



无需抚养家属的健全成人
(Able Bodied Adult Without Dependent, ABAWD)
医疗声明
(Simplified Chinese)

客户/患者信息

客户/患者名字: _____

地址: _____

个案编号: _____ 客户识别号码 (Client identification number, CIN): _____ 出生日期: _____

客户/患者授权

本人授权向社会服务部 (Department of Social Services) 披露参与药物滥用康复计划的医疗信息和/或文件。本人理解, 这些信息将被视为机密信息。

客户签名

日期

医疗保健专业人士:

上述人员要求验证其健康状况或计划参与情况。请填写此表格, 签名并在填写完毕后将其交还给该人。他们已知晓如何将表格返回社会服务部。

请回答以下任何适用的问题。请在表格上签名并注明日期。写明您的职业或在组织中的职位。*

1) 此人是否已怀孕? 是 否 不明 不适用

如果是, 预产期为: _____ / _____ / _____

2) 此人是否参加药物滥用治疗、康复或咨询计划? 是 否

如果是, 预计计划结束日期为: _____ / _____ / _____

3) 此人是否有暂时或永久性心理和/或身体健康问题, 导致其每周工作时间不能超过 20 小时 (每月 80 小时)? 是 否

如果是, 请说明此人由于该问题而无法每周工作超过 20 小时 (每月 80 小时) 的时间期限:

少于 30 天

1-3 个月

4-6 个月

6-12 个月

超过 12 个月/或无限期

无需抚养家属的健全成人
(Able Bodied Adult Without Dependent, ABAWD)
医疗声明 (续)

本人证明，上一页所提供的信息准确真实。

姓名 (请用正楷填写)

职务/职业 *

地址

电话号码

签名

_____/_____/_____
表格签名日期

* 以下任何人员均可签署此表格：医师、医师助理、执业护士、整骨医生、持照或认证心理学家、药物滥用咨询师、认证心理健康顾问、持照独立临床社会工作者、持照认证社会工作者和持照助产士。为了验证某人参与康复或咨询计划（问题 2）的情况，该计划的主管或此人的咨询师也可以签署本声明。

医疗保健专业人士：

您可以协助残障或患病成年人维持其补充营养援助计划 (SNAP) 福利

SNAP 福利（以前称为食品券）允许低收入者购买所需的食物。由于一项涉及无需抚养家属的健全成人 (ABAWD) 时间限制的 SNAP 规则，许多年龄在 18 至 64 岁之间且不与 SNAP 家庭中 14 岁以下儿童同住的 SNAP 领取人面临失去 SNAP 福利的风险。此规则规定，SNAP 资格有效期限限制为三个月，除非领取人每周工作或参与某些工作活动至少 20 小时。

您可轻松伸出援手，只需占用您几分钟的时间。

由于身体或心理健康问题而无法每周工作 20 小时或更长时间的人，不属于 ABAWD。

常见问题解答：

根据 ABAWD 规则，身体或心理上“不适合工作”的人的定义是什么？

被认定为身体或心理上不适合工作的豁免范围比残障的范围更广泛。如果一个人患病、受伤或有其他某些心理或身体限制（无论是暂时的还是永久性的），导致其无法按照联邦 ABAWD 时间限制规则每周工作至少 20 小时，则此人被认为身体或心理上不适合工作。一些患者的心理或身体健康问题使其完全无法工作；另外一些患者的问题则允许其工作，但可能无法全职工作，甚至每周工作 20 小时都做不到。此标准远不如社会安全局 (Social Security) 的残障标准严格，也不需要具体诊断。

如何根据患者的问题验证其“身体或心理上不适合工作”？

填写双面 ABAWD 医疗声明表。写明问题持续的预期时间范围并签名。**多种医疗保健专业人员均可签署此表格**，包括医师、医师助理、执业护士、整骨医生、持照或认证心理学家、药物滥用咨询师、认证心理健康顾问、持照独立临床社会工作者、持照认证社会工作者和持照助产士。为了验证某人参与康复或咨询计划（**问题 2**）的情况，该计划的主管或此人的咨询师也可以签署本声明。