



Department of
Social Services

Human Resources Administration
Department of Homeless Services

Family Independence
Administration

FIA-1021w (B) 10/29/2025 (page 1 of 3)
(E) 09/29/2025 LLF

নির্ভরশীল ব্যক্তি ছাড়া কর্মক্ষম ব্যক্তি
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
চিকিৎসা সংক্রান্ত বিবৃতি
(Bengali)

গ্রাহক/রোগীর তথ্য

গ্রাহক/রোগীর নাম: _____

ঠিকানা: _____

কেস #: _____ CIN: _____ জন্ম তারিখ: _____

গ্রাহক/রোগীর অনুমোদন

আমি সামাজিক সেবা বিভাগ (Department of Social Services)-এর কাছে অনুরোধ করা চিকিৎসা তথ্য এবং/অথবা পদার্থ ব্যবহার পুনর্বাসন প্রোগ্রামে অংশগ্রহণের নথি প্রকাশ করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি বুঝেছি যে এই তথ্য গোপন থাকবে।

গ্রাহকের স্বাক্ষর

তারিখ

স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার:

উপরে উল্লেখিত ব্যক্তি স্বাস্থ্য অবস্থার বা কর্মসূচিতে অংশগ্রহণের সত্যতা যাচাইয়ের জন্য অনুরোধ করছেন। অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি পূরণ করুন, স্বাক্ষর করে এবং সম্পূর্ণ অবস্থায় ব্যক্তির কাছে ফেরত পাঠান। তাদেরকে ফর্মটি সামাজিক সেবা বিভাগ (Department of Social Services) ফেরত পাঠানোর নির্দেশাবলী প্রদান করা হয়েছে।

যেসব প্রশ্ন আপনার প্রযোজ্য অনুগ্রহ করে সেগুলোর উত্তর দিন। অনুগ্রহ করে এই ফর্মে স্বাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন। আপনার পেশা বা আপনার সংস্থায় আপনার পদ উল্লেখ করুন। *

1) এই ব্যক্তি গর্ভবতী? হ্যাঁ না অজানা প্রযোজ্য নয়
যদি হ্যাঁ, প্রসবের তারিখ: _____ / _____ / _____

2) এই ব্যক্তি কী কোনো মাদক ব্যবহার সম্পর্কিত চিকিৎসা, পুনর্বাসন, বা পরামর্শদান প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ করছেন? হ্যাঁ না

হ্যাঁ হলে, প্রোগ্রামের প্রত্যাশিত শেষ তারিখ কী: _____ / _____ / _____

3) এই ব্যক্তির কোনো অস্থায়ী বা স্থায়ী মানসিক এবং/অথবা শারীরিক স্বাস্থ্য সমস্যা রয়েছে, যা তাদের প্রতি সপ্তাহে 20 বা তার বেশি ঘণ্টা (মাসে 80 ঘণ্টা) কাজ করার ক্ষমতাকে সীমিত করে?
 হ্যাঁ না

হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন যে এই অবস্থার কারণে ব্যক্তি কত সময় পর্যন্ত প্রতি সপ্তাহে 20 বা তার বেশি ঘণ্টা (মাসে 80 ঘণ্টা) কাজ করতে অক্ষম হবেন:

30 দিনের কম

1-3 মাস

4-6 মাস

6-12 মাস

12 মাসের বেশি/অনির্দিষ্টকালের পর্যন্ত

(পৃষ্ঠা উল্টান)

নির্ভরশীল ব্যক্তি ছাড়া কর্মক্ষম ব্যক্তি
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
চিকিৎসা সংক্রান্ত বিবৃতি (অব্যাহত)

আমি নিশ্চিত করাছি আগের পৃষ্ঠায় প্রদত্ত তথ্য সাঠক এবং সত্য।

নাম (অনুগ্রহ করে বড় হরফে লিখুন)

পদবি/পেশা *

ঠিকানা

টেলিফোন নম্বর

স্বাক্ষর

_____ / _____ / _____
যে তারিখে ফর্ম স্বাক্ষর করা হয়েছে

* এই ফর্মটি নিম্নলিখিত যেকোনো ব্যক্তির দ্বারা স্বাক্ষর করা যেতে পারে: চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহকারী, নার্স প্র্যাকটিশনার, অস্টিওপ্যাথ, লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা স্বীকৃত মনোবিজ্ঞানী, মাদক ব্যবহার পরামর্শদাতা, স্বীকৃত মানসিক স্বাস্থ্য পরামর্শদাতা, লাইসেন্সপ্রাপ্ত স্বাধীন ক্লিনিক্যাল সমাজকর্মী, লাইসেন্সপ্রাপ্ত স্বীকৃত সমাজকর্মী, এবং স্বীকৃত ধাত্রী। পুনর্বাসন বা পরামর্শ প্রোগ্রামে একজন ব্যক্তির অংশগ্রহণ যাচাই করার উদ্দেশ্যে (প্রশ্ন #2), প্রোগ্রামের পরিচালক বা ব্যক্তির পরামর্শদাতাও এই বিবৃতিতে স্বাক্ষর করতে পারেন।

(পৃষ্ঠা উল্টান)

স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার:

আপনি প্রতিবন্ধী বা বিশেষ শারীরিক/মানসিক অবস্থার প্রাপ্তবয়স্কদের তাদের সম্পূর্ণক পুষ্টি সহায়তা কর্মসূচি (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) সুবিধা বজায় রাখতে সাহায্য করতে পারেন।

SNAP সুবিধা (পূর্বে ফুড স্ট্যাম্প) কম আয়ের মানুষদের তাদের প্রয়োজনীয় খাবার কেনার সুযোগ দেয়। অনেকে SNAP সুবিধাপ্রাপ্ত 18 থেকে 64 বছর বয়সী ব্যক্তি যারা SNAP পরিবারের সঙ্গে 14 বছরের নিচের কোনো শিশুর সঙ্গে বসবাস করেন না তারা তাদের SNAP সুবিধা হারানোর ঝুঁকিতে রয়েছেন এটি SNAP-এর একটি নিয়মের কারণে, যা নির্ভরশীল ব্যক্তি ছাড়া কর্মক্ষম ব্যক্তি (Able-Bodied Adult Without Dependents, ABAWD) সময়সীমা নামে পরিচিত। এই নিয়ম SNAP যোগ্যতা তিন মাসের মধ্যে সীমাবদ্ধ যদি না ব্যক্তি সপ্তাহে কমপক্ষে 20 ঘণ্টা কাজ করেন বা নির্দিষ্ট কিছু কর্মকাণ্ডে অংশগ্রহণ করেন।

আপনার মাত্র কয়েক মিনিট সময় দিয়ে, আপনি সহজেই সাহায্য করতে পারেন।

যে ব্যক্তি শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্যের কারণে প্রতি সপ্তাহে 20 বা তার বেশি ঘণ্টা কাজ করতে পারেন না তাকে ABAWD হিসেবে বিবেচনা করা হয় না।

প্রায়শই জিজ্ঞাসিত প্রশ্নাবলী:

ABAWD নিয়ম অনুযায়ী যে ব্যক্তি শারীরিক বা মানসিকভাবে "কাজের জন্য অযোগ্য" তার সংজ্ঞা কী?

শারীরিক বা মানসিকভাবে কাজের জন্য অযোগ্য হিসেবে নির্ধারণ করা, প্রতিবন্ধী হওয়ার চেয়ে একটি বিস্তৃত অব্যাহতি। কেউ শারীরিক বা মানসিকভাবে কাজের জন্য অযোগ্য হিসেবে বিবেচিত হয় যদি তাদের কোনো অসুস্থতা, আঘাত, বা অন্য কোনো মানসিক বা শারীরিক সীমাবদ্ধতা থাকে, যা অস্থায়ী বা স্থায়ী হোক না কেন, এবং যার কারণে তারা ফেডারেল ABAWD সময়সীমার নিয়ম অনুযায়ী সপ্তাহে অন্তত 20 ঘণ্টা কাজ করতে সক্ষম নন। কিছু রোগীর এমন মানসিক বা শারীরিক স্বাস্থ্য সমস্যা রয়েছে যা তাদের সম্পূর্ণভাবে কাজ করতে বাধা দেয়; অন্যদের এমন সমস্যা থাকতে পারে যা তাদের কাজ করতে দেয়, তবে তারা পূর্ণ সময় বা সপ্তাহে 20 ঘণ্টা কাজ করতে সক্ষম নাও হতে পারে। এই মানদণ্ড প্রতিবন্ধী হওয়ার জন্য সোশ্যাল সিকিউরিটি মানদণ্ডের তুলনায় অনেক কম কঠোর এবং এর জন্য কোনো নির্দিষ্ট রোগ নির্ণয় প্রয়োজন নেই।

কীভাবে আমি আমার রোগীর "শারীরিক বা মানসিক অবস্থার ভিত্তিতে নিশ্চিত করতে পারি যে তিনি কাজের জন্য অযোগ্য"?

দুই পাশের ABAWD চিকিৎসা সংক্রান্ত বিবৃতির ফর্ম পূরণ করুন। অবস্থার প্রত্যাশিত সময়সীমা এবং আপনার স্বাক্ষর অন্তর্ভুক্ত করুন। **বিভিন্ন স্বাস্থ্যসেবা পেশাদার এই ফর্মে স্বাক্ষর করতে পারেন** যার মধ্যে চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহকারী, নার্স প্র্যাকটিশনার, অস্টিওপ্যাথ, লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা স্বীকৃত মনোবিজ্ঞানী, মাদক ব্যবহার পরামর্শদাতা, স্বীকৃত মানসিক স্বাস্থ্য পরামর্শদাতা, লাইসেন্সপ্রাপ্ত স্বাধীন ক্লিনিক্যাল সোশ্যাল ওয়ার্কার, লাইসেন্সপ্রাপ্ত স্বীকৃত সোশ্যাল ওয়ার্কার, এবং স্বীকৃত মধ্যবর্তী ডাক্তার অন্তর্ভুক্ত। একজন ব্যক্তির পুনর্বাসন বা পরামর্শ প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ যাচাই করার উদ্দেশ্যে (প্রশ্ন #2), প্রোগ্রামের পরিচালক বা ব্যক্তির পরামর্শদাতাও এই বিবৃতিতে স্বাক্ষর করতে পারেন।