



**Трудоспособный взрослый без иждивенцев
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
Медицинская справка
(Russian)**

Информация о клиенте/пациенте

Имя и фамилия клиента/пациента: _____

Адрес: _____

Номер дела: _____ Идентификационный номер клиента (Client Identification Number, CIN): _____ Дата рождения: _____

Разрешение клиента/пациента

Я разрешаю предоставлять медицинскую информацию и/или документы об участии в программе реабилитации от алкогольной или наркотической зависимости, запрошенные Департаментом социальных служб (Department of Social Services, DSS). Я понимаю, что данная информация является конфиденциальной и будет использоваться с соблюдением правил защиты данных.

Медицинские работники:

Вышеуказанное лицо запрашивает подтверждение своего состояния здоровья или участия в программе. Пожалуйста, заполните данный бланк и передайте его обратно указанному лицу в подписанном и полностью заполненном виде. Они получили инструкции о том, как вернуть форму в DSS.

Пожалуйста, ответьте на все приведенные ниже вопросы, относящиеся к данному делу. Поставьте подпись и дату на этом бланке. Укажите свою профессию или должность в организации. *

1) Является ли данное лицо беременным? Да Нет Неизвестно Н/П
Если да, укажите срок: _____ / _____ / _____

2) Участвует ли это лицо в программе лечения, реабилитации или консультирования по вопросам алкогольной или наркотической зависимости?
 Да Нет

Если да, то какова предполагаемая дата окончания программы:
_____ / _____ / _____

3) Имеется ли у данного лица временное или постоянное психическое и/или физическое состояние, которое ограничивает его способность работать 20 и более часов в неделю (или 80 часов в месяц)? Да Нет

Если да, укажите, в течение какого времени данное лицо не сможет работать 20 или более часов в неделю (80 часов в месяц) по причине этого состояния:

- менее 30 дней 1–3 месяца 4–6 месяцев
 18–24 месяца более 12 месяцев/или бессрочно

(Продолжение на следующей странице)

**Трудоспособный взрослый без иждивенцев
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
Медицинская справка (продолжение)**

Я подтверждаю, что информация, указанная на предыдущей странице, является достоверной и точной.

Имя и фамилия (печатными буквами)

Название/профессия *

Адрес

Номер телефона

Подпись

_____/_____/_____
Дата подписания формы

- * Эту форму может подписать любой из следующих специалистов: врач, помощник врача, практикующая медсестра, остеопат, лицензированный или сертифицированный психолог, консультант по алкогольной или наркотической зависимости, сертифицированный консультант по психическому здоровью, лицензированный независимый клинический социальный работник, лицензированный сертифицированный социальный работник и сертифицированная акушерка. Для подтверждения участия данного лица в реабилитационной или консультационной программе (вопрос № 2) это заявление также может быть подписано директором программы или личным консультантом.

(Продолжение на следующей странице)

Медицинские работники:

Вы можете помочь взрослым с ограниченными возможностями или заболеваниями сохранить свои пособия по Программе дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP).

Пособия SNAP (продовольственные талоны) позволяют людям с низким доходом покупать необходимые им продукты. Многие получатели SNAP в возрасте 18–64 лет, которые не живут с ребенком младше 14 лет, рискуют потерять свои пособия SNAP из-за правила SNAP, называемого временным ограничением ABAWD. Это правило ограничивает право на получение пособия SNAP тремя месяцами, если человек не работает и не участвует в установленных видах трудовой деятельности не менее 20 часов в неделю.

Уделив всего несколько минут своего времени, вы можете легко оказать помощь. Лицо, которое не может работать 20 и более часов в неделю по причинам, связанным с физическим или психическим здоровьем, не считается ABAWD.

Часто задаваемые вопросы:

Как определяется лицо, которое физически или психически «непригодно к трудовой деятельности» в соответствии с правилом ABAWD?

Признание лица физически или психически непригодным к работе является более широким исключением, чем признание инвалидности. Лицо считается физически или психически непригодным к работе, если у него есть болезнь, травма или другое психическое или физическое ограничение, временное или постоянное, которое не позволяет ему работать не менее 20 часов в неделю, как того требуют федеральные правила ограничения времени ABAWD. Некоторые пациенты имеют психические или физические заболевания, которые не позволяют им работать вообще; у других есть заболевания, которые позволяют им работать, но они не могут работать полный рабочий день или даже 20 часов в неделю. Этот стандарт гораздо менее строг, чем стандарт социального обеспечения для получения инвалидности, и не требует постановки конкретного диагноза.

Как определить, является ли мой пациент «физически или психически непригодным к трудовой деятельности» в связи с его состоянием здоровья?

Заполните двухстороннюю форму медицинского заключения ABAWD. Укажите предполагаемую продолжительность данного состояния и поставьте свою подпись.

Эту форму могут подписать различные медицинские работники, включая врача, помощника врача, практикующую медсестру, остеопата, лицензированного или сертифицированного психолога, консультанта по алкогольной или наркотической зависимости, сертифицированного консультанта по психическому здоровью, лицензированного независимого клинического социального работника, лицензированного сертифицированного социального работника и сертифицированную акушерку. Для подтверждения участия лица в реабилитационной или консультационной программе (**Вопрос № 2**) это заявление также может быть подписано директором программы или личным консультантом.