat e klientit/pacientit

Emri i pacientit/klientit: _____

Adresa: _____

Nr. i çështjes: _____ NUMRI I IDENTIFIKIMIT
TË KLIENTIT (CIN): _____ Datëlindja: _____

Autorizimi i klientit/pacientit

Unë autorizoj lëshimin e informacionit të kërkuar mjekësor, dhe/ose dokumentacionit të kërkuar të pjesëmarrjes në një program rehabilitimi për përdorimin e substancave, te Departamenti i Shërbimeve Sociale (Department of Social Services). Unë e kuptoj që ky informacion do të trajtohet si konfidencial.

Nënshkrimi i klientit

Data

Profesionistët e kujdesit shëndetësor:

Personi i lartpërmendur kërkon verifikimin e gjendjes së tij shëndetësore ose pjesëmarrjes në program. Ju lutemi plotësoni këtë formular dhe kthejani individit pasi ta keni plotësuar dhe nënshkruar. Personit i janë dhënë udhëzime se si ta kthejë formularin pranë Departamentit të Shërbimeve Sociale.

Ju lutemi përgjigjuni të gjitha pyetjeve të zbatueshme më poshtë. Ju lutemi nënshkruani dhe datoni këtë formular. Përfshini profesionin ose pozicionin tuaj në organizatën tuaj. *

1) A është ky person shtatzënë? ☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk dihet ☐ Nuk zbatohet
Nëse po, data e pritur e lindjes: _____ / _____ / _____

2) A po merr pjesë ky person në një program trajtimi, rehabilitimi ose këshillimi për përdorimin e substancave? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, cila është data e pritur e përfundimit të programit:
_____ / _____ / _____

3) A ka ky person një gjendje të përkohshme ose të përhershme shëndetësore mendore dhe/ose fizike, e cila kufizon aftësinë e tij për të punuar 20 ose më shumë orë çdo javë (80 orë në muaj)? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, përcaktoni afatin kohor gjatë të cilit personi nuk do të jetë në gjendje të punojë për 20 ose më shumë orë në javë (80 orë në muaj) për shkak të kësaj gjendjeje:

☐ më pak se 30 ditë
☐ 6-12 muaj

☐ 1-3 muaj

☐ 4-6 muaj

☐ më shumë se 12 muaj/ose afat i pacaktuar

(Ktheni faqen)

**Deklarata mjekësore e të rriturit të aftë fizikisht pa persona në ngarkim
(Able Bodied Adult Without Dependent, ABAWD) (vazhdim)**

Unë vërtetoj se informacioni i dhënë në faqen e mëparshme është i vërtetë dhe i saktë.

Emri (me germa shtypi)

Titulli/Profesioni *

Adresa

Numri i telefonit

Nënshkrimi

_____/_____/_____
Data e nënshkrimit të formularit

- * Ky formular mund të nënshkruhet nga ndonjë prej personave vijues: mjek, asistent mjeku, infermier praktikant, osteopat, psikolog i licencuar ose i certifikuar, këshilltar për përdorimin e substancave, këshilltar i certifikuar për shëndetin mendor, punonjës social klinik i pavarur i licencuar, punonjës social i certifikuar i licencuar, dhe mami e certifikuar. Për qëllime të verifikimit të pjesëmarrjes së një personi në një program rehabilitimi ose këshillimi (Pyetja nr. 2), këtë deklaratë mund ta nënshkruajë edhe drejtori i programit ose këshilltari i individit.

(Ktheni faqen)

Profesionistët e kujdesit shëndetësor:

Ju mund t'i ndihmoni të rriturit me aftësi të kufizuara ose gjendje shëndetësore që të mbajnë përfitimet e tyre të Programit të ndihmës ushqimore suplementare (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

Përfitimet e SNAP (më parë të quajtur kuponë ushqimorë) u mundësojnë individëve me të ardhura të ulëta të blejnë ushqimin që u nevojitet. Shumë përfitues të SNAP të moshës 18 deri në 64 vjeç që nuk jetojnë me një fëmijë nën 14 vjeç në familjen SNAP rrezikojnë të humbasin përfitimet e tyre të SNAP për shkak të një rregulli të SNAP të referuar si afati kohor për individin e aftë fizikisht pa persona në ngarkim (ABAWD). Ky rregull e kufizon kualifikueshmërinë për SNAP në tre muaj, përveçse nëse individi punon ose merr pjesë në aktivitete të caktuara pune për të paktën 20 orë në javë.

Ju mund të ndihmoni lehtësisht me vetëm pak minuta nga koha juaj.

Një individ që nuk mund të punojë 20 ose më shumë orë në javë për shkak të një problemi shëndetësor fizik ose mendor nuk konsiderohet si ABAWD.

Pyetje të shpeshta:

Cili është përkufizimi i një personi që është fizikisht ose mendërisht "i paaftë për punë" sipas rregullit të ABAWD-së?

Përcaktimi si fizikisht ose mendërisht i paaftë për punë është një përjashtim më i gjerë se sa të qenit me aftësi të kufizuara. Një person konsiderohet fizikisht ose mendërisht i paaftë për punë nëse ka një sëmundje, lëndim ose ndonjë kufizim tjetër mendor ose fizik, qoftë të përkohshëm apo të përhershëm, që nuk e lejon të punojë të paktën 20 orë në javë siç kërkohet në përputhje me rregullat federale të kufizimit kohor të ABAWD-së. Disa pacientë kanë gjendje shëndetësore mendore ose fizike që i pengojnë tërësisht nga të punuarit; të tjerë kanë gjendje shëndetësore që i lejojnë të punojnë, por mund të mos jenë në gjendje të punojnë me kohë të plotë, apo edhe 20 orë në javë. Ky standard është shumë më pak i rreptë se standardi i sigurimeve shoqërore për aftësinë e kufizuar dhe nuk kërkon një diagnozë specifike.

Si mund ta verifikoj që pacienti im është "fizikisht ose mendërisht i paaftë për punë" bazuar në gjendjen e tij?

Plotësoni formularin me dy anë të deklaratës mjekësore të ABAWD-së. Përfshini afatin kohor të pritur të gjendjes dhe nënshkrimin tuaj. **Këtë formular mund ta nënshkruajnë një sërë profesionistësh kujdesi shëndetësor**, duke përfshirë një mjek, asistent mjeku, infermier praktikant, osteopat, psikolog i licencuar ose i certifikuar, këshilltar për përdorimin e substancave, këshilltar i certifikuar për shëndetin mendor, punonjës social klinik i pavarur i licencuar, punonjës social i certifikuar i licencuar, dhe mami e certifikuar. Për qëllime të verifikimit të pjesëmarrjes së një personi në një program rehabilitimi ose këshillimi (**Pyetja 2**), këtë deklaratë mund ta nënshkruajë edhe drejtori i programit ose këshilltari i individit.