अपाङ्गता निर्धारण आवेदन

कार्यालयको प्रयोजनका लागि मात्र:

कार्यालयः	आवेदन मिति

आफ्नो अपाङ्गताका लागि सहायता पाउन आवेदन दिने व्यक्तिहरूले आर्थिक र अपाङ्गता सम्बन्धी आवश्यकताहरू पूरा गर्नुपर्छ। हामीले अपाङ्गता निर्धारण गर्नका लागि तपाईंले यस आवेदनमा दिनुभएको जानकारी प्रयोग गर्नेछौं।

अपाङ्गता निर्धारण भनेको के हो ?

अपाङ्गता निर्धारणले तपाईंको स्वास्थ्य अवस्थाले तपाईंलाई आफ्नो अपाङ्गताका लागि Health First Colorado (Colorado's Medicaid program) का लाभ र सेवाहरू पाउन योग्य बनाउँछ कि बनाउँदैन भनी जाँच गर्छ। यदि रोजगारीमा संलग्न छन् भने Colorado ले मानिसहरूलाई सीमित अपाङ्गताका लागि योग्य हुने अनुमति पनि दिन्छ।

यदि तपाईं Health First Colorado को सदस्य हुनुहुन्न भने :

- तपाईंले अपाङ्गता निर्धारण आवेदन र Health First Colorado आवेदन दुवै बुझाउनुपर्नेछ ।
- यो अपाङ्गता निर्धारण आवेदन पूरा गर्नुहोस् र **यसलाई आफ्नो कार्यालयको मानव सेवा विभाग मा बुझाउनुहोस्।**
- Health First Colorado आवेदनले तपाईंले आर्थिक आवश्यकताहरू पूरा गर्नुहुन्छ कि हुन्न भनी जाँच गर्छ। Health First Colorado आवेदन healthfirstcolorado.com/apply-now/ मा पाउन सक्नुहुन्छ। तपाईंले यसलाई आफ्नो देशको मानव सेवा विभागबाट पनि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।
- अपाङ्गता निर्धारण र Health First Colorado आवेदनहरू एकै समयमा बुझाउँदा हामीलाई छिटो निर्णय गर्न मद्दत पुग्छ। **अपाङ्गता हुनुको मतलब तपाईं योग्य हुनुहुनेछ भन्ने ग्यारेन्टी भने होइन।**

यदि तपाईं पहिले नै Health First Colorado को सदस्य हुनुहुन्छ भने:

- तपाईंले Health First Colorado आवेदन भर्नु पर्दैन। यो अपाङ्गता निर्धारण आवेदन पूरा गर्नुहोस् र **यसलाई आफ्नो कार्यालयको मानव सेवा विभाग मा बुझाउनुहोस्।**

अपाङ्गता निर्धारण आवेदन भर्नका लागि सुझावहरू

- यदि तपाईंले कहिल्यै सामाजिक सुरक्षा प्रशासन (एसएसए) मा अपाङ्गता लाभका लागि आवेदन दिनुभएको थियो भने, **तपाईंको अपाङ्गता आवेदन बारेमा एसएसएबाट आएका सबै पत्र र सूचनाहरूको प्रतिलिपिहरू यसै साथ संलग्न गर्नुहोस्।**
- **फारमले कुनै खण्ड छोड्न नभनेसम्म उत्तरहरू खाली नछोड्नुहोस्।** यदि तपाईंलाई उत्तर थाहा छैन, वा उत्तर "केही छैन" वा "लागु हुँदैन" हो भने, "थाहा छैन" वा "केही छैन" वा "लागु हुँदैन" भनी लेख्नुहोस्। **हामी अपूर्ण आवेदनहरूमाथि कारबाही अगाडि बढाउने छैनौं।**
- **यस आवेदनमा प्रत्येक डाक्टरको पूर्ण सम्पर्क जानकारी दिनुहोस्।** यदि तपाईंले दिनुभएन भने, हामीले उनीहरूबाट तपाईंको अपाङ्गता सम्बन्धी निर्णय गर्न मद्दत गर्ने चिकित्सा रेकर्डहरू प्राप्त गर्न नसक्न सक्छौं।
    - सबै ठेगानाहरूमा **जिप कोड** हुनुपर्छ।
    - सबै फोन नम्बरहरूमा **एरिया कोड** समावेश हुनुपर्छ।
- **डाक्टर वा अस्पताललाई यो आवेदन भर्न नलगाउनुहोस्।** तपाईंले कुनै साथी, परामर्शदाता, केस म्यानेजर, देशका कर्मचारी वा परिवारको सदस्यबाट मद्दत लिन सक्नुहुन्छ।

अपाङ्गता निर्धारण आवेदन भर्नका लागि सुझावहरू (क्रमशः)

- **पूर्ण मितिहरू (महिना/दिन/वर्ष) उल्लेख गर्नुहोस्,** र यदि प्रश्नले विवरण मागेको छ वा तपाईं थप जानकारी दिन चाहनुहुन्छ भने व्याख्या गर्नुहोस्।
- यदि तपाईंलाई थप ठाउँ चाहिएमा वा कुनै उत्तरको बारेमा थप कुरा बताउन चाहेमा, **खण्ड ८ - कैफियत को क्षेत्र प्रयोग गर्नुहोस्**। तपाईंले विस्तृत रूपमा उत्तर दिइरहनुभएको प्रश्नको नम्बर समावेश गर्नुहोस्।
- तपाईंले यस आवेदनको साथमा आफूसँग भएका कुनै पनि चिकित्सा रेकर्डका प्रतिलिपिहरू पठाउन सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंसँग प्रतिलिपिहरू छैनन् भने, तपाईंको आवेदन समीक्षा गर्ने व्यक्तिले तपाईंको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट ती प्राप्त गर्न सक्छन्, तर यसले तपाईंको आवेदनको प्रक्रियामा ढिलाइ गर्न सक्छ।
- तपाईंको अपाङ्गता आवेदनको समीक्षा कहिले पूरा हुन्छ भन्ने कुरामा धेरै कारकहरूले प्रभाव पार्छन्। आवश्यक सबै चिकित्सा जानकारी र रेकर्डहरू समावेश गर्नुहोस्।

तपाईंले काम पूरा गरेपछि:

- यो आवेदन पूर्ण रूपमा भर्नुहोस्। **हामी अपूर्ण आवेदनहरूमाथि कारबाही गर्नै छैनौं।**
- तपाईंले मसी ले हस्ताक्षर **अनिवार्य** गर्नुपर्छ।
- **पूरा गरिएको र हस्ताक्षर गरिएको** अपाङ्गता निर्धारण आवेदन आफ्नो कार्यालयको मानव सेवा विभागमा पठाउनुहोस्। तपाईंको कार्यालयको सम्पर्क जानकारी CO.gov/cdhs/contact-your-county मा फेला पार्नुहोस्।

अब अगाडि के हुन्छ?

तपाईंका सबै जानकारीहरूको समीक्षा पूरा भएपछि, तपाईं योग्य हुनुहुन्छ कि हुन्न भनी जानकारी दिन तपाईंलाई एउटा पत्र पठाइनेछ। यदि तपाईं पत्रमा गरिएको निर्णयसँग असहमत हुनुहुन्छ भने, तपाईंले त्यसविरुद्ध अपिल गर्न सक्नुहुन्छ। अपिल कसरी गर्ने भन्ने जानकारी पत्रमा नै हुनेछ।

मद्दत चाहिन्छ?

यो आवेदन जति सक्नुहुन्छ त्यति पूरा गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई मद्दत चाहिएमा, आफ्नो कार्यालयको मानव सेवा विभागमा सम्पर्क गर्नुहोस्। तपाईंको कार्यालयको सम्पर्क जानकारी CO.gov/cdhs/contact-your-county मा पाउनुहोस्। अपाङ्गता निर्धारणका बारेमा बारम्बार सोधिने प्रश्नहरूको उत्तरका लागि hfcgo.com/disability-faqs मा जानुहोस्।

खण्ड १ तपाईंको अपाङ्गताको बारमा जानकारी

क. **नाम:** (पहिलो, बीचको नामको पहिलो अक्षर, थर):	ख. **सामाजिक सुरक्षा नम्बर (एसएसएन)**
ग. **जन्म मिति:** घ. **उमेर:** ङ. **लिङ्ग:**	☐ यदि तपाईं एसएसएन प्राप्त गर्न योग्य हुनुहुन्न भने, वा स्थापित धार्मिक आपत्तिको कारणले एसएसएन लिन अस्वीकार गर्नुहुन्छ भने यहाँ चिन्ह लगाउनुहोस्।

च. **पत्राचार ठेगाना:** (नम्बर, सडक, एपार्टमेन्ट नम्बर /युनिट [यदि भएमा], हुलाक बक्स वा ग्रामीण मार्ग, सहर, राज्य, जिप कोड):

छ. **इमेल ठेगाना:**

ज. के तपाईं अंग्रेजी बोल्न र बुझ्न सक्नुहुन्छ? ○ हो ○ होइन (यदि समीक्षकलाई तपाईंको आवेदनको बारेमा कुनै प्रश्न सोध्नु परेमा उनले दोभाषे को लागि भुक्तानी गर्नेछन्। यस पत्रको अन्त्यमा रहेको "तपाईंको भाषामा मद्दत" पृष्ठ हेर्नुहोस्।)

झ. यदि "होइन" हो भने, **तपाईं कुन भाषा बोल्नुहुन्छ** ? ______

ञ. के तपाईं अंग्रेजी पढ्न सक्नुहुन्छ? ○ हो ○ होइन । के तपाईं अंग्रेजीमा लेख्न सक्नुहुन्छ? ○ हो ○ होइन

ट. **दिउँसोको टेलिफोन नम्बर:** यदि तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सकिने कुनै फोन छैन भने, कृपया दिउँसोको टेलिफोन नम्बर उपलब्ध गराउनुहोस् जहाँ हामी तपाईंको लागि सन्देश छोड्न सक्छौं। (___)______ ○ यो मेरो नम्बर हो ○ यो सन्देश छोड्ने नम्बर हो ।

ठ. यदि तपाईं आफ्नो अपाङ्गताको अवस्थाबारे थाहा भएका कुनै साथी वा नातेदारले तपाईंलाई आवेदनमा मद्दत गरोस् भन्ने चाहनुहुन्छ भने, कृपया उनीहरूको जानकारी यहाँ दिनुहोस् ताकि हामी उनीहरूलाई सम्पर्क गर्न सकौं।

नाम: ______ नाता: ______ फोन: (_____)______

ठेगाना: ______

(नम्बर, सडक, एपार्टमेन्ट नम्बर /युनिट [यदि भएमा], हुलाक बक्स वा ग्रामीण मार्ग, सहर, राज्य, जिप कोड)

यदि तपाईं बच्चाको लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, कृपया खण्ड ड का प्रश्नहरू भर्नुहोस्। यदि होइन भने, खण्ड २ मा जानुहोस्।

ड. के बच्चा तपाईंसँग बस्छ? ○ हो ○ होइन । यदि "होइन" हो भने, बच्चा को सँग बस्छ तल भर्नुहोस्:

नाम: ______ बच्चासँगको नाता: ______ फोन: (_____)______

ठेगाना: ______

(नम्बर, सडक, एपार्टमेन्ट नम्बर /युनिट [यदि भएमा], हुलाक बक्स वा ग्रामीण मार्ग, सहर, राज्य, जिप कोड)

के बच्चाको तपाईं बाहेक अन्य कुनै कानुनी अभिभावक वा संरक्षक छ? ○ हो ○ होइन

नाम: ______ बच्चासँगको नाता: ______ फोन: (_____)______

ठेगाना: ______

(नम्बर, सडक, एपार्ट न/युनिट [यदि भएमा], हुलाक बक्स वा ग्रामीण मार्ग, सहर, राज्य, जिप कोड)

के त्यहाँ अर्को वयस्क व्यक्ति छ जसले बच्चाको हेरचाह गर्न मद्दत गर्छ र आवश्यक परेमा बच्चाको बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न हामीलाई मद्दत गर्न सक्छ? ○ हो ○ होइन

नाम: ______ बच्चासँगको नाता: ______ फोन: (_____)______

ठेगाना: ______

(नम्बर, सडक, एपार्टमेन्ट नम्बर /युनिट [यदि भएमा], हुलाक बक्स वा ग्रामीण मार्ग, सहर, राज्य, जिप कोड)

खण्ड २ तपाईंको शारीरिक वा मानसिक अपाङ्गताको अवस्था र असरहरू

क. जुत्ता नलगाई तपाईंको उचाइ कति हो: _________ फिट _____ इन्च

ख. जुत्ता नलगाई तपाईंको तौल कति हो: __________ पाउन्ड

ग. तपाईंका अपाङ्गताका अवस्थाहरू के हुन्? कृपया प्रत्येक अवस्था छुट्टाछुट्टै सूचीकृत गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई क्यान्सर छ भने, कृपया स्टेज र प्रकार समावेश गर्नुहोस्।

____

____

घ. तपाईंका अपाङ्गताका अवस्थाहरूले तपाईंको काम गर्ने क्षमतालाई कसरी सीमित गर्छन्?

____

____

ङ. के तपाईंका अपाङ्गताका अवस्थाहरूले तपाईंलाई दुखाइ वा अन्य लक्षणहरू जस्तै छारेरोग आदि निम्त्याउँछन्? ◯हो ◯होइन

च. तपाईंका अपाङ्गताका अवस्थाहरूले तपाईंलाई कहिलेदेखि पहिलो पटक सताउन थाल्यो ? महिना: दिन: वर्ष:

छ. तपाईं आफ्नो अवस्थाका कारण कहिलेदेखि काम गर्न असमर्थ हुनुभयो? महिना: दिन: वर्ष:

ज. के तपाईंले कहिल्यै कामबाट पैसा कमाउनुभएको छ, जसमा स्वरोजगार पनि समावेश छ? ◯हो ◯होइन (यदि "होइन" हो भने, खण्ड ४ मा जानुहोस्।)

झ. के तपाईंले आफ्नो अपाङ्गताको अवस्थाले पहिलो पटक सताएको मितिपछि कुनै पनि समयमा काम गर्नुभयो? ◯हो ◯होइन

ञ. यदि "हो" हो भने, के तपाईंको अपाङ्गताको अवस्थाले तपाईंलाई निम्न मध्ये के गरायो? (लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)

☐ थोरै घण्टा काम गर्ने? (तल व्याख्या गर्नुहोस्) ☐ तपाईंको कामको कर्तव्यहरू परिवर्तन गर्ने? (तल व्याख्या गर्नुहोस्)

☐ काम सम्बन्धी परिवर्तनहरू गर्ने जस्तै उपस्थिति, आवश्यक मद्दत वा रोजगारदाताको परिवर्तन? (तल व्याख्या गर्नुहोस्)

____

____

ट. के तपाईं अहिले काम गर्दै हुनुहुन्छ? ◯ हो ◯ होइन

If यदि "होइन" हो भने, तपाईंले कहिले काम छोड्नुभयो? महिना: दिन: वर्ष:

तपाईंले काम किन छोड्नुभयो? ____

ठ. के तपाईंले कहिल्यै सामाजिक सुरक्षा अपाङ्गता आय (एसएसडीआई) वा पूरक सुरक्षा आय (एसएसआई) को लागि आवेदन दिनुभएको छ? ◯हो ◯होइन

यदि "हो" हो भने, तपाईंले सबैभन्दा पछिल्लो आवेदन कुन मितिमा दर्ता गर्नुभयो? महिना दिन वर्ष

के तपाईंको सामाजिक सुरक्षा आवेदन ◯स्वीकृत भयो ◯अस्वीकृत भयो ◯अझै विचाराधीन छ

उनीहरूको सबैभन्दा पछिल्लो निर्णयको मिति के थियो? महिना दिन वर्ष

यदि तपाईंले अपिल गर्नुभएको थियो भने, कुन मितिमा अपिल दर्ता गर्नुभयो? महिना दिन वर्ष

यदि तपाईंको सामाजिक सुरक्षा दाबी अस्वीकृत भएको थियो भने, के तपाईंले नयाँ वा अझ खराब अवस्थाहरू अनुभव गरिरहनुभएको छ? ◯हो ◯होइन

यदि माथिल्लो प्रश्नको उत्तर "हो" हो भने, कृपया **खण्ड ८ - कैफियत** मा नयाँ वा खराब हुँदै गएको अवस्थाको संक्षिप्त विवरण दिनुहोस्।

यदि तपाईंले एसएसडीआई एसएसआई पाउनुभएको थियो र अहिले पाइरहनुभएको छैन भने, तपाईंको लाभ किन रोकियो?

____

कृपया तपाईंको अपाङ्गता आवेदनको बारेमा सामाजिक सुरक्षा प्रशासन (SSA) बाट आएका सबै पत्रहरूको प्रतिलिपिहरू समावेश गर्नुहोस्।

खण्ड ३ तपाईंको कामको बारमा जानकारी

क. तपाईं आफ्नो शारीरिक, मानसिक, भावनात्मक वा सिकाइ सम्बन्धी **अपाङ्गताका कारण काम गर्न असमर्थ हुनुभन्दा अघिको १५ वर्षमा** तपाईंले गर्नुभएका कामहरू (पाँचवटा सम्म) सूचीकृत गर्नुहोस्, जसमा सेल्टर्ड वर्क पनि समावेश छ। आफ्नो सबैभन्दा पछिल्लो काम पहिले लेख्नुहोस्।

*सेल्टर्ड वर्कले अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई काम गर्दा अरूभन्दा छुट्टै रोजगार दिन्छ।

☐ लागु हुँदैन। यदि तपाईं काम गर्न असमर्थ हुनुभन्दा अघिको १५ वर्षमा पटक्कै काम गर्नुभएको थिएन भने यो बक्समा चिन्ह लगाउनुहोस्। खण्ड ३ को उत्तर नदिनुहोस्। खण्ड ४ मा जानुहोस् ।

कामको पद *(उदाहरण हेर्नुहोस्)*	व्यवसायको प्रकार	काम गरेको मिति (महिना/वर्ष) (बाट - सम्म)		दैनिक घण्टा	प्रति हप्ता दिन	भुक्तानी दर (प्रति घण्टा, दिन, हप्ता, महिना वा वर्ष)	
उदाहरण: भान्से	*रेस्टुरेन्ट*	*मे २००९*	*जुन २०१२*	*८*	*५*	*$७.००*	*प्रति घण्टा*

ख. तपाईंले कुन काम सबैभन्दा लामो समयसम्म गर्नुभयो? ____________________

ग. यो कामको वर्णन गर्नुहोस्। तपाईं दिनभर के गर्नुहुन्थ्यो? यदि तपाईंलाई थप ठाउँ चाहिन्छ भने, **खण्ड ८ - कैफियत मा लेख्नुहोस्।**

____
____
____
____
____
____

घ. यो काममा, के तपाईंले:

मेसिन, उपकरण वा औजारहरू प्रयोग गर्नुभयो? ◯ हो ◯ होइन प्राविधिक ज्ञान वा सीपहरू प्रयोग गर्नुभयो? ◯ हो ◯ होइन

कुनै लेखन, प्रतिवेदन पूरा गर्ने वा अन्य समान कर्तव्यहरू गर्नुभयो? ◯ हो ◯ होइन

ङ यो काममा, तपाईंले प्रत्येक दिन **कुल** कति घण्टा निम्न कार्यहरू गर्नुभयो:

हिँड्ने ________ उभिने ________ घुँडा टेक्ने (घुँडामा बस्न खुट्टा बङ्ग्याउने) ______

बस्ने ______ चढ्ने ________ ठुला वस्तुहरू समात्ने वा पक्रने ______________

टाउको माथि हात पुऱ्याउने_________ निहुरिने (खुट्टा र ढाड तल र अगाडि बङ्ग्याउने) ___________

घिस्रिने (हात र घुँडाको सहारामा हिँड्ने) ________ साना वस्तुहरू समात्ने, लेख्ने वा टाइप गर्ने ________

कमरबाट तल र अगाडि निहुरिने __________________

खण्ड ३ (क्रमशः) तपाईंको कामको बारमा जानकारी

घ. उठाउने र बोक्ने: तपाईंले के उठाउनुभयो, कति टाढा बोक्नुभयो र यो कति पटक गर्नुभयो व्याख्या गर्नुहोस्।

____

____

ङ. तपाईंले उठाउनुभएको सबैभन्दा भारी तौलमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

○ १० पाउन्ड भन्दा कम ○ १० पाउन्ड ◉ २० पाउन्ड ○ ५० पाउन्ड ○ १०० पाउन्ड वा सोभन्दा बढी

च. बारम्बार उठाइने तौलमा चिन्ह लगाउनुहोस्: (बारम्बार भन्नाले कार्यदिनको १/३ देखि २/३ भाग सम्म बुझिन्छ।)

○ १० पाउन्ड भन्दा कम ○ १० पाउन्ड ○ २० पाउन्ड ○ ५० पाउन्ड ○ १०० पाउन्ड वा सोभन्दा बढी

छ. के तपाईंले यस काममा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षण गर्नुभयो? ○ हो ○ होइन

यदि "होइन" हो भने, खण्ड ४ मा जानुहोस्; यदि "हो" हो भने, तपाईंले कति जना मानिसहरूको निरीक्षण गर्नुभयो?

के तपाईंले कर्मचारीहरूलाई काममा राख्ने र निकाल्ने गर्नुभयो? ○ हो ○ होइन

मानिसहरूको निरीक्षण गर्न कति समय बिताइयो? __________ घण्टा

ज. यदि तपाईंलाई तलका कुनै पनि क्षेत्रमा सीमाहरू छन् भने कृपया चिन्ह लगाउनुहोस्, अन्यथा चिन्ह लगाउनुहोस्:☐'कुनै सीमा छैन'

☐ श्वासप्रश्वास ☐ देख्ने ☐ सुन्ने ☐ बोल्ने ☐ ध्यान केन्द्रित गर्ने

☐ सुत्ने ☐ खाने ☐ सञ्चार गर्ने ☐ बुझ्ने ☐ आफ्नो हेरचाह गर्ने

☐ नियमित कामको वातावरणमा हुने परिवर्तनहरूसँग घुलमिल हुने ☐ शारीरिक कार्यहरू

☐ निरीक्षण उपयुक्त प्रतिक्रिया दिने ☐ सहकर्मीहरू ☐ कामको परिस्थितिहरू

☐ अन्य प्रमुख शारीरिक कार्यहरू______________________________

खण्ड ४ तपाईंको चिकित्सा रकडको बारमा जानकारी

क. के कुनै डाक्टर, अस्पताल, क्लिनिक वा अरू कसैले तपाईंलाई काम गर्ने क्षमता सीमित गर्ने शारीरिक, भावनात्मक वा मानसिक अवस्था, वा सिकाइ सम्बन्धी अपाङ्गताका लागि जाँच गरेको छ? ○ हो ○ होइन

यदि तपाईंले यस प्रश्नको उत्तर "होइन" दिनुभयो भने, खण्ड ४ मा अन्य कुनै प्रश्नको उत्तर नदिनुहोस्। खण्ड ५ मा जानुहोस्।

ख. तपाईंले आफ्नो चिकित्सा रेकर्डमा प्रयोग गर्नुभएका अन्य नामहरू सूचीकृत गर्नुहोस्, जसमा तपाईंको विवाह अघिको थर, विवाह पछिको थर वा उपनामहरू समावेश छन्। ______________________________

खण्ड ४ (क्रमशः) तपाईंको चिकित्सा रकडको बारमा जानकारी

हामीलाई बताउनुहोस् कि कोसँग तपाईंको अपाङ्गताको अवस्थाको बारेमा चिकित्सा रेकर्ड वा अन्य जानकारी हुन सक्छ।

ग. तपाईंले प्रयोग गर्नुभएका प्रत्येक डाक्टर, क्लिनिक, थेरापिस्ट र चिकित्सा पेशेवरहरूलाई सूचीकृत गर्नुहोस्। आवश्यक परे थप पाना प्रयोग गर्नुहोस्। तपाईंले प्रदायकलाई अन्तिम पटक देखेको मिति र तपाईंको अर्को भेटघाटको मिति (यदि भएमा) समावेश गर्नुहोस् ।

१. नाम			बिरामी ID (यदि थाहा भएमा)
ठेगाना			पहिलो पटक देखाएको मिति
सहर	राज्य	जिप	अन्तिम पटक देखाएको मिति
फोन			अर्को भेटघाट (यदि भएमा)
भेटघाटको कारण(हरू)। कुन अपाङ्गता अवस्थाहरूको उपचार वा मूल्याङ्कन गरिएको थियो?			
तपाईंले के उपचार पाउनुभयो?			

२. नाम			बिरामी ID (यदि थाहा भएमा)
ठेगाना			पहिलो पटक देखाएको मिति
सहर	राज्य	जिप	अन्तिम पटक देखाएको मिति
फोन			अर्को भेटघाट (यदि भएमा)
भेटघाटको कारण(हरू)। कुन अपाङ्गता अवस्थाहरूको उपचार वा मूल्याङ्कन गरिएको थियो?			
तपाईंले के उपचार पाउनुभयो?			

३. नाम			बिरामी ID (यदि थाहा भएमा)
ठेगाना			पहिलो पटक देखाएको मिति
सहर	राज्य	जिप	अन्तिम पटक देखाएको मिति
फोन			अर्को भेटघाट (यदि भएमा)
भेटघाटको कारण(हरू)। कुन अपाङ्गता अवस्थाहरूको उपचार वा मूल्याङ्कन गरिएको थियो?			
तपाईंले के उपचार पाउनुभयो?			

यदि तपाईंलाई थप ठाउँ चाहिएमा, 'खण्ड ८ - कैफियत प्रयोग गर्नुहोस् ।

खण्ड ४ (क्रमशः) तपाईंको चिकित्सा रकडको बारमा जानकारी

घ. तपाईंले प्रयोग गर्नुभएका प्रत्येक अस्पताल र अन्य कुनै पनि स्वास्थ्य सेवा सुविधाहरू सूचीकृत गर्नुहोस् (आकस्मिक कक्ष को भ्रमणहरू सहित, यदि भएमा)। खण्ड ४, प्रश्न ग मा तपाईंले पहिले नै सूचीकृत गर्नुभएको कुनै पनि कुरा समावेश नगर्नुहोस्। सबैभन्दा हालको मिति पहिले सूचीकृत गर्नुहोस् र भ्रमणको प्रकार समावेश गर्नुहोस्।

१. सुविधाको नाम		फोन
ठेगाना		
सहर	राज्य	जिप
भ्रमणको प्रकार		
☐ भर्ना भएको (कम्तीमा रातभर बसेको)	भर्ना मिति	डिस्चार्ज मिति
☐ बाह्य बिरामी भ्रमण (त्यही दिन घर पठाइएको)	पहिलो भ्रमण मिति	अन्तिम भ्रमण मिति
☐ आकस्मिक कक्ष भ्रमण (यदि भएको भए)	मिति(हरू)	

२. सुविधाको नाम		फोन
ठेगाना		
सहर	राज्य	सहर
भ्रमणको प्रकार		
☐ भर्ना भएको (कम्तीमा रातभर बसेको)	भर्ना मिति	डिस्चार्ज मिति
☐ बाह्य बिरामी भ्रमण (त्यही दिन घर पठाइएको)	पहिलो भ्रमण मिति	अन्तिम भ्रमण मिति
☐ आकस्मिक कक्ष भ्रमण (यदि भएको भए)	मिति(हरू)	

तपाईंलाई यो जानकारीको लागि वा हामीलाई निम्न कुराहरू बताउन थप ठाउँ चाहिएमा **खण्ड ८ - कैफियत** प्रयोग गर्नुहोस् कामदारहरूको क्षतिपूर्ति, व्यावसायिक पुनर्स्थापना, तपाईंलाई अपाङ्गता लाभहरू भुक्तानी गरेका बिमा कम्पनीहरू, जेलहरू, वकिलहरू, सामाजिक सेवा एजेन्सीहरू र कल्याणकारी संस्थाहरूबाट तपाईंको अपाङ्गताको अवस्थाको बारेमा चिकित्सा जानकारीका अन्य स्रोतहरू। सबै चिकित्सा जानकारी समावेश गर्नुहोस्, भले ही तपाईं निश्चित हुनुहुन्न कि जानकारी तपाईंको अपाङ्गता निर्धारणमा लागु हुन्छ। खण्ड ८ मा, निम्न कुराहरू समावेश गर्न निश्चित हुनुहोस्:

- संस्था वा व्यक्तिको पूरा नाम
- फोन नम्बर
- ठेगाना: सहर, राज्य, जिप कोड
- सम्पर्क व्यक्तिको नाम
- दाबी वा आईडी नम्बर
- पहिलो सम्पर्कको मिति
- अन्तिम सम्पर्कको मिति
- अर्को सम्पर्कको मिति
- भ्रमणका कारणहरू

यदि यो आवेदन बच्चाको लागि हो भने, चिकित्सा रेकर्ड वा बच्चाको बिरामी, चोटपटक वा अपाङ्गताको अवस्था (धर्मपुत्र/धर्मपुत्रीका आमाबाबु, सामाजिक कार्यकर्ता, परामर्शदाता, शिक्षक, स्कूल नर्स, हिरासत केन्द्र, वकिल, बिमा कम्पनीहरू, र/वा कामदारहरूको क्षतिपूर्ति) बाट उनीहरूको अपाङ्गता अवस्थाको बारेमा जानकारीका अन्य स्रोतहरू। यदि बच्चाले अरू कसैलाई भेट्ने तालिका छ भने यो जानकारी खण्ड ८ मा पनि समावेश गर्नुहोस्।

- संस्था वा व्यक्तिको पूरा नाम
- फोन नम्बर
- ठेगाना: सहर, राज्य, जिप कोड
- सम्पर्क व्यक्तिको नाम
- दाबी वा आईडी नम्बर
- पहिलो सम्पर्कको मिति
- अन्तिम सम्पर्कको मिति
- अर्को सम्पर्कको मिति
- भ्रमणका कारणहरू

खण्ड ५ तपाईंको मेडिकल टस्टहरूको बारमा जानकारी

के तपाईंले आफ्नो अपाङ्गताको अवस्थाको लागि कुनै मेडिकल टेस्ट गराउनुभएको छ?

◯ हो (यदि "हो" हो भने, तलको जानकारी पूरा गर्नुहोस्।) ◯ होइन (यदि "होइन" हो भने, खण्ड ६ मा जानुहोस्।)

टेस्टको प्रकार	टेस्टको मिति (महिना/दिन/वर्ष)	टेस्ट गरिएको सुविधाको नाम	टेस्टको लागि कसले अनुरोध गऱ्यो?
EKG (मुटुको टेस्ट)			
कार्डियाक क्याथेटराइजेसन			
ट्रेडमिल (व्यायाम टेस्ट)			
बायोप्सी: शरीरको अंगको नाम: ______________________			
श्रवण टेस्ट			
दृष्टि टेस्ट			
IQ टेस्ट			
बोली/भाषा टेस्ट			
EEG (मस्तिष्क तरंग टेस्ट)			
HIV टेस्ट			
रक्त परीक्षण (HIV बाहेक)			
श्वासप्रश्वास टेस्ट			
एक्स-रे: शरीरको अंगको नाम ______________________			
MRI/CT/स्क्यान: शरीरको अंगको नाम: ______________________			
अन्य: टेस्टको नाम र शरीरको अंग ______________________			

यदि तपाईंले अन्य टेस्टहरू गराउनुभएको छ भने, तिनीहरूलाई **खण्ड ८ - कैफियत** मा सूचीकृत गर्नुहोस्।

खण्ड ६ तपाईंको औषधिहरूको बारमा जानकारी

के तपाईं हाल आफ्नो अपाङ्गताको अवस्थाका लागि औषधिहरू सेवन गर्नुहुन्छ**?** बिना प्रेस्क्रिप्सनका वा "ओभर द काउन्टर" औषधिहरू पनि समावेश गर्नुहोस्। ◯ हो ◯ होइन यदि "हो" हो भने**,** तपाईंको औषधिको बोतलमा उपलब्ध निम्न जानकारीहरू प्रदान गर्नुहोस्:

औषधिको नाम	डाक्टरको नाम र फोन (यदि प्रेस्क्राइब गरिएको भए)	औषधिको कारण	अनुभव गरिएका साइड इफेक्टहरू

खण्ड ७ तपाईंको शिक्षा र तालिमको बारमा जानकारी

क. पूरा गरेको विद्यालयको उच्च तह र पूरा गरेको अनुमानित मिति चिन्ह लगाउनुहोस् । धेरै सानो ☐

प्राथमिक/माध्यमिक विद्यालय: कलेज: पूरा गरेको मिति: ________

प्रि -के के १ २ ३ ४ ५ ६ ७ ८ ९ १० ११ १२ GED १ २ ३ ४ उच्च डिग्रीहरू

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

ख. के तपाईंले कुनै विशेष शिक्षा मा भाग लिनुभयो वा कुनै प्रकारको विशेष कार्य तालिम, व्यापार वा व्यावसायिक विद्यालय पूरा गर्नुभयो ? ○ हो ○ होइन यदि "हो" हो भने, निम्न जानकारी पूरा गर्नुहोस्:

विद्यालयको नाम: ________________________________

ठेगाना: ________________________________

(नम्बर, सडक, एपार्टमेन्ट नम्बर /युनिट [यदि भएमा], हुलाक बक्स वा ग्रामीण मार्ग, सहर, राज्य, जिप कोड)

पढेको मिति:______________ देखि __________ सम्म______________

यदि तपाईंसँग अतिरिक्त विद्यालयहरू छन् भने, तिनीहरूलाई **खण्ड ८ - कैफियत मा** सूचीकृत गर्नुहोस्।

यदि तपाईं बच्चाको लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने, कृपया प्रश्नहरू C-G भर्नुहोस्। यदि होइन भने, खण्ड ८ मा जानुहोस्। यदि बच्चाको व्यक्तिगत शिक्षा कार्यक्रम र/वा व्यक्तिगत पारिवारिक सेवा योजना छ भने, ती कागजातहरू समावेश गर्नुहोस्।

ग. के बच्चा डेकेयर/प्रिस्कुलमा जाँदैछ? ○ हो ○ होइन यदि "हो" हो भने निम्न पूरा गर्नुहोस्:

डेकेयर/प्रिस्कुल/हेरचाहकर्ताको नाम______________________ फोन (______)__________

ठेगाना ________________________________

(नम्बर, सडक, एपार्टमेन्ट नम्बर /युनिट [यदि भएमा], हुलाक बक्स वा ग्रामीण मार्ग, सहर, राज्य, जिप कोड)

पढेको मिति______________ देखि __________ शिक्षकको नाम______________

घ. बच्चाले हाल पढिरहेको विद्यालयको नाम र पढेको मितिहरू सूचीकृत गर्नुहोस्। यदि बच्चा अब विद्यालयमा छैन भने, अन्तिम पटक पढेको विद्यालयको नाम र मितिहरू सूचीकृत गर्नुहोस्।.

विद्यालयको नाम ______________________ फोन (______)__________

ठेगाना ________________________________

(नम्बर, सडक, एपार्टमेन्ट नम्बर /युनिट [यदि भएमा], हुलाक बक्स वा ग्रामीण मार्ग, सहर, राज्य, जिप कोड)

पढेको मिति______________ देखि __________ शिक्षकको नाम______________

ङ. यदि बच्चा विद्यालयमा भर्ना भएको छैन भने, कृपया किन हो व्याख्या गर्नुहोस्______________

च. पछिल्लो १२ महिनामा पढेका अन्य सबै विद्यालयहरूको नाम र मितिहरू सूचीकृत गर्नुहोस्।

विद्यालयको नाम______________________ फोन (______)__________

ठेगाना ________________________________

(नम्बर, सडक, एपार्टमेन्ट नम्बर /युनिट [यदि भएमा], हुलाक बक्स वा ग्रामीण मार्ग, सहर, राज्य, जिप कोड)

पढेको मिति______________ देखि__________ शिक्षकको नाम______________

यदि तपाईंसँग थप विद्यालयहरू छन् भने, तिनीहरूलाई **खण्ड ८ को कैफियत** मा सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

छ. के बच्चाको व्यवहार वा सिकाइ सम्बन्धी समस्याहरूको लागि परीक्षण गरिएको छ? ○ हो ○ होइन

टेस्टको प्रकार______________________ टेस्टको मिति:__________

टेस्टको प्रकार______________________ टेस्टको मिति:__________

के बच्चा विशेष शिक्षा मा छ? ○ हो ○ होइन यदि "हो" र माथिको भन्दा फरक भएमा, विशेष शिक्षा शिक्षकको नाम ______________________

के बच्चा बोली/भाषा थेरापी मा छ? ○ हो ○ होइन यदि "हो" र माथिको भन्दा फरक भएमा, वाक्/भाषा थेरापिस्ट को नाम ______________

खण्ड ८ - कफियतहरू

सबै आवेदकहरूको लागि महत्त्वपूर्ण नोट: यो आवेदन प्रक्रियामा लैजानु अघि तपाईंले मेडिकल रिलिज फारम र यस आवेदनमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। तपाईंले खण्ड ८ पूरा गरे पनि वा नगरे पनि, आवेदनमा हस्ताक्षर गर्न अर्को पृष्ठ प्रयोग गर्नुहोस्। यस खण्ड ८ को प्रयोग थप जानकारीको लागि गर्नुहोस् जुन तपाईंले यस फारमको अघिल्लो भागहरूमा साझा गर्नुभएको थिएन वा जसको लागि ठाउँ पुगेको थिएन। तपाईंले थप्न चाहनुभएको कुनै पनि थप जानकारी समावेश गर्नुहोस् जसले हामीलाई अपाङ्गता निर्धारण गर्न मद्दत गर्न सक्छ।

यस आवेदनमा हस्ताक्षर अनिवार्य छ

यस आवेदनमा हस्ताक्षर गरेर, म पुष्टि गर्दछु कि मेरो उत्तम ज्ञान अनुसार सबै कुरा सत्य हो। म बुझ्दछु कि मैले Colorado Department of Health Care Policy & Financing र यसका मनोनितहरूलाई यस आवेदनमा गरिएका कुनै पनि कथनहरू प्रमाणित गर्न र अपाङ्गता निर्धारण गर्न आवश्यक सबै रेकर्ड/जानकारी अनुरोध गर्न आवश्यक सम्पर्कहरू गर्ने अधिकार दिइरहेको छु। म बुझ्दछु कि यो आवेदन बुझाउँदैमा मैले कुनै पनि कार्यक्रमको लाभ पाउनेछु भन्ने ग्यारेन्टी हुँदैन।

आवेदक वा आवेदकको तर्फबाट फारम भर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर **(अभिभावक/संरक्षक)**	**मिति** (महिना, दिन, वर्ष):

यदि तपाईं आवेदनमा हस्ताक्षर गर्न असमर्थ हुनुहुन्छ र तपाईंको तर्फबाट एक प्रतिनिधिले हस्ताक्षर गर्दछ (जस्तै, मेडिकल पावर अफ एटर्नी (POA)/मेडिकल प्रोक्सी/कानुनी अभिभावक, संरक्षक, वा जनरल POA), तपाईंले उनीहरू तपाईंको मेडिकल पावर अफ एटर्नी/मेडिकल प्रोक्सी/कानुनी अभिभावक हुन् भनी प्रमाणित गर्ने कागजातका प्रतिलिपिहरू पनि यस आवेदनको साथ संलग्न गर्नुपर्छ। सक्कल प्रतिहरू नपठाउनुहोस्।

साक्षीहरू तब मात्र आवश्यक हुन्छ यदि यो कथन माथि (X) चिन्हद्वारा हस्ताक्षर गरिएको छ। यदि (X) चिन्हद्वारा हस्ताक्षर गरिएको छ भने, कथन दिने व्यक्तिलाई चिन्ने दुई जना व्यक्तिहरूले उनीहरूको हस्ताक्षरको साक्षी बस्नुपर्छ र उनीहरूको ठेगाना सहित तल आफैं हस्ताक्षर गर्नुपर्छ।

१. साक्षीको हस्ताक्षर	**२. साक्षीको हस्ताक्षर**
ठेगाना: (नम्बर, सडक, एपार्टमेन्ट नम्बर /युनिट [यदि भएमा], हुलाक बक्स वा ग्रामीण मार्ग, सहर, राज्य, जिप कोड)	**ठेगाना:** (नम्बर, सडक, एपार्टमेन्ट नम्बर /युनिट [यदि भएमा], हुलाक बक्स वा ग्रामीण मार्ग, सहर, राज्य, जिप कोड)

यदि तपाईं आफ्नो अपाङ्गता निर्धारण आवेदनमा कसैले मद्दत गरोस् भन्ने चाहनुहुन्छ वा आवश्यक ठान्नुहुन्छ भने, कृपया यो फारम पूरा गर्नुहोस्।

तपाईंलाई आफ्नो मनपर्ने व्यक्तिद्वारा आवेदन प्रक्रियामा सहयोग पाउने अधिकार छ।

म, ____, (तपाईंको नाम स्पष्ट अक्षरमा लेख्नुहोस्) मलाई अपाङ्गता आवेदन पूरा गर्न मद्दत गर्न निम्न व्यक्तिलाई मनोनित गर्दछु। म बुझ्दछु कि यस व्यक्तिसँग मेरो सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी मा पहुँच हुनेछ। म बुझ्दछु कि यस व्यक्तिलाई अपाङ्गता आवेदनमा मद्दतको लागि सोध्नुको अर्थ यो व्यक्ति मेरो व्यक्तिगत प्रतिनिधि हो भन्ने होइन।

____ ____

मद्दत गर्ने व्यक्तिको नाम माथि नाम उल्लिखित आवेदकसँगको नाता

____

मद्दत गर्ने व्यक्तिको टेलिफोन नम्बर

अनुरोध गरिएको जानकारीको उद्देश्य वा आवश्यकता: यो अनुमति आवेदकलाई अपाङ्गता आवेदन पूरा गर्न मद्दत गर्नको लागि मात्र हो। यो अन्य कुनै चिकित्सा जानकारी प्रकटीकरण उद्देश्यमा लागु हुँदैन। अपाङ्गता आवेदनमा प्रदान गरिएको जानकारी आवेदक स्वास्थ्य कभरेजको लागि योग्य छ कि छैन भनी निर्णय गर्ने उद्देश्यका लागि अपाङ्गता निर्धारण विक्रेतासँग साझा गरिनेछ। अन्तिम निर्णय आवेदक वा उनीहरूको कानुनी प्रतिनिधिसँग अपाङ्गता आवेदनमा प्रदान गरिएको ठेगानामा साझा गरिनेछ।

अनुमतिको समाप्ति: यो अनुमति तल हस्ताक्षर गरिएको मितिबाट एक वर्षमा समाप्त हुनेछ वा तपाईंले यहाँ छोटो अवधिको अनुमति तोक्न सक्नुहुन्छ: _______________। तपाईंले आफ्नो देशको योग्यता कर्मचारी लाई लिखित रूपमा सम्पर्क गरेर जुनसुकै बेला पनि यो अनुमति खारेज गर्न सक्नुहुन्छ।

यो फारममा हस्ताक्षर गरेर म बुझ्दछु कि मलाई यस आवेदनमा मद्दत गर्ने व्यक्तिलाई अपाङ्गता निर्धारण विक्रेता वा Colorado Department of Health Care Policy & Financing ले सम्पर्क गर्न सक्छ।

म प्रमाणित गर्दछु कि म यो अनुरोध स्वेच्छिक रूपमा गर्दैछु र मैले प्रदान गरेको जानकारी मेरो उत्तम ज्ञान अनुसार सही छ।

मिति:______________________

आवेदकको **हस्ताक्षर:** ____

अभिभावक, कानुनी संरक्षक, पावर अफ एटर्नी वा सो सरहको **हस्ताक्षर:** ______________________________

- आमाबाबु वा कानुनी अभिभावकले नाबालिग बच्चाको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्न सक्छन्।
- कानुनी अभिभावक, पावर अफ एटर्नी, वा सो सरहका व्यक्तिले वयस्कको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्न सक्छन्। कृपया कानुनी अभिभावक वा पावर अफ एटर्नीको स्थिति प्रमाणित गर्ने कागजातहरू उपलब्ध गराउनुहोस्।

चिकित्सा रकड फकवा फारम

व्यक्ति जसको रेकर्ड साझा गरिनेछ

नाम (पहिलो, बीचको, थर, प्रत्यय):	जन्मदिन (महिना/दिन/वर्ष):
सामाजिक सुरक्षा नम्बर:	☐ यदि तपाईं SSN प्राप्त गर्न योग्य हुनुहुन्न भने, वा, स्थापित धार्मिक आपत्तिको कारणले SSN लिन अस्वीकार गर्नुहुन्छ भने यहाँ चिन्ह लगाउनुहोस्।

आर्बर ई एन्ड टी, एलएलसी डिबिए एक्सन रिभ्यु ग्रुप (एआरजी) लाई जानकारी प्रकट गर्ने अनुमति

****कृपया हस्ताक्षर गर्नु अघि दुवै पृष्ठको सम्पूर्ण फारम पढ्नुहोस्****

म स्वेच्छिक रूपमा अनुमतिको अधिकार दिन्छु र प्रकटीकरणको अनुरोध गर्दछु (कागजी, मौखिक र इलेक्ट्रोनिक आदानप्रदान सहित):

के कुराको : मेरा सबै चिकित्सा रेकर्डहरू, शिक्षा रेकर्डहरू र कार्यहरू सम्पादन गर्ने मेरो क्षमतासँग सम्बन्धित अन्य जानकारीहरू (कागजी, मौखिक र इलेक्ट्रोनिक आदानप्रदान रेकर्डहरू सहित)। यसमा निम्न कुराहरू फुकुवा गर्ने विशिष्ट अनुमति समावेश छ:

१. **मेरो कमजोरी(हरू) को लागि मेरो उपचार, अस्पताल भर्ना, र बाह्य बिरामी हेरचाह सम्बन्धी सबै रेकर्ड र अन्य जानकारी जसमा निम्न कुराहरू समावेश छन् तर सीमित छैनन्**
   - मनोवैज्ञानिक, मानसिक वा अन्य मानसिक कमजोरी(हरू) (४५ सीएफआर १६४.५०१ मा परिभाषित "मनोचिकित्सा नोटहरू" बाहेक)
   - औषधिको दुरुपयोग, रक्सीको लत, वा अन्य पदार्थको दुरुपयोग
   - सिकल सेल एनेमिया
   - रेकर्डहरू जसले सरुवा वा नसर्ने रोगको उपस्थिति संकेत गर्न सक्छ; र एचआईभी/एड्स को लागि टेस्ट वा रेकर्डहरू
   - जीन सम्बन्धी कमजोरीहरू (आनुवंशिक परीक्षण परिणामहरू सहित)

२. **मेरो कमजोरी(हरू) ले मेरो दैनिक जीवनका कार्यहरू र गतिविधिहरू पूरा गर्ने क्षमतालाई कसरी असर गर्छ, र मेरो काम गर्ने क्षमतालाई कसरी असर गर्छ भन्ने बारे जानकारी।.**

३. **शैक्षिक परीक्षण वा मूल्याङ्कनका प्रतिलिपिहरू, व्यक्तिगत शैक्षिक कार्यक्रमहरू, त्रिवर्षीय मूल्याङ्कनहरू, मनोवैज्ञानिक र बोली मूल्याङ्कनहरू, र कार्यको मूल्याङ्कन गर्न मद्दत गर्ने अन्य कुनै पनि रेकर्डहरू; साथै शिक्षकहरूको अवलोकन र मूल्याङ्कनहरू।**

४. **यो अनुमति हस्ताक्षर गरिएको मिति पछिको १२ महिना भित्र सिर्जना गरिएको जानकारी, साथै विगतको जानकारी।**

को बाट

- **सबै चिकित्सा स्रोतहरू** (अस्पताल, क्लिनिक, ल्याब, चिकित्सक, मनोवैज्ञानिक, आदि) मानसिक स्वास्थ्य, सुधार गृह, दुर्व्यसन उपचार, र भीए स्वास्थ्य हेरचाह सुविधाहरू सहित
- सबै शैक्षिक स्रोतहरू (विद्यालय, शिक्षक, रेकर्ड प्रशासक, परामर्शदाता, आदि)
- सामाजिक कार्यकर्ता/पुनर्स्थापना परामर्शदाता
- एआरजी द्वारा प्रयोग गरिने परामर्श परीक्षकहरू
- रोजगारदाता, बिमा कम्पनीहरू, कामदारहरूको क्षतिपूर्ति कार्यक्रमहरू
- अन्य व्यक्तिहरू जसलाई मेरो अवस्थाको बारेमा थाहा हुन सक्छ
- (परिवार, छिमेकी, साथीहरू, सार्वजनिक अधिकारीहरू)

यो बक्स एआरजी द्वारा भरिनेछ (आवश्यकता अनुसार) विषय पहिचान गर्न थप जानकारी (जस्तै, प्रयोग गरिएका अन्य नामहरू), विशिष्ट स्रोत, वा प्रकट गरिने सामग्री:

को सामु मेरो केस प्रक्रिया गर्न अधिकार प्राप्त राज्य ठेकेदार, सम्झौता प्रतिलिपि सेवाहरू, र प्रक्रियाको क्रममा परामर्श गरिएका डाक्टरहरू वा अन्य पेशेवरहरू सहित। (साथै, अन्तर्राष्ट्रिय दाबीहरूको लागि, अमेरिकी विदेश मन्त्रालयको फरेन सर्भिस पोस्टलाई।)

उद्देश्य लाभहरूको लागि मेरो योग्यता निर्धारण गर्न, जसमा कुनै पनि कमजोरीहरूको संयुक्त प्रभावलाई हेरेर जुन आफैंमा एसएसए को अपाङ्गताको परिभाषा पूरा गर्दैन; र म त्यस्ता लाभहरू व्यवस्थापन गर्न सक्षम छु कि छैन। म बुझ्दछु कि मैले यो अनुमतिमा हस्ताक्षर गर्नु पर्दैन। यदि मैले यसमा हस्ताक्षर गरिन भने, म योग्य हुने लाभहरू, उपचार, र प्रदायक भुक्तानीहरू प्रभावित हुने छैनन्।

☐ म **लाभहरू मात्र व्यवस्थापन गर्न सक्षम** छु कि छैन भनी निर्धारण गर्न (यदि यो लागु हुन्छ भने मात्र चिन्ह लगाउनुहोस्)

कहिले समाप्त यो **अनुमति हस्ताक्षर गरिएको मितिबाट १२ महिनाको लागि मान्य** हुन्छ (मेरो हस्ताक्षर मुनि)।

- म माथि वर्णन गरिएको जानकारीको प्रकटीकरणको लागि यस फारमको प्रतिलिपि (इलेक्ट्रोनिक प्रतिलिपि सहित) को प्रयोगको अनुमति दिन्छु।
- म बुझ्दछु कि केही परिस्थितिहरू छन् जसमा यो जानकारी अन्य पक्षहरूलाई पुन: प्रकट हुन सक्छ र अब सुरक्षित नहुन सक्छ।
- मैले जुनसुकै बेला पनि यो अनुमति खारेज गर्न एआरजी र मेरा स्रोतहरूलाई लेख्न सक्छु (विवरणका लागि पृष्ठ ३ हेर्नुहोस्)
- यदि मैले मागेमा एआरजी ले मलाई यस फारमको प्रतिलिपि दिनेछ; मैले स्रोतलाई प्रकट गरिने सामग्रीको निरीक्षण गर्न वा प्रतिलिपि प्राप्त गर्न अनुमति दिन सोध्न सक्छु।
- **मैले यस फारमको दुवै पृष्ठ पढेको छु र सूचीकृत स्रोतहरूको प्रकारबाट माथिका प्रकटीकरणहरूमा सहमत छु।**

कृपया हस्ताक्षर **निलो वा कालो मसी मात्र प्रयोग गर्नुहोस्** **विवरण खुलाउन अनुमति दिने व्यक्ति**	**यदि विवरण खुलाउने मुख्य व्यक्तिद्वारा हस्ताक्षर नगरिएको भएमा,** हस्ताक्षर गर्ने अधिकारको आधार खुलाउनुहोस्: ○ नाबालकको आमा/बुबा ○ संरक्षक ○ अन्य व्यक्तिगत प्रतिनिधि (तल स्पष्ट पार्नुहोस्) यदि राज्यको कानुन अनुसार दुईवटा हस्ताक्षर आवश्यक भएमा आमाबुबा/संरक्षक/व्यक्तिगत प्रतिनिधिले **यहाँ हस्ताक्षर** गर्नुहोस्:
हस्ताक्षर गरिएको मिति	सडकको ठेगाना
फोन नम्बर (एरिया कोड सहित)	शहर राज्य जिप कोड
म यस फारममा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिलाई चिन्दछु वा यस व्यक्तिको पहिचानप्रति पूर्ण रूपमा विश्वस्त छु। **साक्षीको हस्ताक्षर**	फोन नम्बर (वा ठेगाना)
यदि आवश्यक भएमा, दोस्रो साक्षीले यहाँ हस्ताक्षर गर्नुहोस् (जस्तै: माथि "X" वा बूढी औंलाको छाप लगाइएको भएमा) **हस्ताक्षर**	फोन नम्बर (वा ठेगाना)

विवरण खुलाउने यो सामान्य तथा विशेष अनुमति पत्र स्वास्थ्य, शैक्षिक, र अन्य सूचनाहरू खुलाउने सम्बन्धी व्यवस्थाहरूको पालना गर्नका लागि तयार पारिएको हो, जुन P.L. 104-191 (“HIPAA”); 45 CFR Parts 160 र 164; 42 U.S. Code Section 290dd-2; 42 CFR Part 2; 38 U.S. Code Section 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code Section 1232g (“FERPA”); 34 CFR Parts 99 र 300; तथा राज्यको कानुन (State law) अन्तर्गत पर्दछन्।

यस फारमको व्याख्या

" आर्बर ई एन्ड टी, एलएलसी डिबिए एक्सन रिभ्यु ग्रुप (एआरजी) लाई जानकारी प्रकट गर्ने अनुमति"

तपाईंको दाबी प्रक्रिया अगाडि बढाउन आवश्यक जानकारी प्राप्त गर्न र भत्ता/सुविधाहरू व्यवस्थापन गर्ने तपाईंको क्षमता निर्धारण गर्न हामीलाई तपाईंको लिखित अनुमति चाहिन्छ। कानुन र नियमहरू अनुसार व्यक्तिगत जानकारीका स्रोतहरूले हामीलाई विवरणहरू उपलब्ध गराउनु अघि तपाईंको हस्ताक्षर गरिएको अनुमति पत्र प्राप्त गर्नु अनिवार्य हुन्छ। साथै, निश्चित स्वास्थ्य अवस्थाहरू र शैक्षिक स्रोतहरूबाट जानकारी प्राप्त गर्न कानुनले विशिष्ट अनुमतिको माग गर्दछ।

तपाईंले यस फारममा हस्ताक्षर गरेर यो अनुमति दिन सक्नुहुन्छ। संघीय कानुन ले तपाईंका सम्भावित सबै स्रोतहरूबाट सम्पूर्ण जानकारीहरू उपलब्ध गराउनका लागि एउटै अनुमति पत्रमा हस्ताक्षर गर्ने अनुमति दिन्छ। हामी प्रत्येक स्रोतका लागि यसको प्रतिलिपि बनाउनेछौं। कुनै पनि सम्बद्ध निकाय (अर्थात, तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी भएको स्रोत) ले तपाईंले यस अनुमति पत्रमा हस्ताक्षर गरे वा नगरेकै आधारमा तपाईंको उपचार, भुक्तानी, दर्ता, वा सुविधाहरूको योग्यतामा सर्त राख्न पाउने छैन। केही राज्यहरू र केही व्यक्तिगत जानकारीका स्रोतहरूले भने तपाईंले व्यक्तिगत जानकारी खुलाउन अनुमति दिनुभएको स्रोतको नाम स्पष्ट रूपमा उल्लेख भएको माग गर्दछन्। त्यस्ता अवस्थाहरूमा, हामी तपाईंलाई प्रत्येक स्रोतका लागि छुट्टाछुट्टै अनुमति पत्रमा हस्ताक्षर गर्न अनुरोध गर्न सक्छौं र थप अनुमति आवश्यक परेमा हामी तपाईंलाई पुनः सम्पर्क गर्न सक्छौं।

कुनै जानकारीको स्रोतले सो अनुमतिमाथि भर परेर कुनै कदम चालिसकेको अवस्थामा बाहेक, तपाईंसँग जुनसुकै बेला पनि यो अनुमति रद्द गर्ने अधिकार छ। रद्द गर्नका लागि, **आर्बर ई एन्ड टी, एलएलसी डिबिए एक्सन रिभ्यु ग्रुप (एआरजी)** लाई लिखित पत्र पठाउनुहोस्। यदि तपाईंले त्यसो गर्नुभएमा, तपाईंले जानकारी खुलाउन नचाहनुभएको आफ्ना सम्बन्धित स्रोतहरूलाई पनि सिधै एक प्रतिलिपि पठाउनुहोस्; तपाईंले हामीलाई नभन्नुभएका कुनै स्रोतहरू हामीले पहिचान गरेका छौं भने एआरजी ले तपाईंलाई जानकारी दिन सक्छ। तपाईंको अनुमति रद्द हुनु अघि खुलाइएका जानकारीहरूलाई एआरजी ले तपाईंको दाबीको निर्णय गर्न प्रयोग गर्न सक्छ।

'एक्जिक्युटिभ अर्डर १३१६६' (अगस्त ११, २०००) र 'अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको शिक्षा ऐन' अनुरूप अंग्रेजी भाषामा सीमित दक्षता भएका व्यक्तिहरूलाई उनीहरूको मातृभाषा वा उनीहरूले रुचाएको सञ्चारको माध्यममा सेवा प्रदान गर्नु एआरजी को नीति हो। एआरजी मा रहेका जानकारीहरू तपाईंलाई तपाईंको मातृभाषा वा तपाईंले रुचाएको भाषामा उपलब्ध गराइने कुरा सुनिश्चित गर्न एआरजी ले हरसम्भव उचित प्रयास गर्दछ।

गोपनीयता ऐनको वक्तव्य - व्यक्तिगत जानकारीको संकलन र प्रयोग संशोधित सामाजिक सुरक्षा ऐनको खण्डहरू २०५(a), २३३(d)(5)(A), १६१४(a)(3)(H)(i), १६३१(d)(l) र १६३१(e)(l)(A), [42 U.S.C. 405(a), 433(d) (5)(A), 1382c(a)(3)(H)(i), 1383(d)(l) र 1383(e)(l)(A)] ले हामीलाई यो जानकारी संकलन गर्ने अधिकार दिन्छन्। तपाईंले उपलब्ध गराउनुभएको जानकारी हामी तपाईंको योग्यता, सुविधाहरूको निरन्तरता, र प्राप्त सुविधाहरू व्यवस्थापन गर्ने तपाईंको क्षमता निर्धारण गर्न प्रयोग गर्नेछौं। तपाईंले दिने जानकारी ऐच्छिक हो। तथापि, माग गरिएको जानकारी उपलब्ध नगराउँदा तपाईंको दाबीमा सही र समयमै निर्णय गर्न बाधा पुग्न सक्छ र यसले सुविधाहरू अस्विकार वा खारेज हुन सक्छ।

हामी यस फारममा तपाईंले दिनुभएको जानकारी माथि उल्लेखित कारणहरू बाहेक अन्य प्रयोजनका लागि विरलै प्रयोग गर्दछौं। यद्यपि, हामी यसलाई सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमहरूको प्रशासन र निष्पक्षताका लागि प्रयोग गर्न सक्छौं। स्वीकृत नियमित प्रयोगहरू (routine uses) बमोजिम हामी अर्को व्यक्ति वा अन्य निकायलाई पनि जानकारी खुलाउन सक्छौं, जसमा निम्न कुराहरू समावेश छन् तर यतिमा मात्र सीमित छैनन्:

१. सामाजिक सुरक्षा सुविधाहरू र/वा कभरेजको अधिकार स्थापित गर्न कुनै तेस्रो पक्ष वा निकायलाई सहयोग गर्न;

२. हाम्रा अभिलेखहरूबाट जानकारी खुलाउनु पर्ने संघीय कानुनहरूको पालना गर्न (जस्तै: सामाजिक सुरक्षा लेखापरीक्षण/समीक्षा, पुनरावेदन);

३. उपलब्ध स्वास्थ्य अभिलेखहरूको आधारमा अपाङ्गताको मेडिकल निर्णयहरू गर्न।

हामी तपाईंले उपलब्ध गराउनुभएको जानकारी कम्प्युटर म्याचिङ कार्यक्रमहरू मा पनि प्रयोग गर्न सक्छौं। म्याचिङ कार्यक्रमहरूले हाम्रा अभिलेखहरूलाई अन्य संघीय, राज्य, वा स्थानीय सरकारी निकायहरूले राखेका अभिलेखहरूसँग तुलना गर्छन्। हामी यी कार्यक्रमहरूबाट प्राप्त जानकारी ती निकायहरूसँग व्यक्तिको हालको अपाङ्गता स्थिति स्थापित वा प्रमाणित गर्न प्रयोग गर्दछौं। तपाईंले हामीलाई दिनुभएको जानकारीको नियमित प्रयोगहरूको पूर्ण सूची एआरजी लाई सम्पर्क गरेर अनुरोध गर्दा प्राप्त गर्न सकिन्छ।

सामाजिक सुरक्षा प्रशासन द्वारा स्थापित मापदण्ड र नियमहरू अनुसार अपाङ्गताको स्तर र गम्भीरता निर्धारण गर्न मेडिकल रेकर्ड समीक्षा सेवाहरू प्रदान गर्न एआरजी Colorado's Department of Health Care Policy and Financing (HCPF) सँग साझेदार र सम्झौता

प्राप्त संस्था हो। तपाईंका अभिलेखहरू समीक्षा र लेखापरीक्षणका लागि HCPF लाई उपलब्ध छन्। यस कागजातमा उल्लेखित कानुन, नियम र विनिमयहरू HCPF मा पनि लागू हुन्छन्। एआरजी ले कुनै पनि Health First Colorado (Colorado's Medicaid program) वा मेडिकेयर सुविधाहरू वा कार्यक्रमहरू प्रदान वा निर्धारण गर्दैन।

कागजी कार्य न्यूनीकरण ऐनको वक्तव्य यो जानकारी संकलनले 'कागजी कार्य न्यूनीकरण ऐन १९९५' को खण्ड २ द्वारा संशोधित ४४ यु.एस.सी. § ३५०७ को आवश्यकताहरू पूरा गर्दछ। हाम्रो अनुमान अनुसार निर्देशनहरू पढ्न, तथ्यहरू संकलन गर्न र प्रश्नहरूको उत्तर दिन करिब १० मिनेट लाग्नेछ।

भरिएको फारम यस ठेगानामा पठाउनुहोस् वा लिएर आउनुहोस्: आर्बर ई एन्ड टी, एलएलसी डिबिए एक्सन रिभ्यु ग्रुप (एआरजी), पि.ओ. बक्स ३४०, ओलिफेन्ट, पिए १८४४७ वा यस नम्बरमा फ्याक्स गर्नुहोस्: ८७७-६७२-२०७७

तपाईं एआरजी लाई यस नम्बरमा फोन गर्न सक्नुहुन्छ: ८७७-२६५-१८४६ र इमेल गर्न सक्नुहुन्छ: actionreviewgroupmrt@arboret.com

तपाईंको भाषामा मद्दत

हेल्थ केयर पोलिसी एन्ड फाइनान्सिङ: १-८००-२२१-३९४३ (स्टेट रिले: ७११)	
Español	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
Tiếng Việt	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.
繁體中文	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。
한국어	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
Русский	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
አማርኛ	ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡
العربية	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.
Deutsch	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Français	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.
नेपाली:	ध्यान दिनुहोस्ः तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ ।
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
日本語	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
Oroomiffa	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama.
فارسی	**توجه**: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
Polski	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.