



**Osoba pełnosprawna bez osób na utrzymaniu
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
Oświadczenie medyczne
(Polish)**

Dane klienta/pacjenta

Imię i nazwisko klienta/pacjenta: _____

Adres: _____

Nr sprawy: _____ Numer identyfikacyjny klienta
(Client Identification Number, CIN): _____ Data urodzenia: _____

Upoważnienie klienta/pacjenta

Zezwalam na ujawnienie wnioskowanych informacji medycznych i/lub dokumentacji uczestnictwa w programie rehabilitacji uzależnień with odwykowym Wydziałowi Usług Społecznych (Department of Social Services, DSS). Rozumiem, że te informacje będą traktowane jako poufne.

Podpis klienta

Data

Pracownicy służby zdrowia:

Osoba wymieniona powyżej prosi o weryfikację swojego stanu zdrowia lub uczestnictwa w programie. Prosimy o wypełnienie niniejszego formularza i zwrot jego podpisanej oraz wypełnionej wersji do danej osoby. Otrzymała ona instrukcje dotyczące sposobu zwrotu formularza do DSS.

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na stosowne pytania, które znajdują się poniżej. Prosimy o podpisanie i opatrzenie datą niniejszego formularza. Prosimy podać swój zawód lub stanowisko w organizacji. *

- 1) Czy ta osoba jest w ciąży? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nieznane ☐ Nie dotyczy
Jeśli tak, przewidywana data porodu: _____ / _____ / _____

- 2) Czy ta osoba uczestniczy w programie leczenia, rehabilitacji lub poradnictwa w zakresie nadużywania substancji psychoaktywnych? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, jaka jest przewidywana data zakończenia programu: _____ / _____ / _____

- 3) Czy u tej osoby występuje tymczasowe lub stałe schorzenie związane ze zdrowiem psychicznym i/lub fizycznym, które ogranicza jej zdolność do pracy przez 20 lub więcej godzin tygodniowo (80 godzin miesięcznie)? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, należy podać ramy czasowe, w których dana osoba nie będzie w stanie pracować 20 lub więcej godzin tygodniowo (80 godzin miesięcznie) z powodu tego schorzenia:

- ☐ mniej niż 30 dni ☐ 1–3 miesiące ☐ 4–6 miesięcy
☐ 6–12 miesięcy ☐ więcej niż 12 miesięcy lub przez czas nieokreślony

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

Osoba pełnosprawna bez osób na utrzymaniu
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
Oświadczenie medyczne (ciąg dalszy)

Oświadczam, że informacje podane na poprzedniej stronie są prawdziwe i dokładne.

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Tytuł/zawód *

Adres

Numer telefonu

Podpis

_____/_____/_____
Data podpisania formularza

- ★ Niniejszy formularz może podpisać jedna z następujących osób: lekarz, asystent lekarza, pielęgniarka/pielęgniarz, osteopata, licencjonowany lub certyfikowany psycholog, doradca ds. nadużywania substancji psychoaktywnych, certyfikowany doradca ds. zdrowia psychicznego, licencjonowany niezależny kliniczny pracownik socjalny, licencjonowany certyfikowany pracownik socjalny oraz certyfikowana położna. W celu weryfikacji uczestnictwa danej osoby w programie rehabilitacyjnym lub poradnictwa (pytanie nr 2) dyrektor programu lub doradca tej osoby może również podpisać to oświadczenie.

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

Pracownicy służby zdrowia:

Może Pan/Pani pomóc osobom dorosłym z niepełnosprawnościami lub schorzeniami zachować świadczenia Programu dodatkowej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

Świadczenia SNAP (dawniej zasiłki na zakup żywności) pozwalają osobom o niskich dochodach kupować potrzebną im żywność. Wiele osób w wieku od 18 do 64 lat otrzymujących SNAP, które nie mieszkają z dzieckiem poniżej 14. roku życia w gospodarstwie domowym objętym programem SNAP, jest zagrożonych utratą świadczeń SNAP z powodu reguły SNAP określonej jako limit czasowy dla ABAWD. Ta reguła ogranicza uprawnienia do SNAP do trzech miesięcy, chyba że osoba pracuje lub uczestniczy w określonych czynnościach związanych z pracą przez co najmniej 20 godzin tygodniowo.

Poświęcając zaledwie kilka minut swojego czasu, może Pan/Pani łatwo pomóc.

Osoba, która nie może pracować 20 lub więcej godzin tygodniowo z powodu problemu ze zdrowiem fizycznym lub psychicznym, nie jest uważana za ABAWD.

Często zadawane pytania:

Jaka jest definicja osoby fizycznie lub psychicznie „niezdolnej do pracy” zgodnie z regułą ABAWD?

Ustalenie fizycznej lub psychicznej niezdolności do pracy jest szerszym zwolnieniem niż niepełnosprawność. Osoba jest uważana za fizycznie lub psychicznie niezdolną do pracy, jeśli ma chorobę, uraz lub inne ograniczenie psychiczne lub fizyczne, tymczasowe lub stałe, które nie pozwala jej pracować przez co najmniej 20 godzin tygodniowo, zgodnie z federalnymi regułami dotyczącymi limitu czasowego dla ABAWD. Niektórzy pacjenci mają schorzenia psychiczne lub fizyczne, które całkowicie uniemożliwiają im pracę; inni mają schorzenia, które pozwalają im pracować, ale mogą oni nie być w stanie pracować w pełnym wymiarze czasu, ani nawet 20 godzin tygodniowo. Ten standard jest znacznie mniej rygorystyczny niż standard niepełnosprawności w ramach ubezpieczenia społecznego i nie wymaga konkretnej diagnozy.

Jak zweryfikować, czy mój pacjent jest „fizycznie lub psychicznie niezdolny do pracy” na podstawie jego stanu?

Należy wypełnić dwustronny formularz oświadczenia medycznego ABAWD. Podać oczekiwane ramy czasowe trwania schorzenia i dołączyć swój podpis. **Ten formularz może być podpisany przez wielu pracowników służby zdrowia**, w tym lekarza, asystenta lekarza, pielęgniarkę/pielęgniara, osteopatę, licencjonowanego lub certyfikowanego psychologa, doradcę ds. nadużywania substancji psychoaktywnych, certyfikowanego doradcę ds. zdrowia psychicznego, licencjonowanego niezależnego klinicznego pracownika socjalnego, licencjonowanego certyfikowanego pracownika socjalnego oraz certyfikowaną położną. W celu weryfikacji uczestnictwa danej osoby w programie rehabilitacyjnym lub poradnictwa (**Pytanie nr 2**) dyrektor programu lub doradca tej osoby może również podpisać to oświadczenie.