



Department of
Social Services

Human Resources Administration
Department of Homeless Services

Family Independence
Administration

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

منحصرین کے بغیر صحت مند بالغ افراد
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)

طبی بیان
(Urdu)

کلانٹ/مریض معلومات

کلانٹ/مریض نام:

پتہ:

کسٹمر شناخت نمبر (CUSTOMER)

کیس نمبر: (IDENTIFICATION NUMBER, CIN)

تاریخ پیدائش:

کلانٹ/مریض کی اجازت نامہ

میں سوشل سروسز ڈیپارٹمنٹ (Department of Social Services) کو درخواست پر طبی معلومات اور/یا نشہ آور مادوں کے بحالی پروگرام میں شرکت سے متعلق دستاویزات جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ یہ معلومات خفیہ رکھی جائیں گی۔

تاریخ

کلانٹ کے دستخط

طبی ماہرین کے لیے رہنمائی:

مندرجہ بالا شخص نے اپنی صحت کی حالت یا علاجی پروگرام میں شرکت کی تصدیق کی درخواست کی ہے۔ براہ کرم اس فارم کو پُر کریں، دستخط کریں اور مکمل شدہ فارم متعلقہ فرد کو واپس کریں۔ انہیں فارم واپس کرنے کے طریقہ کار کی ہدایات فراہم کر دی گئی ہیں تاکہ وہ اسے سوشل سروسز ڈیپارٹمنٹ میں جمع کرا سکیں۔

براہ کرم مندرجہ ذیل سوالات میں سے جو قابل اطلاق ہوں، ان کے جوابات دیں۔ فارم پر دستخط اور تاریخ درج کریں، نیز اپنا پیشہ یا ادارے میں عہدہ لکھیں۔ *

1) کیا یہ فرد حاملہ ہے؟ ہاں نہیں نامعلوم قابل اطلاق نہیں
اگر ہاں، تو مقررہ تاریخ: _____ / _____ / _____

2) کیا یہ فرد نشہ آور مادوں کے علاج، بحالی یا کونسلنگ پروگرام میں شریک ہے؟ ہاں نہیں
اگر ہاں، تو پروگرام کے متوقع اختتام کی تاریخ درج کریں: _____ / _____ / _____

3) کیا اس فرد کو کوئی عارضی یا مستقل جسمانی یا ذہنی بیماری لاحق ہے جو اسے ہر ہفتے 20 یا اس سے زائد گھنٹے (ماہانہ 80 گھنٹے) کام کرنے سے روکتی ہے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو براہ کرم وہ مدت بتائیں جس کے دوران یہ شخص 20 یا اس سے زائد گھنٹے ہفتہ وار کام کرنے سے قاصر ہوگا (80 گھنٹے ماہانہ):

30 دن سے کم 1 تا 3 ماہ 4 تا 6 ماہ
 6 تا 12 مہینے 12 ماہ سے زیادہ/یا غیر معینہ مدت تک

(صفحہ پلٹیں)

منحصرین کے بغیر صحت مند بالغ افراد
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
طبی بیان (جاری)

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ پچھلے صفحے پر فراہم کردہ معلومات درست اور حقیقی ہیں۔

نام (براہ کرم جلی حروف میں لکھیں) _____
عہدہ/پیشہ * _____

پتہ _____

ٹیلیفون نمبر _____

دستخط _____
لیز پر دستخط کرنے کی تاریخ _____ / _____ / _____

* اس فارم پر درج ذیل میں سے کوئی بھی دستخط کر سکتا ہے: طبیب، معاون طبیب، نرس پریکٹیشنر، ہڈیوں کا معالج، مجاز یا رجسٹرڈ ماہر نفسیات، منشیات بحالی مشیر، مستند ذہنی صحت مشیر، آزاد لائسنس یافتہ سماجی کارکن، یا رجسٹرڈ دابہ۔ نشہ آور مادوں کے بحالی یا کونسلنگ پروگرام میں شرکت کی تصدیق (سوال نمبر 2) کے لیے پروگرام کے ڈائریکٹر یا مریض کے مشیر بھی اس بیان پر دستخط کر سکتے ہیں۔

طبی ماہرین کے لیے رہنمائی:

Supplemental Nutrition) پروگرام (Assistance Program, SNAP

اپ معذوری یا بیماری میں مبتلا بالغ افراد کو ضمنی غذائی امدادی پروگرام (Assistance Program, SNAP) کی سہولت برقرار رکھنے میں مدد دے سکتے ہیں۔ SNAP (سابقہ "فوڈ اسٹامپ") کم آمدنی والے افراد کو ضروری خوراک خریدنے کی اجازت دیتا ہے۔ 18 سے 64 سال کے بہت سے مستحق افراد جو 14 سال سے کم عمر بچے کے بغیر گھر میں رہتے ہیں، منحصرین کے بغیر صحت مند بالغ افراد (ABAWD) قانون کے تحت سہولت سے محروم ہونے کے خطرے میں ہیں۔ یہ قانون ان افراد کی اہلیت صرف تین ماہ تک محدود کرتا ہے جب تک وہ ہر ہفتے کم از کم 20 گھنٹے کام نہ کریں یا کسی کام سے متعلق سرگرمی میں شریک نہ ہوں۔

چند منٹ کے اندر آپ ان کی مدد کر سکتے ہیں۔

جو شخص جسمانی یا ذہنی بیماری کی وجہ سے 20 گھنٹے ہفتہ وار کام کرنے سے قاصر ہو، اسے ABAWD نہیں سمجھا جاتا۔

اکثر پوچھے گئے سوالات:

ABAWD کے تحت "کام کے لیے جسمانی یا ذہنی طور پر نااہل" ہونے کی تعریف:

کام کے لیے جسمانی یا ذہنی طور پر نااہل ہونے کا تعین معذور ہونے سے زیادہ وسیع استثنیٰ ہے۔ جو شخص کسی بیماری، چوٹ، یا جسمانی/ذہنی عارضے کی وجہ سے، خواہ عارضی ہو یا مستقل، ہر ہفتے کم از کم 20 گھنٹے کام کرنے سے قاصر ہو، اسے "کام کے لیے جسمانی یا ذہنی طور پر نااہل" سمجھا جاتا ہے۔ کچھ مریضوں کی ذہنی یا جسمانی صحت کی حالتیں ہیں جو انہیں مکمل طور پر کام کرنے سے روکتی ہیں۔ دوسروں کے پاس ایسے حالات ہیں جو انہیں کام کرنے کی اجازت دیتے ہیں لیکن ہو سکتا ہے کہ وہ مکمل وقت، یا یہاں تک کہ 20 گھنٹے فی ہفتہ کام نہ کر سکیں۔ یہ معیار معذوری کے لیے سماجی تحفظ کے معیار سے بہت کم سخت ہے اور اس کے لیے مخصوص تشخیص کی ضرورت نہیں ہے۔

مریض کی "کام کے لیے نااہلی" کی تصدیق کیسے کریں:

دو طرفہ ABAWD میڈیکل اسٹیٹمنٹ فارم پُر کریں، شرط کا متوقع ٹائم فریم اور اپنے دستخط شامل کریں۔ صحت کی دیکھ بھال کے پیشہ ور افراد کی ایک قسم اس فارم پر دستخط کر سکتی ہے جس میں ایک معالج، معالج کا معاون، نرس پریکٹیشنر، آسٹیو پیٹھ، لائسنس یافتہ یا تصدیق شدہ ماہر نفسیات، مادہ کے استعمال کا مشیر، مصدقہ ذہنی صحت کا مشیر، لائسنس یافتہ آزاد طبی سماجی کارکن، لائسنس یافتہ سرٹیفائیڈ سوشل ورکر، لائسنس یافتہ سرٹیفائیڈ سوشل ورکر شامل ہیں۔ بحالی یا مشاورت کے پروگرام میں کسی شخص کی شرکت کی تصدیق کے مقاصد کے لیے (سوال 2)، پروگرام کا ڈائریکٹر یا فرد کا کونسلر بھی اس بیان پر دستخط کر سکتا ہے۔