

정책자료 2008-12

장애인 근로능력 평가 도구 외국사례 연구

이 성 은 김 성 희

한국보건사회연구원

장애인 근로능력평가 도구 외국사례 연구

정책자료 2008-12

발행일	2008년 12월
발행인	김용하
발행처	한국보건사회연구원
주소	서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록인쇄처	1994년 7월 1일 (제8-142호) 대명기획(02-2263-1292)
가격	10,000원

© 한국보건사회연구원 2008

978-89-8187-569-5 93330

목 차

제1장 서론	5
제1절 연구의 필요성 및 목적	5
제2절 연구내용 및 방법	6
제3절 기대효과	6
제2장 장애인 근로능력 평가도구 외국사례	8
제1절 미국	8
제2절 호주	43
제3절 영국	57
제4절 뉴질랜드	64
제5절 프랑스	95
제6절 네덜란드	127
제7절 노르웨이	148
제8절 아일랜드	157
제9절 핀란드	169
제10절 스페인	188
제11절 스웨덴	205
제3장 외국사례를 통한 시사점	208
참고문헌	217
부 록	219

제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

우리나라는 '07년 12월 기준 등록 장애인 수가 210만여명으로 '97년 대비 약 5배로 급증하는 등 장애인구가 지속적으로 증가하고 있다. 또한 장애범주의 확대와 급격한 고령화, 산업화로 향후 장애인 수는 지속적으로 확대될 것으로 전망되고 있다. 이러한 장애유형 범주의 확대와 장애인 수의 증가에 따라 장애인의 복지욕구는 양적으로 확대될 뿐 아니라 질적으로 다양화되어 그에 따fms 장애인의 개별적 특성을 반영한 서비스 제공에 대한 중요성이 강조되고 있다.

복지욕구의 다양화에 따른 개별적, 맞춤형 서비스에 대한 관심이 증대됨에 따라 서비스 진입단계로서 장애판정체계의 객관화, 효율화에 대한 요구 역시 증대되고 있다. 현재 우리나라 장애인으로의 진입을 위한 장애판정은 의사 1인의 주관적, 의료적 판단에 전적으로 의존하고 있어 객관적이고 종합적인 판단체계가 갖추어져 있지 못한 실정이다. 즉 현행 장애범주는 특정 질환이나 특정 기능의 손상과 같은 의학적 요소를 중심으로 장애 등급 판정이 이루어지고 있다. 그러나 전 세계적으로 장애의 개념이 “의학적 손상”에서 “근로능력 상실”의 관점으로 전환되고 있으며 장애인을 수동적 서비스의 수혜자에서 적극적 사회구성원으로 바라보는 패러다임으로 변화함에 따라 장애판정에 있어 장애인의 근로능력에 대한 고려가 더욱 강조되고 있다.

그러나 우리나라의 현행 장애판정 체계 하에서는 장애연금을 비롯한 각종 서비스 수급자격 판정 시 소득활동 상실 또는 근로능력 손실 정도를 객관적으로 반영하지 못하고 있다. 즉 의학적 장애정도가 근로활동 시 업무 수행 상 장애정도와 일치하지 않을 수 있다는 점이 고려되지 않고 있어 장애연금 및 각종 서비스의 연계에 한계점을 가지고 있다. 이러한 상황에서는 장애판정체계의 서비스 대상 분별력이 약하여 직업적 욕구와 서비스 간 연계에 있어 서비스 과다, 누락 등의 비효율성이 초래될

수 있다.

앞으로 장애관련 서비스 신청자의 근로유인 및 직업재활이 강조됨에 따라 장애판정 시 근로능력을 고려할 필요성은 더욱 증대될 것이다. 따라서 근로현장에서 요구되는 기본적인 근로능력을 파악할 수 있는 객관적이고 종합적인 평가도구의 개발이 수반되어야 할 것이다. 우리나라와는 달리 미국, 유럽 등 서구 선진국에서는 장애판정 시 의료적 판단 외에 일상생활수행능력 및 근로능력을 장애판정 요인에 포함시키고 있다.

이에 본 연구의 목적은 선진 외국에서 사용하는 장애연금 및 장애 관련 서비스 신청자를 대상으로 한 장애인 근로능력 평가도구들을 참고하여 향후 우리 실정에 맞는 장애 판정 도구의 개선대안을 제시하고자 하는데 있다.

제2절 연구내용 및 방법

본 연구는 문헌검색을 통해 미국, 호주, 영국, 뉴질랜드, 프랑스, 네덜란드, 노르웨이, 아일랜드, 핀란드, 스웨덴과 같은 선진국들의 장애연금 및 장애서비스 관련 근로능력 평가 도구를 수집하였다. 장애연금 및 서비스와 관련된 구체적인 근로능력 평가도구 확보가 불가능할 경우 장애연금 및 서비스 신청서 양식을 참고하여 근로능력 관련 문항을 검토하였다. 수집한 자료 중 원어로 구성된 각국의 근로능력 평가 도구는 번역, 검토하여 우리나라 장애판정도구 개발을 위한 시사점을 도출하였다.¹⁾

제3절 기대효과

본 연구의 결과는 선진외국의 사례를 참조하여 객관적이고 표준화된 우리나라 장애인 근로능력 평가 도구 개발에 도움을 줄 것이다. 또한 현행 장애판정 체계에서 근로능력을 고려한 평가도구를 개발함으로써 직업재활과의 연계를 비롯하여 장애인

1) 미국 정신잔존능력평가, 호주 JCA, 영국 PCA는 변용찬 외(2008) 연구의 자료를 재사용하였음

의 복지 수요에 효율적으로 대응할 수 있는 서비스 전달체계 구현에도 기여할 것으로 본다.

제2장 장애인 근로능력 평가도구 외국사례

본 장에서는 장애연금 및 장애관련 서비스를 제공받기 위해 사용하는 미국, 호주, 스웨덴의 장애인 근로능력 평가도구를 제시하였다.

제1절 미국

1. 신체잔존능력평가 (Physical Residual Functional Assessment)

가. 제한

“자주”는 하루 8시간 근로시간의 3분의 1에서 3분의 2를 의미.

“가끔”은 하루 8시간 근로시간 중 아주 적음부터 3분의 1까지의 시간을 의미.

A. 활동제한

1. “가끔” 물건을 들고 옮기기(위로 끌기 포함)(최대)-3분의 1이하의 시간 또는 10 파운드 미만일 경우 6번 항목에서 양(시간/파운드)을 설명하시오.

- 10 파운드 미만
- 10 파운드
- 20 파운드
- 50 파운드
- 100 파운드 이상

2. “자주” 물건을 들고 옮기기(위로 끌기 포함)(최대)-3분의 1이하의 시간 또는 10 파운드 미만일 경우 6번 항목에서 양(시간/파운드)을 설명하십시오.

- 10 파운드 미만
- 10 파운드
- 20 파운드
- 50 파운드
- 100 파운드 이상

3. 서있기/ 걷기 (일반적인 휴식 포함) 총 :

- 하루 8시간 노동시간 중 2시간 미만
- 하루 8시간 노동시간 중 적어도 2시간
- 하루 8시간 노동시간 중 약 6시간
- 이동을 위해 손으로 잡는 보조기구 필요

4. 앉기 (일반적인 휴식 포함) 총 :

- 하루 8시간 노동시간 중 약 6시간 미만
- 하루 8시간 노동시간 중 약 6시간
- 반드시 주기적으로 통증이나 불편을 완화하기 위해 앉거나 서는 자세를 조정해야 함 (해당될 경우 6번 항목에서 설명하십시오).

5. 밀기/ 당기기 (손/발 보조기구 작동 포함)

- 무제한, 위에서 제시된 들기/옮기기를 제외한
- 상지부분 제한 (성격과 정도를 묘사하십시오)
- 하지부분 제한 (성격과 정도를 묘사하십시오)

6. 1번부터 5번까지 당신이 표시한 답변의 기반이 되는 구체적인 요인들에 대해 설명하십시오.

10 장애인 근로능력 평가 도구 외국사례 연구

B. 자세 제한

	자주	가끔	전혀
1. 경사로/계단/사다리/밧줄/발판 오르기			
2. 균형 잡기			
3. 구부리기			
4. 무릎 꿇기			
5. 웅크리기			
6. 기기			

7. 1번부터 6번까지 당신의 답변을 지지할 수 있는 증거들에 대해 설명하십시오. 당신이 내린 답변의 근거가 되는 구체적인 요인들에 대해 설명하십시오.

C. 손동작 제한

	제한됨	제한없음
1. 사방으로 뺨기 (머리위로 포함)		
2. 핸들링 (큰 손동작)		
3. 손가락 움직이기 (섬세한 손동작)		
4. 감각 (피부감각)		

5. 제한됨으로 표시한 동작들이 어떻게 손상되었는지 설명하십시오. 1번부터 4번까지 당신의 답변을 지지할 수 있는 증거들에 대해 설명하십시오. 당신이 내린 답변의 기반이 되는 구체적인 요인들에 대해 설명하십시오.

D. 시각 제한

	제한됨	제한없음
1. 근거리 시력		
2. 원거리 시력		
3. 거리 지각력		
4. 시력 적응력		
5. 색깔		
6. 시야		

7. 제한됨으로 표시한 동작들이 어떻게 손상되었는지 설명하십시오. 1번부터 4번까지 당신의 답변을 지지할 수 있는 증거들에 대해 설명하십시오. 당신이 내린 답변의 기반이 되는 구체적인 요인들에 대해 설명하십시오.

E. 의사소통 제한

	제한됨	제한없음
1. 듣기		
2. 말하기		

3. 제한됨으로 표시한 동작들이 어떻게 손상되었는지 설명하십시오. 1번부터 4번까지 당신의 답변을 지지할 수 있는 증거들에 대해 설명하십시오. 당신이 내린 답변의 기반이 되는 구체적인 요인들에 대해 설명하십시오.

F. 환경적 제한

	제한없음	집중된 노출 피함	약간의 노출도 피함	모든 노출 피함
1. 매우 추움				
2. 매우 더움				
3. 젖어있음				
4. 습기				
5. 소음				
6. 진동				
7. 연기, 악취, 먼지, 가스, 환기 안 됨				
8. 위험물(기계, 고지 등)				

9. 환경적 요소들이 당신의 활동을 어떻게 손상시키는지 그리고 피해야 할 위험요인들에 대해 설명하십시오. 1번부터 8번까지 당신의 답변을 지지할 수 있는 증거들에 대해 설명하십시오. 당신이 내린 답변의 기반이 되는 구체적인 요인들에 대해 설명하십시오.

나. 증상

신체적 제한을 가져오는 증상들과 Section (가)제한에서 언급되지 않은 증상들에 대해 설명하십시오.

12 장애인 근로능력 평가 도구 외국사례 연구

- A. 당신의 판단에 이 증상들은 의학적 손상에 기인한다.

- B. 당신의 판단에 증상의 정도나 기간은 신청자의 의학적 손상에 기반하여 기대되는 증상의 정도나 기간과 일치하지 않는다.

- C. 신청자나 그 외의 사람들에 의해 작성된 기록, 일상생활 활동, 일반적인 행동과 습관의 변형 등에 관한 관찰을 포함한 모든 의료적, 비의료적 증거를 고려할 때 당신의 판단에 증상의 정도와 기능에 미치는 영향을 일치한다.

다. 치료 또는 검사 기록

- A. 신청자의 신체적 능력에 관한 치료 또는 검사기록이 파일 안에 있습니까?
 - 예
 - 아니요

- B. “예”로 답했을 경우, 신청자의 제한점과 관련한 치료 또는 검사 기록의 결론이 당신이 내린 결론과 전혀 다른 것이 있습니까?
 - 예
 - 아니요

- C. “예”로 답했을 경우 왜 그런지 설명하십시오. (기록명과 날짜를 쓰시오)

라. 추가적 설명

여기에 기록된 결과들은 장애인판정의 의학적 부분을 완성한다.

의료자문관 서명

의료자문관 코드:

날짜:

2. 정신잔존능력평가 (Mental Residual Functional Capacity Assessment)

	별 제약이 없다	약간 제약이 있다	상당한 제약이 있다	제약의 증거 없음	평가 불가
A. 이해력과 기억력					
1. 위치와 작업 등 과정을 기억하는 능력					
2. 매우 짧고 간단한 지시를 이해하고 기억하는 능력					
3. 구체적 지시를 이해하고 기억하는 능력					
B. 지속적 집중과 인내					
4. 매우 짧고 단순한 지시 수행능력					
5. 구체적 지시를 수행하는 능력					
6. 많은 사람들에게 관심과 집중을 유지하는 능력					
7. 계획표에 따라 활동을 수행하고, 규칙적으로 출근하고, 일상적 범위 내에서 시간 엄수하는 능력					
8. 특별한 감독 없이 일상생활 유지 능력					
9. 타인에 의해 주의를 빼기지 않으면서 타인과 공조하거나 또는 가까이에서 일하는 능력					
10. 단순 작업 관련 결정을 수행하는 능력					
11. 심리적 증상으로 인한 중단 없이 일상적인 하루와 일주일 업무를 완성하고, 비합리적으로 휴식시간이 많거나 길지 않으면서 일정한 속도로 일을 수행하는 능력					
C. 사회적 상호작용					

14 장애인 근로능력 평가 도구 외국사례 연구

12. 일반 대중과 적절하게 상호작용하는 능력				
13. 단순한 질문을 묻거나 지원 요청 능력				
14. 지시를 수용하고 감독자의 비판에 적절하게 반응하는 능력				
15. 동료직원들의 주의를 산만하게 하거나 극단적 행위를 보여주지 않으면서 화합하는 능력				
16. 사회적으로 적절한 행위를 하고, 기본적으로 산뜻하고 깨끗한 외모를 유지하는 능력				
D. 적용				
17. 작업장 환경의 변화에 적절하게 반응하는 능력				
18. 일반 위해요소를 인식하고 적절한 주의를 취하는 능력				
19. 모르는 장소로 여행하거나 대중교통을 이용하는 능력				
20. 현실적 목표를 세우거나 타인과 독립적으로 계획을 세우는 능력				

3. 장애 신고서 – 성인용 – 서식 SSA-3368-BK

양식 작성 전, 본 정보를 모두 숙지하시기 바랍니다.

본 문서는 신청서가 아닙니다.

도움이 필요할 경우

본 양식과 관련하여 도움이 필요하십니까? 우선 스스로 가능한 최대의 양식을 작성하시면, 면담자가 나머지 부분을 도와드릴 것입니다. 만일 인터넷에 접속할 수 있다면, <http://www.socialsecurity.gov/disability/3368.index.htm>에서 장애 신고서 작성 도움말을 확인할 수 있습니다.

양식 작성 방법

귀하가 본 양식에 기록한 정보는 당국이 귀하의 장애 신청과 관련하여 장애 여부 판정을 실시하기 위해 사용됩니다. 가능한 많은 정보를 기록하시면 당국의 장애 판정에 도움을 주실 수 있습니다.

- 면담 약속 전, 본 양식을 가능한 최대로 작성합니다.
- 본 양식을 프린트 출력할 수 있습니다.
- **답란을 빈 칸으로 남겨두지 않습니다.** 답을 모르거나, 답이 없거나 혹은 해당 사항이 없을 경우 : “모름”, “없음”, “해당 없음”이라고 작성합니다.
- **4부에서, 각 공간에 오직 1인의 의사/병원/의원 정보만을 작성합니다.**
- 각 주소에는 우편번호까지 작성합니다. 각 전화번호에는 지역번호까지 작성합니다.
- **병원이나 의사에게 본 양식의 작성을 요청하지 마십시오.** 필요 시, 친구나 가족에게 도움을 요청하시기 바랍니다.
- 사무실 면담을 예약하신 경우, 본 양식을 전화 통화 전까지 모두 작성하시기 바랍니다.

- 사무실 면담을 예약하신 경우, 미리 통보 받으신 대로 본 양식을 지참해 방문하시거나 혹은 방문에 앞서 본 양식을 우편배송 하시기 바랍니다.
- “귀하”, “귀하의”, “장애인”이라는 호칭은 장애 보조금을 신청하시는 당사자를 지칭합니다. 다른 사람을 대리해 양식을 작성할 경우, 당사자에 대한 정보를 기록하시기 바랍니다.
- 질문에서 설명을 요청하거나 본인이 추가 정보를 알리고 싶을 경우, 해당 설명을 기술하십시오.
- 질문에 대한 답변 공간이 부족할 경우, “비고” 부분의 **9, 10** 페이지를 사용하시고, 답변한 질문의 번호를 함께 기록하시기 바랍니다.

귀하의 진료 기록서

장애 보조금을 신청하는 당사자의 진료 기록서나 처방전의 사본을 보관 중인 경우, 본 양식과 함께 우편에 부치거나 혹은 면담 시 지참하십시오. 또한 복용 중인 처방약도 함께 지참하시기 바랍니다. 관련 기록물의 반환을 원하실 경우 담당자에게 말씀하십시오. 사진 복사 후 원본을 돌려드릴 것입니다.

현재 보유하고 있지 않은 진료 기록서를 병원이나 의사에게 직접 요청할 필요는 없습니다. 당사자의 허가 하에, 담당자가 대신 요청해 드릴 것입니다. 해당 진료 기록서 등을 요청할 기관에 대한 정보를 담당자에게 알려 주시면 됩니다. 병원, 의사의 주소나 전화번호, 진료 일자 등이 기억나지 않을 경우, 전화번호부, 진료비 영수증, 처방전, 처방약병 등을 확인해 보십시오.

“장애”의 정의

사회보장제도에 의거 “장애”라 함은 일할 수 없는 “무능력함”을 의미합니다. 본 청구와 관련하여, “장애”는 귀하가 사회보장법령에 정의된 바와 같이 일할 수 없음을 뜻합니다. 만일 귀하가 적당한 일을 전혀 할 수 없으며 그러한 상태가 최소 1년간 지속 혹은 지속될 것으로 예상되거나, 그 결과 사망에 이르게 될 경우 귀하를 장애 상태로 간주합니다. 즉, “귀하는 언제부터 일할 수 없게 되었습니까?”라는 질문은 귀하가 사회보장법령에 정의된 바에 의거해 언제부터 장애 상태가 되었는가를 묻는 것입니다.

개인정보보호 및 문서작업감축 법령

사회보장국은 사회보장법령 205(a), 223(d), 1631(e)항에 의거 본 양식에 작성된 정보를 수집할 권한을 보유하고 있습니다. 사회보장국은 본 양식의 정보를 활용하여 청구자의 청구 건에 대한 결정을 실시합니다. 귀하는 자발적으로 본 양식에 정보를 제공하게 되나, 요청하는 정보 혹은 그 일부를 제공하지 않을 경우 청구자의 청구 건에 대한 정확하고 시기적절한 결정에 악영향을 미칠 수 있습니다. 귀하가 제공한 정보는 원칙적으로 청구자의 장애 판정을 제외한 기타 목적으로 사용되지 않으나, 다음 사항의 경우 사회보장국은 해당 정보를 공개할 수 있습니다. (1) 사회보장 보조금이나 혜택에 대한 권리를 수립하기 위해 제3자나 기타 기관이 사회보장국을 돕도록 하기 위해; (2) 연방법령에 의거 사회보장기록 정보의 공개가 요청될 경우 (회계검사원 및 재향군인국에 제출하는 등); (3) 사회보장 프로그램의 통합과 개선을 위한 통계조사 및 연구 활동에 필요한 경우 (사회보장국과의 협정에 의거 인구조사국에 제출하는 등).

또한 컴퓨터 기록 대조 작업 시 귀하가 제공한 정보가 이용될 수 있습니다. 대조 프로그램은 저희 기록과 기타 연방, 주, 지방 정부 기관의 기록을 비교하는 것을 말합

니다. 특정인이 연방정부가 지급하는 보조금에 적격인가 여부를 판단하기 위해 여러 정부 기관에서 대조 프로그램을 사용합니다. 관계 법령상, 귀하가 이에 동의하지 않더라도 저희는 이러한 대조 프로그램을 사용할 수 있습니다.

귀하가 제공한 정보가 이러한 대조 프로그램 및 기타 목적으로 사용 혹은 공개되는 사유를 사회보장 사무소에서 확인하실 수 있습니다. 가까운 사회보장 사무소에서 이와 관련된 보다 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

문서 작업 감축 법령: 정보 수집은 U.S.C 제 3507조 (1995년 문서 작업 감축 법령의 2부에 의해 수정)의 44항의 요건을 준수해 실시됩니다. 유효한 행정 사무국 및 예산통제번호가 표시되어 있지 않은 질문에는 대답하실 필요가 없습니다. 지침을 읽고 사실을 확인하며 질문에 답하는데 약 60분이 소요될 것으로 예상됩니다. 양식을 모두 작성하신 후 귀하의 인근 사회보장 사무소로 방문 혹은 우편 배송 해주시기 바랍니다. 가까운 사무소는 전화번호부의 미국 정부 기관 항목을 확인하시거나, 혹은 사회보장국 (1-800-772-1213)으로 전화 문의하시기 바랍니다. 예상 소요 시간과 관련된 의견은 'SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001'로 보내주시기 바랍니다. 작성한 양식에 관한 질문이 아니라, 오직 상기 표시된 작성 예상 시간에 관한 의견만 보내주시기 바랍니다.

본 페이지를 제거하고, 작성한 양식을 보내주시기 바랍니다.

성명: _____	본인과의 관계: _____
주소: _____	
연락가능 전화번호:(지역번호)(전화번호)	
도시 주 우편번호	
I. 영어를 읽고 이해할 수 있습니까?	J. 영어로 어느 정도 쓰기가 가능합니까?
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

2부. 귀하의 질병, 부상, 건강 상태 및 그에 따른 영향

A. 귀하의 일할 수 있는 능력을 저해하는 질병, 부상, 건강 상태 는 무엇입니까?
B. 귀하의 질병, 부상, 건강 상태가 귀하의 일할 수 있는 능력을 어떻게 저해합니까?
C. 귀하의 질병, 부상, 건강 상태가 고통 이나 기타 증상 을 야기합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
D. 귀하의 질병, 부상, 건강 상태가 언제 최초로 나타났습니까? ()년()월()일
E. 귀하의 질병, 부상, 건강 상태 때문에 언제부터 일할 수 없게 됐습니까? ()년 ()월 ()일
F. 일한 경력 이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 ('아니요'를 선택한 경우, 4부로 이동합니다.)
G. 귀하의 질병, 부상, 건강 상태가 최초 나타난 이후, 한번이라도 일한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
H. '예'를 선택한 경우, 귀하의 질병, 부상, 건강 상태가 다음 중 어떤 영향을 미쳤습니까? (해당 되는 사항을 모두 선택) <input type="checkbox"/> 일하는 시간의 감소 (이하 빈칸에 자세히 기술) <input type="checkbox"/> 일의 종류가 변화 (이하 빈칸에 자세히 기술) <input type="checkbox"/> 출근, 고용인, 도움 요청 등 일과 관련된 기타 변화 사항 (이하 빈칸에 자세히 기술)

I. 현재 일하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 ‘아니오’를 선택한 경우, 언제 일을 그만뒀습니까? ()년 ()월 ()일 J. 왜 일을 그만뒀습니까? _____ _____ _____

3부 - 귀하의 일에 대한 정보

A. 귀하의 질병, 부상, 건강 상태 때문에 일할 수 없게 되기 전 15년 동안의 모든 직업 경력을 기입해 주십시오.

직업명칭 (예시: 요리사)	사업형태 (예시: 레스토랑)	근무기간(년/월)		일일 근무시간	주당 근무시간	급여 (시간당, 일일, 주별, 월별, 연별)	
		부터	까지				

B. 가장 오래 일한 직업은 무엇입니까? _____

C. 해당 직업을 자세히 설명해 주십시오. 하루 종일 어떤 일을 하나요? (공간이 부족할 경우, ‘비고’부분에 기록합니다). _____

D. 해당 직업에서, 귀하는:

기계, 도구, 장비를 사용했습니까? 예 아니요

기술적 지식이나 기술을 사용했습니까? 예 아니요

보고서 작성, 문서 작성 등의 서류 작업을 했습니까? 예 아니요

22 장애인 근로능력 평가 도구 외국사례 연구

E. 해당 직업에서, 귀하는 하루 얼마의 시간 동안 다음 행동을 실시했습니까?

걷기: _____ 구부리기(허리 앞뒤로 굽히기): _____ 큰 물건을 잡거나 움직이기: _____
서 있기: _____ 무릎 꿇기(다리를 접어 무릎 굽히기): _____ 몸을 뺏기: _____
앉기: _____ 웅크리기(다리와 허리를 앞뒤로 굽히기): _____ 쓰기, 타이핑, 작은 물건 다루기: _____
오르기: _____ 기기(손과 무릎을 이동하기): _____

F. 물건을 옮기거나 이동시키기 (이동시킨 물건, 이동한 거리, 이동한 횟수를 설명해 주십시오). _____

G. 옮겨본 물건 중 가장 무거웠던 무게를 선택하십시오.

5kg 이하 5kg 10kg 25kg 50kg 이상 기타

H. 빈번하게 옮겼던 물건의 무게를 선택 하십시오 (근무시간 중 1/3~2/3 정도를 ‘빈번하게’라고 표현합니다).

5kg 이하 5kg 12.5kg 25kg 이상 기타

I. 해당 직업에서 다른 사람을 감독했습니까? 예 (아래 항목 작성) 아니요 (J로 이동)

감독한 인원 수: _____

감독 업무에 소요한 시간: _____

직원을 채용/해고했습니까? 예 아니요

J. 지도적 근로자 (관리직)이었습니까? 예 아니요

4부 - 귀하의 진료기록에 대한 정보

A. 귀하의 일할 수 있는 능력을 제한하는 질병, 부상, 건강 상태에 대한 **의사/병원/의원** 혹은 기타 전문가의 상담을 받은 적이 있습니까? 예 아니요

B. 귀하의 일할 수 있는 능력을 제한하는 감정적/정서적 문제에 대해 **의사/병원/의원** 혹은 기타 전문가의 상담을 받은 적이 있습니까? 예 아니요

상기 두 질문에 모두 “아니요”를 선택한 경우, 5부로 이동합니다.

C. 귀하의 진료 기록상 사용상 **다른 이름**이 있다면 모두 기록해 주십시오: _____

귀하의 진료 기록 혹은 질병, 부상, 건강 상태에 관한 정보를 누가 보관하고 있는가 알려주시기 바랍니다.

D. 각각의 **의사/HMO/치료사/기타 전문가**를 기입합니다. 다음 **예약일** 또한 기록합니다.

1.

성명:	일자
주소	최초 방문일
(도시) (주) (우편번호)	최종 방문일
전화번호 (지역번호)(전화번호)	환자ID (알고 있을 경우) 다음 예약일
방문사유:	
받은 치료:	

24 장애인 근로능력 평가 도구 외국사례 연구

2.

성명:	일자
주소	최초 방문일
(도시) (주) (우편번호)	최종 방문일
전화번호 환자ID (알고 있을 경우) (지역번호)(전화번호)	다음 예약일
방문사유:	
받은 치료:	

의사/HMO/치료사/기타

3.

성명:	일자
주소	최초 방문일
(도시) (주) (우편번호)	최종 방문일
전화번호 환자ID (알고 있을 경우) (지역번호)(전화번호)	다음 예약일
방문사유:	
받은 치료:	

공간이 부족할 경우, 9부의 '비고'란을 이용하십시오.

E. 각각의 병원/의원을 기록합니다. 다음 예약일 또한 기록합니다.

1.

병원/의원	방문형태	일자	
성명:	<input type="checkbox"/> 입원	입원일	퇴원일

	(최소 하룻밤 머무름)		
주소	<input type="checkbox"/> 외래 방문	최초 방문일	최종 방문일
(도시) (주) (우편번호)	(당일 귀가 조치)		
전화번호	<input type="checkbox"/> 응급실 방문	방문일	
(지역번호)(전화번호)			

다음 방문일: _____ 귀하의 병원/의원의 의료기관 번호: _____

방문사유: _____

받은 치료: _____

해당 병원/의원에서 정기적으로 검진 받은 의사의 형태: _____

병원/의원

2.

병원/의원	방문형태	일자	
		입원일	퇴원일
성명:	<input type="checkbox"/> 입원 (최소 하룻밤 머무름)		
주소	<input type="checkbox"/> 외래 방문	최초 방문일	최종 방문일
(도시) (주) (우편번호)	(당일 귀가 조치)		
전화번호	<input type="checkbox"/> 응급실 방문	방문일	
(지역번호)(전화번호)			

26 장애인 근로능력 평가 도구 외국사례 연구

다음 방문일: _____ 귀하의 병원/의원의 의료기관 번호: _____

방문사유: _____

받은 치료: _____

해당 병원/의원에서 정기적으로 검진 받은 의사의 형태: _____

공간이 부족할 경우, 9부의 '비고'란을 이용하십시오.

F. 귀하의 진료 기록 혹은 질병, 부상, 건강 상태에 관한 정보를 기타 전문가가 보관하고 있거나 (산업재해보험, 보험회사, 감옥, 변호사, 복지단체 등) 혹은 전문가를 만나기로 예정되어 있습니까?

예 (이하 정보를 기입) 아니요

성명:	일자
주소	최초 방문일
(도시) (주) (우편번호)	최종 방문일
전화번호 환자ID (알고 있을 경우) (지역번호)(전화번호)	다음 예약일
청구번호(필요 시):	
방문 사유:	

공간이 부족할 경우, 9부의 '비고'란을 이용하십시오.

5부 - 약물 치료

귀하의 질병, 부상, 건강 상태와 관련해 최근 **약물 치료**를 받았습니까? 예 아니요
 “예”를 선택한 경우, 다음 사항을 작성해 주십시오 (필요 시 약명을 확인).

약물 명칭	처방 약의 경우, 처방 의사의 성명	처방 사유	경험한 부작용

공간이 부족할 경우, 9부의 ‘비고’란을 이용하십시오.

6부 - 검사

귀하의 질병, 부상, 건강 상태와 관련해 **의료 검사**를 받았거나, 향후 받을 예정이
 있습니까? 예 아니요 (“예”를 선택한 경우, 다음 사항을 작성해 주십시오)
 필요 시, 대략적인 검사 일자를 기록합니다.

검사종류	검사일 혹은 검사 예정일	검사 장소 (검사 시설의 명칭)	검사를 권고한 전문가
EKG (심장 검사)			
트레드밀 (운동 검사)			
심장도관술			
생검: (해당 신체 부위 명칭)			
청력 검사			
말하기/언어 검사			
시력 검사			
IQ 검사			
EEG (뇌파 검사)			
HIV 검사			
혈액 검사(HIV 검사 제외)			

4. 의료증명서 (Medical Source Statement)

사회복지행정부
장애판단 및 검토실

인증양식
OMB No.0960-0662

근로 관련 활동 능력에 대한 의료 증명서 (신체 건강)

당사자 성명: _____ 사회 보험 번호: _____
본 증명서는 당사자의 지속적인 근로 관련 활동 능력을 판단하기 위함입니다. 이하 각 활동에 대한 귀하의 의견을 기술해 주십시오:

본 양식에서 이하 용어의 의미는 다음과 같습니다:

- **지속적**이라 함은 주 5일, 1일 8시간 혹은 그에 상응하는 기간을 의미.
- **때때로**라 함은 매우 드물게~특정 시간대의 1/3 정도의 빈도를 의미.
- **빈번하게**는 특정 시간대의 1/3~2/3 정도의 빈도를 의미.
- **계속적**은 특정 시간대의 2/3 이상을 의미.

당사자의 연령과 습관은 제한 사항 평가 시 고려하지 않습니다. 특정 의료/임상 발견 사실을 능력의 제한 평가와 연관시키는 것이 중요합니다. 귀하 평가의 유용성 여부는 이러한 연관성에 좌우됩니다.

가. 들기/옮기기

당사자가 들 수 있는 중량과 그 빈도에 표시합니다.

들기	없음	때때로	빈번하게	계속적
A. 최대 5kg				
B. 5~10 kg				
C. 10~25 kg				
D. 25~50 kg				

당사자가 옮길 수 있는 중량과 그 빈도에 표시합니다.

들기	없음	때때로	빈번하게	계속적
A. 최대 5kg				
B. 5~10 kg				
C. 10~25 kg				
D. 25~50 kg				

귀하의 평가나 제한 사항을 뒷받침하는 요소 (신체검사 결과, X-레이 결과, 연구 발견 사실, 병력, 통증 등의 증상)를 설명합니다:

양식 HA-1151-BK (06-2006) ef (8-2006) 이전 버전 폐기

나. 앉기/서기/걸기

당사자가 얼마나 오래 동안 다음 행동을 할 수 있는가 시간으로 표시합니다. (1시간 미만일 경우 분으로 표시)

중단 없이 한 번에

	분	시간							
A. 앉기		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
B. 서기		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
C. 걸기		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

8시간 근무 시간 중 총

	분	시간							
A. 앉기		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
B. 서기		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
C. 걸기		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

총 앉기/서기/걸기 시간이 균등하지 않거나 8시간을 초과할 경우, 8시간의 나머지 시

간 동안 당사자는 어떠한 행동을 합니까?

당사자가 거동하는 데 지팡이가 필요합니까? 예 아니요

“예”인 경우, 다음 사항을 기록 합니다:

- 지팡이를 사용하여 당사자가 얼마나 멀리 이동할 수 있습니까? _____
- 지팡이의 사용이 의학적으로 필요합니까? 예 아니요
- 지팡이 없이, 당사자가 손을 사용해 자유롭게 작은 물건을 사용할 수 있습니까?
 예 아니요

귀하의 평가나 제한 사항을 뒷받침하는 요소 (신체검사 결과, X-레이 결과, 연구 발견 사실, 병력, 통증 등의 증상)를 설명 합니다:

다. 손의 사용

당사자가 다음 활동을 얼마나 자주 할 수 있는가 표시합니다.

활동	오른손					왼손			
	없음	때때로	빈번하게	계속적		없음	때때로	빈번하게	계속적
뺨기 (머리 뒤로)									
뺨기 (기타 방향)									
만지기									
튀기기									
더듬기									
밀기/당기기									

당사자가 주로 사용하는 손은? 오른손 왼손

귀하의 평가나 제한 사항을 뒷받침하는 요소 (신체검사 결과, X-레이 결과, 연구

발견 사실, 병력, 통증 등의 증상)를 설명합니다.

라. 발의 사용

당사자가 다음 활동을 얼마나 자주 할 수 있는가 표시합니다.

활동	오른발				왼발			
	없음	때때로	빈번하게	계속적	없음	때때로	빈번하게	계속적
발 조절 움직임								

귀하의 평가나 제한 사항을 뒷받침하는 요소 (신체검사 결과, X-레이 결과, 연구 발견 사실, 병력, 통증 등의 증상)를 설명 합니다.

마. 자세 움직임

당사자가 다음 활동을 얼마나 자주 할 수 있습니까?

활동	없음	때때로	빈번하게	계속적
계단, 경사 오르기				
사다리, 발판 오르기				
균형 유지				
허리 굽히기				
무릎 굽히기				
웅크리기				
기기				

귀하의 평가나 제한 사항을 뒷받침하는 요소 (신체검사 결과, X-레이 결과, 연구 발견 사실, 병력, 통증 등의 증상)를 설명 합니다.

바. 특정 손상이 청구인의 시력이나 청력에 영향을 미칩니까?

아니요 예 평가되지 않음

“예”인 경우, 다음 질문에 대해 주십시오 (필요 시).

1. 청력 손상이 존재할 경우,

a. 당사자가 단순한 구두 지시를 듣고 이해하며, 단순한 정보를 의사소통 할 수 있는 능력을 보유하고 있습니까? 예 아니요

b. 당사자가 전화를 사용해 의사소통 할 수 있습니까? 예 아니요

2. 시력 손상이 존재할 경우,

a. 당사자가 작업장 내 일상적인 위험물 (바닥에 놓인 상자, 열린 문, 다가오는 사람이나 차량)을 피할 수 있습니까? 예 아니요

b. 당사자가 아주 작은 활자를 읽을 수 있습니까? 예 아니요

c. 당사자가 일반적인 신문이나 인쇄물을 읽을 수 있습니까? 예 아니요

d. 당사자가 컴퓨터 화면을 볼 수 있습니까? 예 아니요

e. 당사자가 나사, 볼트, 너트 등과 같은 작은 물건의 형태와 색상을 구분할 수 있습니까? 예 아니요

귀하의 평가나 제한 사항을 뒷받침하는 요소 (신체검사 결과, X-레이 결과, 연구 발견 사실, 병력, 통증 등의 증상)를 설명 합니다:

사. 환경적 제한

당사자가 다음 요건에 얼마나 자주 노출될 수 있습니까?

요건	없음	때때로	빈번하게	계속적
보호되지 않는 높이				

기계 부품의 운반				
차량 운전				
습도				
먼지, 냄새, 연기, 기타 호흡기 자극 물질				
극심한 추위				
극심한 더위				
진동				
기타: (설명)				

요건	조용함 (도서관)	약간 시끄러움 (사무실)	시끄러움 (막히는 도로)	매우 시끄러움 (골짜크 소음)
소음				

귀하의 평가나 제한 사항을 뒷받침하는 요소 (신체검사 결과, X-레이 결과, 연구 발견 사실, 병력, 통증 등의 증상)를 설명 합니다:

아. 오직 청구인의 신체적 손상에 근거해, 이하 해당되는 박스에 표시해 주 십시오.

활동	예	아니요
당사자가 쇼핑 등의 활동을 할 수 있습니까?		
당사자가 도우미 없이 여행할 수 있습니까?		
당사자가 휠체어, 보행기, 지팡이 없이 거동할 수 있습니까?		
당사자가 울퉁불퉁한 지표면을 합당한 속도로 한 블로 이상 걸을 수 있습니까?		
당사자가 일반적인 대중교통을 이용할 수 있습니까?		
당사자가 단일 난간을 이용해 합당한 속도로 어느 정도의 계단을 오를 수 있습니까?		
당사자가 스스로 간단한 음식을 조리해 먹을 수 있습니까?		

당사자가 개인위생에 신경을 씁니까?		
당사자가 서류/파일을 정리, 취급, 사용합니까?		

(서술식 보고서를 첨부하지 않은 경우) 귀하의 평가를 뒷받침하는 의학적 사실을 설명해 주십시오:

자. 특정 손상에 의해 영향 받은 기타 근로 활동을 설명하고, 어떻게 해당 활동이 영향을 받았는가 명시합니다. 그러한 평가를 뒷받침 하는 의학적 사실은 무엇입니까?

차. 상기 제한 사항은 오직 현재 제한 사항과 관련된 귀하의 의견으로 간주됩니다. 그러나 귀하가 과거의 제한 사항과 관련해 충분한 수준의 의학적/신체적 가능성에 근거한 의견을 보유할 경우, 그러한 과거 제한사항이 최초 언제 나타났다고 생각하십니까?

카. 상기 귀하가 발견한 제한 사항이 지난 연속된 12개월간 지속됐거나, 혹은 향후 12개월간 지속되리라 생각됩니까? 예 아니요

서명:

일자:

의료 전문가의 성명, 직책:

개인정보보호:

사회보장국은 사회보장법령 205(a), 223(d), 1614(a)(3)(H)(I), 1631(d)(1)항에 의거 본

양식에 작성된 정보를 수집할 권한을 보유하고 있습니다. 사회보장국은 본 양식의 정보를 활용하여 청구인의 청구 건에 대한 결정을 실시합니다. 귀하는 자발적으로 본 양식에 정보를 제공하게 되나, 요청하는 정보 혹은 그 일부를 제공 하지 않을 경우 청구인의 청구 건에 대한 정확하고 시기적절한 결정에 악영향을 미칠 수 있습니다. 귀하가 제공한 정보는 원칙적으로 청구인의 장애 판정을 제외한 기타 목적으로 사용되지 않으나, 사회보장 프로그램과 관련하여 혹은 연방법령상 사회보장국과 기타 정부 기관 간 정보 교환이 필요한 경우에 한해 해당 정보를 제 3자나 기타 정부 기관에 공개할 수 있습니다.

귀하가 제공한 정보가 기타 목적으로 사용 혹은 공개되는 사유를 사회보장 사무소에서 확인하실 수 있습니다. 가까운 사회보장 사무소에서 이와 관련된 보다 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

문서 작업 감축 법령:

정보 수집은 U.S.C 제 3507조 (1995년 문서 작업 감축 법령의 2부에 의해 수정)의 44항의 요건을 준수하여 실시됩니다. 유효한 행정 사무국 및 예산통제번호가 표시돼 있지 않은 질문에는 대답하실 필요가 없습니다. 지침을 읽고 사실을 확인하며 질문에 답하는데 약 15분이 소요될 것으로 예상됩니다. 예상 소요 시간과 관련된 의견은 ‘SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001’로 보내주시기 바랍니다. 작성한 양식에 관한 질문이 아니라, 오직 상기 표시된 작성 예상 시간에 관한 의견만 보내주시기 바랍니다.

5. 의료증명서 (Medical Source Statement)

사회복지행정부
장애판단 및 검토실

인증양식
OMB No.0960-0662

근로 관련 활동 능력에 대한 의료 증명서 (정신 건강)

당사자 성명: _____ 사회 보험 번호: _____

지침:

당사자가 근로 관련 활동을 지속적으로 수행할 능력이 있는지 저희가 판단하는데 도움을 주십시오. “지속적”이라 함은 근로 관련 활동을 주 5일, 1일, 8시간, 혹은 그에 상응하는 기간 동안 수행함을 의미 합니다 (SSR 96-98p). 귀하의 의견은 진료 기록, 임상/실험실 발견, 진단, 진단 및 치료, 예후에 근거해야 합니다.

이하 각 활동과 관련하여, 당사자가 해당 활동을 수행할 능력이 있는가 질문에 답해 주십시오. 이때, 다음 용어를 확인하고 해당 항목에 표시합니다.

- 없음 - 제한이 없거나 최소한임. 제한 사항이 존재할 경우, 이는 경미하거나 신체적 스트레스의 반작용으로 예상됨.
- 가벼움 - 해당 영역에 가벼운 수준 이상의 제한이 존재하지만, 당사자는 여전히 만족할만한 수준의 기능을 보임.
- 현저함 - 해당 영역에 심각한 제한이 존재하며, 그에 따라 효과적인 기능 수행이 감소됨.
- 극심함 - 해당 영역에 매우 중대한 제한이 존재하며, 해당 영역의 기능을 수행하기 위한 능력이 없음.

귀하의 평가를 뒷받침하기 위해서는 상기 요소의 설명이 매우 중요합니다. 저희는 귀하의 평가가 어느 정도 뒷받침 되는가 고려할 의무를 부담합니다.

(1) 지시를 이해, 기억, 수행할 능력에 손상이 영향을 미쳤습니까? 아니요 예
 “아니요”라면 2번 질문으로. “예”인 경우, 이하 업무 관련 정신 활동과 관련된 당사
 자의 제한 정도를 설명해 주십시오.

	없음	가벼움	중간	현저함	극심함
단순 지시를 이해 및 기억	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
단순 지시를 수행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
단순 업무 관련 의사결정을 판단할 능력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
복잡한 지시를 이해 및 기억	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
복잡한 지시를 수행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
복잡한 업무 관련 의사결정을 판단 할 능력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하의 평가를 뒷받침하는 요소 (특정 의료 징후나 연구 발견 사실, 기타 사항 등)
 를 설명:

양식 HA-1151-U3 (06-2006) ef (09-2006) 이전 버전 폐기

(2) 감독자, 동료, 사람들과 적절히 상호작용하고, 일상적인 업무의 변경에 대응할
 수 있는 능력에 손상이 영향을 미쳤습니까? 아니요 예
 “아니요”라면 3번 질문으로 이동. “예”인 경우 이하 업무 관련 정신 활동과 관련된
 당사자의 제한 정도를 설명해 주십시오.

	없음	가벼움	중간	현저함	극심함
사람들과 적절히 상호작용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
감독자와 적절히 상호작용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
동료들과 적절히 상호작용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
일상 업무 및 그 변경 상황에 적절히 대응	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

귀하의 평가를 뒷받침하는 요소 (특정 의료 징후나 연구 발견 사실, 기타 사항 등)를 설명:

(3) 손상에 의해 영향 받은 기타 능력이 존재합니까? 아니요 예

귀하의 평가를 뒷받침하는 요소 (특정 의료 징후나 연구 발견 사실, 기타 사항 등)를 설명:

(4) 상기 제한 사항은 오직 현재 제한 사항과 관련된 귀하의 의견으로 간주됩니다. 그러나 귀하가 과거의 제한 사항과 관련해 충분한 수준의 의학적/신체적 가능성에 근거한 의견을 보유할 경우, 그러한 과거 제한사항이 최초 언제 나타났다고 생각하십니까? _____

(5) 알코올/약물 중독과 관련된 청구인의 손상이 상기 설명된 청구인의 제한 사항에 영향을 미쳤습니까? 그렇다면 청구인이 해당 알코올/약물 중독에서 완전히 벗어날 경우 귀하의 답변이 어떻게 변경될지 설명해 주십시오.

(6) 당사자가 지급된 보조금을 최선의 방법으로 사용할 수 있습니까? 아니요 예

서명:

일자:

의료 전문가의 성명, 직책:

개인정보보호:

사회보장국은 사회보장법령 205(a), 223(d), 1614(a)(3)(H)(I), 1631(d)(1)항에 의거 본 양식에 작성된 정보를 수집할 권한을 보유하고 있습니다. 사회보장국은 본 양식의 정보를 활용하여 청구자의 청구 건에 대한 결정을 실시합니다. 귀하는 자발적으로 본 양식에 정보를 제공하게 되나, 요청하는 정보 혹은 그 일부를 제공 하지 않을 경우 청구자의 청구 건에 대한 정확하고 시기적절한 결정에 악영향을 미칠 수 있습니다. 귀하가 제공한 정보는 원칙적으로 청구인의 장애 판정을 제외한 기타 목적으로 사용되지 않으나, 사회보장 프로그램과 관련하여 혹은 연방법령상 사회보장국과 기타 정부 기관 간 정보 교환이 필요한 경우에 한해 해당 정보를 제 3자나 기타 정부 기관에 공개할 수 있습니다.

귀하가 제공한 정보가 기타 목적으로 사용 혹은 공개되는 사유를 사회보장 사무소에서 확인하실 수 있습니다. 가까운 사회보장 사무소에서 이와 관련된 보다 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

문서 작업 감축 법령:

정보 수집은 U.S.C 제 3507조 (1995년 문서 작업 감축 법령의 2부에 의해 수정)의 44항의 요건을 준수하여 실시됩니다. 유효한 행정 사무국 및 예산통제번호가 표시돼 있지 않은 질문에는 대답하실 필요가 없습니다. 지침을 읽고 사실을 확인하며 질문에 답하는데 약 15분이 소요될 것으로 예상됩니다. 예상 소요 시간과 관련된 의견은 ‘SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001’로 보내주시기 바랍니다. 작성한 양식에 관한 질문이 아니라, 오직 상기 표시된 작성 예상 시간에 관한 의견만 보내주시기 바랍니다.

제2절 호주

1. 근로능력평가보고서(JOB CAPACITY ASSESSMENT REPORT)

신청자 인적사항

구직자 ID CRN

이름

생년월일 성

거주지 주소

의뢰내용

의뢰기관

평가사유 의뢰날짜

의뢰자

첨부기록

평가신청자의 선호언어

특별 면접 요구사항

평가사항

평가기관(코드와 전화 등)

평가자(전공분야, 부전공분야)

평가지원자(전공분야, 부전공분야)

평가장소

평가날짜

평가유형(일대일 면접, 전화, 혹은 기타)

통역언어

평가신청자에게 공지사항을 알려주었나?(예/아니요)

의학적 조건

신청자가 특별한 의학적 조건을 가지고 있는가?(예/아니요)

의학적 조건 1

지속기간

치료내용

출처

의학적 조건 1

지속기간

치료내용

출처

만약 일시적인 의학적 조건들로 인해 신청자가 일주일에 8시간 이상 어떠한 프로그램에 참여하기 어렵다면, 예상지속기간을 기입하십시오.

신청자의 의학적 조건들은 실질적인 지원 없이 대중교통을 이용하는 것이 (어렵다/어렵지 않다)

전문가 평가

전문가 인적사항

전문가 평가 의뢰날짜

손상(impairment)

* 장애연금(DSP) 신청자나 갱신자 등에 한해서만 기입함. 각 손상에 대해 기입

영구적 상태 1

손상표 등급

기능적 영향

종합적 손상 등급

지원 필요 이유

영구적 상태 1

손상표 등급

기능적 영향

종합적 손상 등급

지원 필요 이유

신청자가 호주에 거주한지 10년 미만인가 (예/아니요)

신청자가 “지속적인 근로불능상태” 인가 (예/아니요)

신청자의 “지속적인 근로불능상태”는 호주에서 발생하였나?(예/아니요), 만약 아니라면 자세한 내용을 기입하십시오.

장벽(barriers)

최근에 생긴 장벽들(barriers)을 심각성이나 중요도 순으로 기입하십시오

장벽 :

어떻게 발생하였나?

장벽 :

어떻게 발생하였나?

지원요구사항

지원요구기간 : (필요 없음/6~12개월간/12~24개월간/24개월 이상)

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> 타인과의 상호작용 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 적절한 행동을 유지하기 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 직업과 관련한 스트레스와 압력에 대처하기 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 새로운 과제를 배우기 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 학습한 관계를 유지하기 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 과제에 집중하기 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 자기관리하기 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 작업과제를 신체적으로 완수하기 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 안전하게 이동하기 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 타인과 의사소통하기 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 부적절한 언어사용에 대한 통제 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 지시를 이해하고 따르기 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 근로능력을 형성하기 | 지원요구기간: |
| <input type="checkbox"/> 직업탐색 활동하기 | 지원요구기간: |

고용유지하기 지원요구기간:

신청자는 노동시장에서 취업하기 위해 임금보조가 (필요하다/필요하지 않다)
요구되는 지원의 수준에 근거해볼 때 신청자는 전문가를 통한 장애인 고용의 개입
이 (필요하다/필요하지 않다)

만약 필요하다면, 신청자는

- 직업재활
- 장애인 고용 네트워크
- 사업체 알선에 적합하다 (적절한 조치에 체크)

근로능력(Work Capacity)

근로능력의 범위 : 일주일에 0~7시간/일주일에 8~14시간/일주일에 15~22시간/일주일에 23~29시간/일주일에 30시간 이상

의학적 증병에 의한 단기간(3개월 미만)의 조건이 신청자의 근로능력을 제한할 수 있는 예상지속기간 :

근로능력 일주일에 시간 부터 까지

만약 근로능력이 일시적으로 감소된다면(3개월 이상이나 24개월 미만일 경우) 예상
지속시간

근로능력 일주일에 시간 종료일:

근로능력이 일시적으로 감소되지 않을 때 근로능력의 기지선(base line)

현재 근로능력 일주일에 시간 종료일

근거 :

적합 직업 :

예시 :

개입이 없을 경우 향후 24개월내 근로능력 일주일에 시간

근거 :

개입이 있을 경우 향후 24개월내 근로능력 일주일에 시간

근거 :

적합 직업 :

예시 :

주요한 개입(mainstreaming intervention)이 있을 경우 향후 24개월 내 근로능력

* 주요한 개입이 적용되는 근로능력은 장애연금 신청자/갱신자/이의제기자에게만 요구된다.

일주일에 시간

근거 :

적합 직업 :

예시 :

평가 요약

평가가 성공적으로 완수됨(예/아니요)

만약 성공적이지 않다면 이유를 지적하십시오 : 신청자가 참석하지 않음/신청자가 평가에 참여하기를 거절함/신청자의 건강상의 이유/신청자의 개인적 이유/평가자사정
신청자의 상황, 신청자에 대한 발견 점에 대한 일반적 요약과 소견:

이 보고서는 신청자에게 공개된다면 신청자의 건강에 편파적인 내용이 될 정보를 가지고 있다/가지고 있지 않다.

만약에 있다면 이유는 _____

신청자의 개인적 요인은 그의 근로능력, 일자리를 찾아보고 획득할 수 있는 능력에 전혀 영향을 미치지 않는다/조금 영향을 미친다/중간 정도 영향을 미친다/많이 영향을 미친다

근거:

개입

중요도 순으로 신청자에 대한 각 개입을 작성하십시오.

개입 :

기대되는 결과/향상 :

개입 :

기대되는 결과/향상 :

의뢰

만약 어떠한 의뢰도 없다면 :

이 신청자는 어떠한 프로그램에서도 효과를 볼 수 없을 것으로 판단됨

이유 : 이미 프로그램에 참여 중/능력이 거의 없음/기타

의뢰소건 :

- 고용 네트워크
- 장애인 고용 네트워크
- 직업재활
- 양육지원수당
- 청년교육수당
- 사업체 알선

근로능력 계정(Job Capacity Account)을 위한 추천 :

지원 유형	시작일	종료일
근로능력개정 제공기관		
이 신청자는 다음의 서비스 제공기관에 의뢰되었음		

의뢰일	방문예정일	방문예정시간

다음의 의뢰는 이루어지지 못했음

프로그램 :

이유 :

대기예약 시간표

평가자는 다음의 프로그램도 추천함

서비스 제공자는 다음의 프로그램을 예약할 수 있음

프로그램 : 시간표

프로그램 : 시간표

프로그램 : 시간표

2. 장애 연금 수혜자 판정을 위한 의학적 평가 보고서의 내용

Part A : 현재의 평가 (Current Assessment)

1. 평가 날짜
2. 평가의 유형 : 면접, 전화, 파일 평가, 파일 검토
3. 평가를 완료할 수 있었는지의 여부와 미완료시 이유
4. 이 평가를 위한 추가적인 정보의 기입
(예 : 신청자의 긍정적 태도, 기존의 치료 혹은 기능향상 프로그램, 교육, 훈련 정보, 기능에 영향을 미칠 수 있는 사회문화적, 심리사회적 문제 등)
5. 다른 출처로부터의 정보
(예 : 청력 검사, 지능 검사 등, 혹은 신청인의 상황을 분명하게 하기 위해 미리 상담한 다른 전문가와의 접촉 등)

Part B : 의료적 정보 (Medical details)

각 의학적 조건별로 보고서를 작성함.

의학적 조건 1

- A. 조건명
- B. 임상기록과 검진(병력, 증상, 정도, 검진결과, 빈도, 통증관리, 치료조건, 예후 등)
- C. 신청인의 기능에 미치는 영향(앉기/서기/움직이기, 인내력, 의사소통, 인지기능, 자기관리능력, 일상생활에서의 지원의 필요성, 집중 수발에 대한 필요성, 치료의 부정적 영향 등을 구체적으로 기술)
- D. ‘기능할 수 있는 능력’에 대해 주치의와의 일치 여부
- E. 조건의 근로관련 손상 기입
(장애연금을 위한 근로관련 손상 평가표에서의 항목으로 근로능력에 대한 영향력을 기술할 것)

F. 조건의 기능적 영향은 일시적/영구적(영구적일 경우 손상 등급 기록)

G. 조건 재검진 일시

의학적 조건 2 (기입내용은 동일함).

의학적 조건 3

Part C : 근로/훈련 능력(Capacity for work/training)

▣ 어떠한 개입 프로그램(예: 직업적, 직업 전 혹은 교육 프로그램 등) 없이도 일할 수 있는 능력에 대해 평가하십시오

근로능력	현재	6개월 이내	6~24개월 이내	24개월 이후
일주일에 0~7시간				
일주일에 8~14시간				
일주일에 15~29시간				
일주일에 30시간 이상				

근로유형 - 평가코드를 보고 기입하십시오

추천할 수 있는 근로유형

근로능력과 추천 근로유형에 대한 근거를 기입하십시오

■ 개입 프로그램(예: 교육 프로그램, 직업훈련, 혹은 OJT 등) 지원 시 일할 수 있는 능력에 대해 평가하십시오

근로능력	현재	6개월 이내	6~24개월 이내	24개월 이후
일주일에 0~7시간				
일주일에 8~14시간				
일주일에 15~29시간				
일주일에 30시간 이상				

근로유형 - 평가코드를 보고 기입하십시오

추천할 수 있는 근로유형

근로능력과 추천 근로유형에 대한 근거를 기입하십시오

■ 장애와 관련된 개입 프로그램(예 : 직업재활, 장애인 고용 서비스 등) 지원 시 일할 수 있는 능력에 대해 평가하십시오

근로능력	현재	6개월 이내	6~24개월 이내	24개월 이후
일주일에 0~7시간				
일주일에 8~14시간				
일주일에 15~29시간				
일주일에 30시간 이상				

근로유형 - 평가코드를 보고 기입하십시오

추천할 수 있는 근로유형

--

근로능력과 추천 근로유형에 대한 근거를 기입하십시오

--

■ 신청인이 호주에 거주 하였습니까?

10년 이상/ 10년 미만일 경우 호주에서 장애가 발생하였는지의 여부 체크

Part D : 경제, 사회적 참여에 대한 장벽

신청인이 경제, 사회적 활동에 참여할 수 있는 능력에 영향을 미칠 수 있는 모든 의미 있는 장벽들을 기입하십시오.

우선순위	코드	내용	근거
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Part E : 개입활동

신청인에게 적절한 개입을 기입하십시오

우선순위	코드	내용	근거	시작시점		
				3개월 이내	3~12개월	12개월이후
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part F : 지원에 대한 추천

- 신청인의 경제, 사회적 참여를 향상시키기 위해 어떠한 유형의 지원이 가장 적합한지 체크하십시오. 자조활동-근로(공식적 지원 없음)
- 자조활동-근로하지 않음(공식적 지원 없음)
- 교육(예: 고교졸업, 자격증과정, 학위과정 등)
- 직업 전 지원(예: 자조그룹, 인성개발, 개별지원 프로그램 등)
- 직업훈련(예: 전자, 용접, 사무자동화 등)

- 자원봉사
- 정규 고용지원
- OJT
- 직업재활지원
- 장애인 고용지원(고용 시 지속적인 지원을 제공)
- 약물 및 알콜 지원(개별지원, 그룹프로그램, 시설입소 등)
- 기타 지역/국가기관의 지원
- 프로그램의 참여로 어떤 효과로 볼 수 없음(사유 기입)

■ 신청인과 개입의 종류와 관련하여 지금/3개월 후/6개월 후 상의하는 것이 바람직함. (연기할 경우 사유 기입)

■ 개입 프로그램에 대한 신청인의 관심이 어느 정도인지 평가하시오
전혀 없다 최소한도 중간정도 실제 참여가능

Part I : 부가적 정보

■ 이 평가를 통해 구체적으로 명시되지 않은 정보가 있다면, 신청인의 상황에 대한 전반적인 요약과 소견을 기술하시오

▣ 만약 이 보고서의 내용이 신청인에게 공개된다면 신청인의 신체적, 정신적 건강에 유해한 내용을 가지고 있습니까? (예/ 아니요 - ‘예’일 경우 사유 기입)

평가자 인적사항 _____

	의학적 평가자	건강 전문가
이름		
소속기관		
주소		
지위		
자격		
전화번호 ()		()
팩스번호 ()		()
이메일		
서명		
날짜		

제3절 영국

1. 개인능력평가(Personal Capability Assessment)

각 활동에 대한 문항과 배점

등받이만 있고 팔걸이가 없는 수직 의자에 앉기	배점
a. 편안하게 앉아 있지 못하는 경우	15
b. 움직이지 않고 10분 이상 계속 편안히 앉아 있지 못하는 경우	15
c. 움직이지 않고 30분 이상 계속 편안히 앉아 있지 못하는 경우	7
d. 움직이지 않고 1시간 이상 계속 편안히 앉아 있지 못하는 경우	3
e. 움직이지 않고 2시간 이상 계속 편안히 앉아 있지 못하는 경우	0
f. 앉아 있는데 아무런 문제가 없는 경우	0
타인의 도움 없이 등받이만 있고 팔걸리가 없는 수직 의자에 앉은 자세에서 일어서기	배점
a. 앉은 자세에서 일어서지 못하는 경우	15
b. 어떤 것을 붙잡지 않고는 일어서지 못하는 경우	7
c. 가끔은 어떤 것을 붙잡지 않고는 일어서지 못하는 경우	3
d. 앉은 자세에서 일어서는 데 아무런 문제가 없는 경우	0
무릎을 구부리고 쪼그리기	배점
a. 무릎을 손으로 닿을 정도로 구부렸다가 다시 펴지 못하는 경우	15
b. 바닥의 종이를 주을 때처럼 무릎을 구부렸다가 다시 펴지 못하는 경우	15
c. 가끔 바닥의 종이를 주을 때처럼 무릎을 구부렸다가 다시 펴지 못하는 경우	3
d. 무릎을 구부리거나 쪼그리는데 문제가 없는 경우	0
다른 사람의 도움이나, 다른 도구(앉을 때 필요한 지팡이는 제외)를 사용하지 않고 서 있음	배점

a. 도움 없이는 설 수 없는 경우	15
b. 1분 이상 서 있지 못하고 앉아야 하는 경우	15
c. 10분 이상 서 있지 못하고 앉아야 하는 경우	15
d. 30분 이상 서 있지 못하고 앉아야 하는 경우	7
e. 10분 이상 서 있지 못하고 주위로 움직여야 하는 경우	7
f. 30분 이상 서 있지 못하고 주위로 움직여야 하는 경우	3
g. 서 있는데 아무런 문제가 없는 경우	0
지팡이 또는 정상적으로 사용되는 다른 보행 보조 장구를 이용하여 평지를 걸음	배점
a. 전혀 걸을 수 없는 경우	15
b. 멈추지 않고 몇 걸음 걷지 못하거나 또는 심하게 곤란한 경우	15
c. 멈추지 않고 50 미터 이상 걷지 못하거나 또는 심하게 곤란한 경우	15
d. 멈추지 않고 200 미터 이상 걷지 못하거나 또는 심하게 곤란한 경우	7
e. 멈추지 않고 400 미터 이상 걷지 못하거나 또는 심하게 곤란한 경우	3
f. 멈추지 않고 800 미터 이상 걷지 못하거나 또는 심하게 곤란한 경우	0
g. 보행에 아무런 문제가 없는 경우	0
계단 오르고 내리기	배점
a. 한 계단도 오르내리지 못하는 경우	15
b. 12 계단을 오르내리지 못하는 경우	15
c. 계단 옆 난간을 잡고 휴식을 취하지 않은 상태에서 12 계단을 오르내리 지 못하는 경우	7
d. 계단 옆 난간을 잡지 않고는 12 계단을 오르내리지 못하는 경우	3
e. 옆으로 오르내리거나 또는 한 번에 한 계단씩 밟지 않고는 12 계단을 오 르내리지 못하는 경우	3
f. 계단을 오르내리는 데 아무런 문제가 없는 경우	0
손의 기민성	배점
a. 어떤 손으로도 책 페이지를 넘기지 못하는 경우	15

b. 어떤 손으로도 마개를 따거나 요리기구의 손잡이를 조절 못하는 경우	15
c. 어떤 손으로도 직경 2.5cm 이하의 동전을 줍지 못하는 경우	15
d. 연필이나 펜을 사용하지 못하는 경우	15
e. 줄이나 끈으로 상자를 묶지 못하는 경우	10
f. 한 손으로는 마개를 따거나 요리기구의 손잡이를 조절하지만 다른 손으로는 하지 못하는 경우	6
g. 한 손으로는 직경 2.5cm 이하의 동전을 주울 수 있지만 다른 손으로는 하지 못하는 경우	6
<u>h. 손의 기민성에 아무런 문제가 없는 경우</u>	<u>0</u>
팔 뺨기	배점
a. 코트나 자켓의 윗 주머니에 무언가를 넣기 위하여 어떤 팔도 들지 못하는 경우	15
b. 모자를 쓸 때 어떤 팔도 들어 머리에 가져가지 못하는 경우	15
c. 코트나 자켓을 입을 때 어떤 팔도 등 뒤로 가져가지 못하는 경우	15
d. 어떤 팔도 머리 위까지 들어 올리지 못하는 경우	15
e. 한 팔로 모자를 쓸 때처럼 머리까지 팔을 들어 올리지 못하지만 다른 팔로는 할 수 있는 경우	6
f. 한 팔로는 머리 위까지 들어 올리지 못하지만 다른 팔로는 할 수 있는 경우	0
<u>g. 팔을 뺨는 데 아무런 문제가 없는 경우</u>	<u>0</u>
상체와 팔을 이용해 들거나 옮기기	배점
a. 어떤 손으로도 책을 들지 못하는 경우	15
b. 어떤 손으로도 0.5리터의 우유가 들어 있는 우유팩을 들지 못하는 경우	15
c. 어떤 손으로도 가득 담아 있는 손잡이가 달린 냄비나 1.7리터의 주전자를 들어서 붓지 못하는 경우	15
d. 어떤 손으로도 2.5kg의 감자가 들어 있는 가방을 들어 옮기지 못하는 경우	8

우	
e. 0.5리터의 우유가 들어 있는 우유팩을 한손으로는 들어 옮기지만 다른 손으로는 하지 못하는 경우	6
f. 2.5kg의 감자가 들어 있는 가방을 한 손으로는 들어 옮기지만 다른 손으로는 하지 못하는 경우	0
g. 들어다 옮기는 동작에 아무런 문제가 없는 경우	0
<hr/>	
안경 또는 보조기기를 사용하여 낮 또는 밝은 조명기구 아래에서 보기	배점
a. 어두운 곳에서 빛을 인식할 수 없는 경우	15
b. 방에서 가구의 형태를 알아보지 못하는 경우	15
c. 20cm 이상의 거리에서 16 포인트로 작성된 복사물을 읽지 못하는 경우	15
d. 5미터 밖이나, 방 건너에 있는 친구의 모습을 잘 인식하지 못하는 경우	12
e. 15미터 밖이나, 길 건너에 있는 친구의 모습을 잘 인식하지 못하는 경우	8
f. 보는 데 아무런 문제가 없는 경우	0
<hr/>	
말하기	배점
a. 말을 하지 못하는 경우	15
b. 가족이나 친구들도 말하는 내용을 이해하지 못하는 경우	15
c. 처음 대하는 사람들이 말의 내용을 이해하지 못하는 경우	15
d. 처음 대하는 사람들이 말의 내용을 이해하는 많은 어려움이 있는 경우	10
e. 처음 대하는 사람들이 말의 내용을 이해하는데 가끔 어려움이 따르는 경우	8
<hr/>	
f. 말을 하는데 아무런 문제가 없는 경우	0
<hr/>	
보청기 또는 다른 보조기기를 사용하여 듣기	배점
a. 전혀 들을 수 없는 경우	15
b. 텔레비전의 소리를 높혀도 충분히 듣지 못하여 프로그램을 이해하지 못하는 경우	15
c. 조용한 방에서 큰 소리로 이야기해도 알아듣지 못하는 경우	15
d. 조용한 방에서 보통의 목소리로 이야기해도 충분히 알아듣지 못하는 경우	10

e. 복잡한 거리에서 정상적인 목소리로 이야기하면 알아듣지 못하는 경우	8
f. 알아듣는데 아무런 문제가 없는 경우	

걷는 동안 간질 발작 또는 이와 유사한 발작 없이 의식이 유지됨	배점
a. 적어도 하루에 한 번은 의식의 소실이나 변화가 무의식적으로 나타나는 경우	15
b. 적어도 일주일에 한 번은 소실이나 변화가 자기의도와 무의식적으로 나타나는 경우	15
c. 적어도 한 달에 한 번은 의식의 소실이나 변화가 무의식적으로 나타나는 경우	15
d. 적어도 6개월에 두 번은 의식의 소실이나 변화가 무의식적으로 나타나는 경우	12
e. 적어도 6개월에 한 번은 의식의 소실이나 변화가 무의식적으로 나타나는 경우	8
f. 지난 3년간 한 번의 의식 소실이나 변화가 무의식적으로 나타나는 경우	0
g. 의식에 아무런 문제가 없는 경우	0

실금 (야뇨증 제외)	배점
a. 대장의 자발적 조절이 안 되는 경우	15
b. 방광의 자발적 조절이 안 되는 경우	15
c. 적어도 일주일에 한 번은 대장 조절의 소실이 있는 경우	15
d. 적어도 한 달에 한 번은 대장 조절의 소실이 있는 경우	15
e. 가끔 대장 조절의 소실이 있는 경우	9
f. 적어도 한 달에 한 번은 방광 조절의 소실이 있는 경우	3
g. 가끔 방광 조절의 소실이 있는 경우	0
h. 실금에 대한 아무런 문제가 없는 경우	0

정신건강 문항

일의 완성도	배점
a. 전화응답이나 메시지를 신뢰성 있게 받지 못하는 경우	2
b. 흔히 아무것도 하지 않고 몇 시간씩 앉아 있는 경우	2
c. 잡지를 읽거나 라디오를 듣거나 또는 텔레비전을 볼 때에 집중하지 못하는 경우	1
d. 전화번호를 찾기 위해 전화번호부나 다른 안내책자를 사용하지 못하는 경우	1
e. 정신적인 상태로 인해 예전에 즐겼던 레저 활동을 하지 못하는 경우	1
f. 낮은 집중력 때문에 가정용 기구나 다른 위험한 기구의 위험성을 간과하거나 잊어버리는 경우	1
g. 지난 3개월 동안 흥분 또는 망각 때문에 위험한 사고가 초래된 경우	1
h. 지속적인 격려가 있어야 집중력이 유지되는 경우	1
일상생활	배점
a. 아침에 일어나 옷을 입는데 독려가 필요한 경우	2
b. 오전 중에 샤워가 필요한 경우	2
c. 감정의 기복으로 인해 빈번하게 낮 시간에 여러 번 비탄해 하는 경우	1
d. 자신의 모습이나 살아가는 환경에 대해 신경을 쓰지 않는 경우	1
e. 수면 문제로 낮 시간의 일이 방해받을 받는 경우	1
스트레스 대처	배점
a. 정신적 스트레스가 일을 중단하게 만드는 한 원인이 되었던 경우	2
b. 아무 이유 없이 자주 겁을 먹거나 공포감을 느끼는 경우	2
c. 피로와 스트레스가 심하다고 본인이 생각하여 일상적 활동을 회피하는 경우	1
d. 일상적인 일의 변화에 잘 대처하지 못하는 경우	1
e. 피로, 무력감 또는 무관심 등으로 인해 자주 많은 일들을 포기하는 경우	1
f. 일이 자신의 병을 더 악화시킬 것이라는 두려움이나 불편함이 있는 경우	1
다른 사람들과의 관계	배점

a. 다른 사람의 도움 없이 자신을 돌보지 못함.	2
b. 일상적으로 일어나는 일에 분노하며 그로 인해 부적절한 행동적 문제를 유발하는 경우	2
c. 정신적 문제로 다른 사람과 교제하는 능력에 결함이 있는 경우	2
d. 질병 전에는 지루하게 느껴지지 않았던 일들이 이제는 화가 나게 되는 경우	1
e. 매일 6시간 이상 혼자 있는 것을 좋아하는 경우	1
f. 너무 무서워하여 혼자서 나가는 것을 무서워 하는 경우	1

자료 : 최진(2001)

제4절 뉴질랜드

Work & Income

질병 보조금
장애 보조금
청소년가장 보조금
(질병)

보건 의료인 안내서

안내서

본 팸플릿의 목적

본 팸플릿은 Work & Income에 질병 보조금, 청소년가장 보조금(질병), 환자 보조금을 신청한 자와 관련하여 보건 의료인이 해당 의료 증명서를 작성할 수 있도록 단계적으로 설명해주는 안내서입니다.

본 팸플릿을 활용해 증명서와 관련된 자신의 의문점과 또한 자신의 응답을 Work & Income이 어떻게 해석 하는가 이해할 수 있습니다.

목차

의료 증명서란

의료 증명서의 작성자

의료 증명서의 작성일

보조금이란

질병보조금

적격자

청소년 가장 보조금 (질병)

적격자

환자 보조금

적격자

의료 증명서

자격 부여에 요구되는 질문

“부수적” 질문

일의 정의

의료 증명서 작성

개인정보

수혜자 번호

성명

주소

(질문 1) 당사자가 귀하의 환자 기록부에 등록된 환자입니까?

(질문 2) 관련 정보를 최적으로 제공할 수 있다고 생각하는 사람이 누구입니까?

2차 의견 및 담당 의사

전문가 의견 혹은 심사

임신

(질문 3/ 질문 4) 임신 정보

임신 합병증

(질문 5/ 질문 6) 일할 수 없는 기간

질병, 부상, 장애

(질문 7) 당사자의 일할 수 있는 능력에 영향을 미치는 주된 _____ 는 무엇입니까?

READ 코드

잠정적 진단

ACC 관련 요건

(질문 8) ACC 번호

입원

(질문 9) 당사자가 입원 중입니까?

치료 및 중재

(질문 10) 당사자가 이러한 임상 상태와 관련하여 현재 치료를 받고 있습니까?

(질문 11) 당사자가 일하도록 도울 수 있는 다른 중재 방법이 있습니까?

일할 수 있는 능력에 미치는 영향

(질문 12) 상기 요건이 당사자의 일할 수 있는 능력에 어떻게 영향을 미치는가?

(질문 13) 당사자가 언제 무능력 상황을 탈피할 수 있는가:

직업 계획

교육훈련

단순/선택 업무

시간제 근무

전일 근무

(질문 14~17) 무능력 기간, 심각성, 실명

(질문 18) 언제부터 일할 수 없게 되었는가?

(질문 19) 재심사 일자

의견

(질문 20) 당사자의 진단이나 일할 수 있는 능력과 관련하여 Work & Income이 귀하에게 연락하길 바랍니다가?

(질문 21) 의견

보건 의료인 정보

정보 제공에 대한 동의

진료일과 증명서 작성일

추가 정보 및 추가 사본

의료 증명서란

Work & Income 의료 증명서는 보조금 담당자가 신청인의 보조금 자격을 판단하는데 필요한 정보를 제공하며, 또한 신청인이 어느 부문에 근로 계획을 세우고 있는지 결정하는데 도움을 줍니다.

본 증명서는 신청인의 건강 상태 및 그러한 건강 상태가 일할 수 있는 능력 혹은 근로 계획에 어떠한 영향을 미치는가 확인하는데 사용되며, 또한 신청인이 무능력자가 될 시기를 예측하는데 활용합니다.

의료 증명서의 작성자

의료 증명서는 오직 등록된 의료인 혹은 치과의사만이 작성 가능합니다.

신청인의 무능력이 임신과 관련된 경우 조산원이 작성할 수 있습니다.

의료 증명서를 작성하는 자는 반드시 뉴질랜드 내 의료 활동이 가능토록 등록된 자이어야 하며, 또한 유효한 개업증명서를 보유해야 합니다. 보건 의료인과 함께 의료 활동을 실시하지만 등록되지 않은 학생 혹은 의료인은 본 의료 증명서를 작성할 수 없습니다.

의료 증명서의 작성일

신청인이 질병 보조금, 청소년가장 보조금(질병), 환자 보조금 등의 신청을 희망하거나 혹은 귀하가 그 자격 충족 여부를 인지한 경우, 가능한 조속히 의료 증명서를 작성합니다.

보조금이란

본 의료 증명서에 의거 지급되는 보조금

본 의료 증명서는 다음 보조금의 지급에 사용됩니다.

- 질병 보조금
- 청소년가장 보조금(질병)
- 환자 보조금

상기 보조금은 신청인의 소득에 따라 지급됩니다.

신청인은 또한 이하 거주 기준을 충족해야 합니다 :

- 뉴질랜드에 일상적으로 거주하는 뉴질랜드 시민 혹은 영구 거주자
- 뉴질랜드 시민이나 영구 거주자 자격을 획득한 후, 최소 2년 이상 뉴질랜드에 실제 거주

상기 거주 조건을 충족시키지 못하는 자일지라도, 질병 보조금 (생활보조금) 등의 신청 자격을 충족할 수 있습니다.

질병 보조금

질병 보조금은 질병, 임신, 부상, 장애로 인해 일할 수 없게 된 사람들에게 지급되는 수입 보조금입니다.

적격자

질병 보조금의 자격 요건:

- 질병, 부상, 장애 (임신 포함)로 인해 주당 30시간 이상 일할 수 없는 수준으로 무능력
- 최소 18세 이상
- 거주 요건을 충족
- 수입 검사를 충족

신청인이 16세 혹은 17세일 경우 혼인을 했거나, 혹은 사실혼 관계로서 1인 이상의 자녀를 보유해야 합니다. 미혼의 16세 혹은 17세로써 임신한 자나 공인된 재활 프로그램에 참가 중인 자 또한 질병 보조금 자격을 획득할 수 있습니다.

청소년 가장 보조금 (질병)

청소년 가장 보조금 (질병)은 청소년 가장으로써 질병, 임신, 부상, 장애로 인해 일할 수 없게 된 사람들에게 지급되는 수입 보조금입니다.

적격자

청소년 가장 보조금의 자격 요건:

- 16세 혹은 17세로써 자녀를 보유하지 않음
- 부모의 도움 없이 생활할 수 없으며, 또한 부모나 기타 사람으로부터 재정적 지원을 받을 수 없음 (참고: 신청인이 집에서 살 수 없거나 부모의 도움을 받을 수 없는 실질적인 사유가 존재해야 함)
- 질병, 부상, 임신, 장애로 인해 일시적으로 일할 수 없음
- 거주 요건을 충족
- 수입 검사를 충족

환자 보조금

환자 보조금은 질병, 임신, 부상, 장애로 인해 그 일할 수 있는 능력이 영구적으로
혹은 심각하게 제한된 사람들에게 지급되는 수입 보조금입니다.

적격자

환자 보조금의 자격 요건:

- 16세 이상
- 영구 실명 (시력 1/20 이하 혹은 양측 주시점상 시야 범위가 최대 5도로 수축)
- 사고나 선천적 건강 상태로 인한 질병, 부상, 장애 때문에 일할 수 있는 능력이 심각하게 제한됨 (개방 임용제에서 정기적으로 주당 15시간 이상을 일할 수 없음)
- 다음 사항 중 하나에 해당
 - 영구 장애 (2년 이상 장애 지속) 혹은
 - 예상 수명이 2년 이하이며, 개방 임용제에서 정기적으로 주당 15시간 이상을 일할 수 없음
- 거주 요건을 충족
- 수입 검사를 충족

의료 증명서

의료 증명서는 몇 가지 양식으로 작성이 가능합니다. 손으로 작성하는 양식은 Work & Income의 보건 및 장애 담당자 혹은 인근 Work & Income 서비스 센터에서 구할 수 있습니다.

자격 부여에 요구되는 질문

보조금 지급 자격을 부여하기 위해, 보조금 담당자는 다음 사항에 관한 충분한 정보를 보유해야 합니다.

- 진단
- 당사자의 일할 수 있는 능력에 미치는 영향
- 그러한 영향의 예상 지속 기간

질병 보조금이나 청소년 가장 보조금 (질병)의 경우, 당사자는 다음 사항을 증명하는 의료 증명서를 제출해야 합니다 :

- 질병, 부상, 장애가 신청자의 일할 수 있는 능력에 영향을 미침
- 질병, 부상, 장애의 속성
- 신청자의 일할 수 있는 능력에 영향을 끼친 정도
- 그러한 영향의 예상 지속 기간

(의료 증명서가 요구되는) 환자 보조금의 경우, 의료인이나 심리학자는 당사자가,

- 그 일할 수 있는 능력이 영구적으로 혹은 심각하게 제한되었는가, 혹은
- 영구 실명했는지에 대해,

(혹은 그러한 주장이 의심되는지에 대해) 전문가 의견을 통해 증명해야 합니다.

의료 증명서상 전문가 의견의 기초가 되는 근거를 명시하고, 당사자의 질병, 부상, 장애의 영구성이나 심각성 (혹은 양자 모두)을 검토한 일자를 표시합니다.

보조금 담당자는 의료 증명서에 제공된 모든 정보를 검토해 당사자가 질병 보조금이나 환자 보조금의 적격자인지 판단하게 됩니다.

“부수적” 질문

질문 10과 11은 오직 직업 계획과 연관된 질문으로써 자격 부여와 관련되지 않으므로, 반드시 작성해야 할 필요는 없습니다. 그러나 보조금 담당자는 해당 질문의 답변을 활용하여 당사자의 직업 경로를 고려합니다. 따라서 해당 질문에 답변 시, 당사자를 직업 계획에 초대할 것인가에 대한 보조금 담당자의 결정에 도움을 줄 수 있습니다.

의료 증명서 작성 시, 당사자의 동의하에 질문 10과 11에 답변을 해 주시길 권고하는 바입니다.

일의 정의

보조금 자격이 부여되려면, 당사자가 반드시 그 일할 수 있는 능력에 영향을 미치는 질병, 부상, 장애를 보유해야 합니다.

Work & Income이 정의하는 “일”이란, 당사자가 익숙한 직업 혹은 당사자가 수행할 수 있으리라 합당하게 예상되는 기타 형태의 업무를 의미합니다.

환자 보조금의 경우, “일”이란 개방 임용제를 의미합니다. 개방 임용제는 당사자의 질병이나 능력 약화에 대응해 고용 조건이 변경될 수 있는 보호 고용을 제외한 기타 모든 고용제도를 뜻합니다.

다음과 같은 경우 일할 수 없는 사람으로 간주합니다.

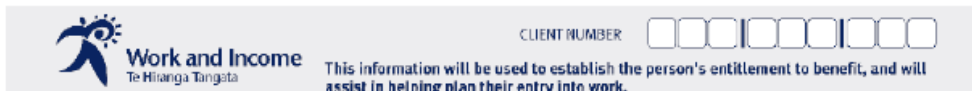
- 현재 직업을 수행하는 것이 의학적으로 불가능하고 조속히 정상으로 복귀할 수 없으며, 또한 일시적으로 대체 일을 수행하는 것 또한 기대할 수 없는 경우

- 일의 복귀가 당사자의 건강에 해를 미칠 경우
- 영구적 혹은 일시적으로 합당한 전일 근무를 수행할 수 없는 경우

의료 증명서 작성

개인정보

수혜자 번호

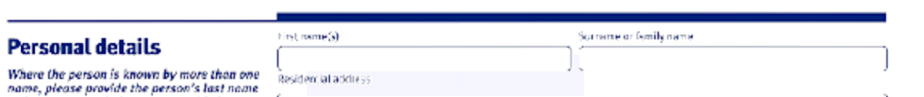


Work & Income은 수혜자 번호를 통해 특정인의 보조금 지급 여부를 점검하고, 혹은 커뮤니티 서비스 카드 (community service card)의 적격 여부를 확인합니다.

수혜자 번호는 Work & Income이 발급한 서류의 상단에서 확인 가능합니다. 또한 커뮤니티 서비스 카드의 좌측 하단에서도 수혜자 번호를 확인할 수 있습니다.

특정인 확인을 위한 건강정보 공개 요구 시, 수혜자 번호를 제출할 수 있습니다.

성명



당사자의 법적 실명을 기입합니다. 실제 불리는 이름 등 복수의 이름이 존재할 경우, 실명을 기입해야 합니다. Work & Income은 실명을 통해 각 개인을 확인합니다.

주소

Where the person is known by more than one name, please provide the person's last name as it appears on their passport or birth certificate.
Address information is used to assist with identification. It is not used for contact.

Residential address:

의료 증명서에 기록된 주소는 개인 확인 목적으로 사용됩니다. 당사자의 거주 주소를 기록해 주십시오.

(질문 1) 당사자가 귀하의 환자 기록부에 등록된 환자입니까?

Where the person is not enrolled with your practice, you can still complete the form. The case manager may seek further advice before determining support.
We may arrange a second opinion by a designated doctor or request a report from a

1. Is the person enrolled with your practice? No Yes

2. Who do you consider best placed to provide this information? Yourself Second opinion Other

반복된 진료를 통해 귀하의 당사자의 건강 상태, 사회적 상황과 환경을 이해하게 되었습니다.

일부 사람들은 과거 진료 경험이 적거나 전혀 없는 의사에게 의료 증명서의 작성을 부탁하기도 합니다. 의료 증명서를 요청하는 자가 귀하의 환자 기록부에 등록되지 않았다면 이들은 우발적인 방문자이며, 귀하의 당사자와 그 환경에 대한 전반적인 이해를 얻지 못할 것입니다.

이러한 경우에도 귀하의 의료 증명서를 작성해 줄 수 있으며, 혹은 질문 2의 대체 의료인을 추천할 수도 있습니다. 보조금 담당자는 당사자에게 가장 적절한 지원을 결정하기에 앞서 내부적으로 혹은 담당 의사에게 추가적인 자문을 구할 것입니다.

(질문 2) 관련 정보를 최적으로 제공할 수 있다고 생각하는 사람이 누구입니까?

Where the person is not enrolled with your practice, you can still complete the form. The case manager may seek further advice before determining support.
We may arrange a second opinion by a designated doctor or request a report from a specialist.

2. Who do you consider best placed to provide this information? Yourself Second opinion Other

Work & Income은 귀하가 관련 정보를 제공할 최적의 입장이 아닌 경우에도 의료 증명서를 작성해 주도록 요청 받을 수 있음을 인지하고 있습니다. 당사자가 복잡한

상황에서 전문가의 관리 하에 있거나 혹은 치료 결과가 불투명한 상황 등이 그러한 경우입니다. 또한 귀하의 입장이 모순되는 상황일 수도 있습니다. - 당사자의 구속 혹은 당사자의 복잡한 사회적, 경제적, 환경적 요소 등으로 인해.

이러한 상황에서 귀하는 자신이 알고 있는 최선의 지식을 동원해 관련 정보를 제공하거나, 혹은 나머지 양식의 작성을 포기할 수도 있습니다. 그러나 질병 보조금의 신청자는 완전한 의료 증명서를 제출해야 합니다. 따라서 의료 증명서의 작성을 포기한 경우, 다른 의료인이 의료 증명서를 작성해 주어야 당사자의 자격 부여 여부가 심사될 수 있습니다.

의료 증명서 작성과 관련하여 최적의 작성자가 누구인지 표시해 주십시오. - 본인 혹은 2차 의견이나 기타 의료인

귀하가 “기타 의료인”을 선택한 경우, 다른 의료 전문가, 당사자의 일반 개원의 혹은 병원 담당의사 (입원 중인 경우)를 의미합니다. 주어진 공간에 전공, 성명, 전화번호 등 기타 의료인에 대한 자세한 정보를 기록해 주십시오.

필요 정보를 기다리는 동안, 보조금 담당자는 수혜자에게 다음과 같은 지원을 제공할 수 있습니다 :

- 비-의료 관련 보조금
- 긴급 보조금
- 기타 형태의 재정 지원

2차 의견 및 담당 의사

귀하의 2차 의견에 표시 하거나 혹은 의료 증명서로 판단 시 보조금 적격성 판단이 힘들 경우, Work & Income은 자비를 들여 담당 의사의 2차 의견을 구할 것입니다.

전문가 의견 혹은 심사

귀하가 전문가 의견을 추천할 경우, 해당 의료 증명서를 Work & Income의 지역 건강 자문 혹은 지역 장애 자문이 검토하게 됩니다. 해당 자문이 수혜자를 이미 과거에 심사한 경우, 해당 자문은 전문가에게 가장 최근 진료 기록서의 사본을 요청하게 됩니다. 당사자가 해당 전문가의 진료를 받은 적이 없을 경우, 해당 자문은 자격 부여 혹은 직업 계획 목적에 의거 심사 (진단, 일 영향 및 지속기간)가 필요한지 결정합니다.

해당 자문이 특정 전문가에 의한 심사가 필요하다고 결정할 경우, Work & Income은 자비를 들여 필요한 전문가 진료를 예약할 것입니다. 직업 계획을 위해 심사가 필요한 경우, 해당 자문은 수혜자의 동의하에 가까운 Work & Income의 심사 및 치료 서비스 제공자에게 자문을 구할 수 있습니다.

임신

본 질문은 임신을 이유로 질병 보조금 혹은 청소년가장 보조금 (질병)을 신청하는 수혜자와 관련됩니다.

(질문 3/ 질문 4) 임신 정보

Pregnancy

The Sickness Benefit for pregnancy may start from the beginning of the 27th week of pregnancy or earlier in the case of associated illness or complications. The Sickness Benefit can be payable for up to 13 weeks after the birth of the baby.

3. Is the condition pregnancy related? No (Go to Q2) Yes

4. Has the baby been born? (Read code L200.) Yes Date of delivery (Go to Q20)
Day Month Year

OR

Is the person 27 or more weeks pregnant? (Read code Z122.) Yes Due date (Go to Q20)
Day Month Year

임신 27주 이상이 경과한 자는 질병 보조금 혹은 청소년 가장 보조금 (질병)을 지급 받을 권리를 갖습니다.

아이가 태어난 경우 최대 13주간 질병 보조금을 지급 받을 수 있으며 혹은 신생아 탄생일로부터 생활 수당 혹은 기타 보조금을 신청할 수 있습니다.

임신 합병증

after the birth of the baby.

OR

Is the person less than 27 weeks pregnant with complications? Yes Please give details

READ Code	Description
1	
2	

일할 수 있는 능력에 직접적 영향을 미치는 임신 합병증을 보유한 자는 임신 27주차 시작되기 전에 질병 보조금 혹은 청소년가장 보조금 (질병)을 지급 받을 수 있습니다.

적절한 READ 코드를 제공하고 관련 합병증을 자세히 기술해 주십시오.

(질문 5/ 질문 6) 일할 수 없는 기간

Work and Income requires reassessment of Sickness Benefit at least every 13 weeks. The first reassessment will be after a maximum of 4 weeks.

5. Unable to work from

6. When should the person's entitlement to benefit next be assessed? (Go to Q20)

Day	Month	Year
Day	Month	Year

당사자가 임신 합병증으로 일을 할 수 없을 경우, 언제부터 주당 30시간 이상 일할 수 없게 되었는가를 기록합니다.

또한 임신 합병증 치료 시 당사자가 일을 재개할 수 있는가를 표시해야 합니다.

Work & Income의 규정상 질병 보조금의 경우 매 13주마다 재심사가 필요합니다. 최초 재심사는 4주 후 실시됩니다.

질병, 부상, 장애

자격을 부여 받기 위해, 당사자는 반드시 일할 수 없게끔 하는 질병, 부상, 장애를 보유해야 합니다.

(질문 7) 당사자의 일할 수 있는 능력에 영향을 미치는 주된 는 무엇입니까?

Sickness, injury or disability

Please include mental health, pain or musculoskeletal conditions such as obesity or stress. Please list the condition with the greatest impact on ability to work first. Provisional applies the entire nature of the diagnosis in complete or this stage.

7. What are the main clinical conditions affecting the person's ability to work?

READ Code	Description	Is it provisional?	Covered by ACC?
1			
2			
3			
4			

READ 코드

귀하는 당사자의 임상 상태를 최적으로 묘사하는 READ 코드를 입력해야 합니다.

당사자의 일할 수 있는 능력에 영향을 미치는 순서로 코드를 나열합니다. 따라서 일할 수 있는 능력에 가장 큰 영향을 미치는 임상 상태를 가장 먼저 입력합니다.

이러한 임상 상태의 예는 다음과 같습니다.

- 정신 건강
- 만성 통증
- 기능 장애 혹은 신체 상실
- 중증 장애

또한 다음과 같은 임상 상태가 당사자의 일하는 능력에 영향을 미칩니다 :

- 만성 건강 상태
- 비만
- 인식 장애
- 약물 중독

· 거동 지원 필요성

Work & Income은 귀하가 환자의 질병, 청소년가장(질병), 환자보조금을 신청하는데 쉽게 참고할 수 있도록 자주 쓰이는 코드를 준비해 두었습니다.

해당 READ 코드 목록의 사본이 필요할 경우, 가까운 보건 및 장애 담당자에게 연락하거나 혹은 **0800 559 009**로 전화하여 해당 담당자의 성명/전화번호를 문의하시기 바랍니다.

잠정적 진단

내려진 진단이 잠정적인 경우, 각 임상 상태에 해당하는 박스에 표시(V)를 합니다.

보조금 담당자가 특정인에게 제공할 지원 사항을 고려할 때, 잠정적 진단은 일반적으로 변경될 수 있는 요건으로 간주하며 따라서 직업에 미치는 그 영향이 영구적일 것으로 보지 않습니다.

ACC 관련 요건

당사자가 ACC 지원을 받고 있을 경우, 각 요건별 해당하는 박스에 표시를 합니다.

ACC 지급 여부는 지급되는 보조금 금액에 영향을 미칠 수 있습니다.

Work & Income은 ACC 지원 심사를 기다리는 자에게 재정 지원을 실시할 수 있습니다. (Work & Income과 ACC는 차후 서로의 보조금을 조율합니다). 당사자는 Work & Income으로부터 다른 지원을 받을 수도 있습니다 (커뮤니티 서비스 카드 등).

(질문 8) ACC 번호

People who have ACC cover, or are awaiting a cover decision, may still be entitled to assistance from Work and Income.

8. If covered by ACC, what is the ACC Number? [_____]

질문 7의 진단과 관련하여 “ACC 지원을 받음” 박스에 표시한 경우, 해당 ACC 번호를 기입합니다.

입원

(질문 9) 당사자가 입원 중입니까?

Hospitalisation	
<i>The benefit may be reduced after a person has been in hospital for 13 weeks or more.</i>	9. Is the person in hospital? No <input type="checkbox"/> (Go to Q10) Yes <input type="checkbox"/>
Hospital name <input type="text"/>	Date of admission <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Expected length of stay (days) <input type="text"/>
	Day Month Year

당사자가 13주 이상 입원 중인 경우 질병 보조금, 청소년가장 보조금 (질병), 환자 보조금이 삭감될 수 있으므로, 입원일자 및 예상 입원 기간을 기록해 주시기 바랍니다.

입원 치료 중인 자에게 부여되는 상이한 보조금 자격이 존재합니다.

치료 및 중재

질문 10과 11은 오직 직업 계획과 연관된 질문으로써 자격 부여와 관련되지 않으므로, 반드시 작성해야 할 필요는 없습니다. 그러나 해당 질문에 답변 시, 당사자를 직업 계획에 초대할 것인가에 대한 보조금 담당자의 결정에 도움을 줄 수 있습니다.

(질문 10) 당사자가 이러한 임상 상태와 관련하여 현재 치료를 받고 있습니까?

Treatment and interventions

Please indicate if the person is receiving treatment which may interfere with their ability to work.

Questions 10 and 11 relate to planning rather than entitlement. Their completion is therefore optional.

10. Is the person receiving active treatment for any of the conditions listed in Question 7? No Yes Please give details

당사자가 현재 받고 있는 치료는 직업 계획에 참여 가능한 능력에 중대한 영향을 미칩니다. 화학치료와 같은 집중 치료를 받고 있거나 혹은 수술이 임박한 당사자의 경우, 일을 할 수 있는 용이성이 수년간 안정된 장애 상태를 보유한 사람들과 매우 다를 것입니다.

보조금 중복을 피하기 위해, 정신 건강 지원이나 직업 지원 등 당사자가 언제 이러한 서비스를 지원 받았는가 알려 주십시오.

일할 수 있는 능력 혹은 가용성에 중대한 영향을 미치는 치료를 당사자가 받고 있을 경우 이를 명시해 주십시오. 정신 건강 치료, 만성 질환 관련 복합 치료, 가정 치료 서비스, 카운슬링 서비스, 약물 중독 서비스 등이 이에 해당합니다.

(질문 11) 당사자가 일하도록 도울 수 있는 다른 중재 방법이 있습니까?

Where an intervention could assist the person into work. Work and Income may consider helping the person access this service.

11. Are there other interventions which could assist the person into work? No Yes Please give details

Work & Income은 모든 수혜자들이 직업을 포함해 자신의 미래를 계획할 수 있기를 바랍니다. 특정 중재 방법이 당사자의 일할 수 있는 능력을 개선할 수 있다면, Work & Income은 해당 서비스를 활용할 수 있을 것입니다.

당사자의 장애 기간을 줄일 수 있는 치료법이나 당사자의 자격 부여를 도울 수 있는 심사 방법이 존재할 경우 알려 주시기 바랍니다. 또한 해당 치료법 혹은 심사 방법의 특징을 상세히 알려주십시오.

일할 수 있는 능력에 미치는 영향

본 장에선 당사자의 무능력이 그 일할 수 있는 능력에 미치는 영향을 설명합니다.

이하 질문을 통해 보조금 담당자는 당사자가 질병 보조금, 청소년가장 보조금 (질병), 환자 보조금에 적격인가 혹은 또 다른 지원 (다른 형태의 보조금)이 필요한가 여부를 결정합니다.

본 질문을 통해 보조금 담당자는 다음 사항을 결정합니다.

- 당사자의 일할 수 있는 능력
- 당사자가 주당 몇 시간 일할 수 있는가
- 당사자의 일할 수 있는 능력에 영향을 미치는 기간은 어느 정도인가
- 귀하는 당사자의 무능력을 언제 재심사해야 한다고 추천하는가

(질문 12) 상기 요건이 당사자의 일할 수 있는 능력에 어떻게 영향을 미치는가?

Impact on ability to work

Please provide a description of how these conditions contribute to the person's inability to work (eg difficulty walking, poor

12. How do the above conditions listed in Question 7 affect the person's ability to work?

보조금 지급의 근거는 당사자가 그 일할 수 있는 능력을 감소시키는 질병, 부상, 장애를 보유한다는 사실입니다. 당사자가 특정 요건에 해당된다 하더라도, 그와 동일한 요건의 사람들이 모두 일할 수 없는 것은 아닙니다. 본 질문은 해당 요건이 당사자의 일할 수 있는 능력에 미치는 영향에 관해 묻습니다.

당사자가 직업에 복귀할 수 있으나 수행할 수 있는 일의 형태에 제한이 존재할 경우 혹은 근로 환경의 수정이 필요할 경우, 관련 사항을 조언해 주시기 바랍니다.

(질문 13) 당사자가 언제 무능력 상황을 탈피할 수 있는가 :

concentration, inability to stand for extended periods).

Work and Income would like to work with all our clients to help them plan for their future, including employment, rehabilitation and social participation.

13. When is the person likely to be capable of:

	None	1-1 month	1-3 months	3-6 months	>6 months	Unknown in foreseeable future
Work planning						
Training						
Light/selected duties						
Part-time work (up to 30 hours per week)						
Full-time work (over 30 hours per week)						

Work & Income은 당사자의 일할 수 있는 능력에 대한 귀하의 의견을 듣고자 합니다. 이를 통해 보조금 담당자는 보조금 지급 여부를 결정합니다.

단계적인 직업 계획을 통해 대부분의 사람들의 일할 수 있는 능력은 개선될 수 있습니다. 그러나 특정인이 언제 일을 시작할 수 있는지는 정확히 결정하기 어려우므로, 귀하가 생각하는 당사자의 진척 예상 상황을 알려 주십시오.

본 장을 작성 시, 당사자가 어느 단계를 수행할 수 있는가 담당자가 판단할 수 있도록 관련 박스에 표시해 주십시오 :

- 직업 계획
- 교육훈련
- 단순/선택 업무
- 시간제 근무 (주당 30시간 미만)
- 전일 근무 (주당 30시간 이상)

무능력 기간을 표시할 때, 직업을 구할 수 있는 능력이 아니라, 당사자의 상황과 그러한 상황이 일할 수 있는 능력에 미치는 영향에 초점을 둡니다. 당사자는 자신의 과거 직업 경력에 초점을 둘 수 있으나, 저희는 당사자가 합당하게 수행할 수 있는 일과 관련된 당사자의 일할 수 있는 능력에 중점을 둡니다.

특정인의 일할 수 있는 능력을 평가할 때, 귀하는 지역 인력 시장의 상황을 고려하

지 않고 당사자의 능력만을 고려해야 합니다. 당사자가 직업을 구하기 위해 도움을 필요로 할 경우, Work & Income은 이를 지원하기 위한 다양한 서비스를 제공할 수 있습니다.

당사자가 일할 수 있는 능력을 보유하나 일자리를 찾을 수 없을 경우, 다른 보조금이나 지원을 받을 수 있습니다.

직업계획

보조금 담당자는 직업 계획을 통해 당사자가 일자리를 구하는데 어떠한 서비스가 필요 한가 결정합니다. 보건, 직업, 교육, 사회, 문화, 환경, 법률 서비스 등이 이러한 직업 계획에 포함됩니다.

질병 보조금, 청소년가장 보조금 (질병), 환자 보조금의 경우, 직업 계획 중 심사를 포함시켜 가능한 직업 옵션을 파악할 수 있으나, 일반적으로 구직 활동이 포함되진 않습니다.

당사자는 직업 계획에 능동적으로 참여해 일자리를 구하는 데 필요한 단계 및 서비스를 확인하게 됩니다.

교육훈련

일을 시작할 준비가 되어 있지 않거나 일을 할 수 없는 경우, 다음과 같은 직업 교육 훈련을 받을 수 있습니다.

- 2차 학교 (16세, 17세의 경우)
- 직업 교육훈련 및 재교육훈련
- 읽고 쓰기 교육
- 자기 관리 기술

단순/선택 업무

시간제 근무, 근로 환경 수정에서 시작해 특정인을 점진적으로 일자리로 복귀시킬 수 있습니다. 장기간 서 있을 수 없거나 거동 지원이 필요한 사람 등이 이에 해당합니다. 또한 일을 개시할 준비가 되기 전 직업 교육훈련을 제공할 수도 있습니다.

시간제 근무

특정인이 주당 30시간 이상 일을 할 수 없을 경우, 질병 보조금을 계속 지급받을 수 있습니다.

전일 근무

주당 30시간 이상 일하는 것을 전일 근무라 합니다.

주당 30시간 이상 일할 수 있는 자는 다시 일할 수 있으리라 봅니다. 그러나 전일 근무가 가능하며 일자리를 찾고 있는 자의 경우, 능동적으로 구직 활동을 실시할 책무 하에 실업급여를 수령할 수 있습니다.

보조금 담당자는 의료 증명서에 기록된 모든 정보를 참고해 당사자가 질병 보조금 혹은 환자 보조금에 적격인가 여부를 결정합니다.

(질문 14~17) 무능력 기간, 심각성, 실명

<p>14. Is the person totally blind (VA c 1/20 with correction)?</p> <p>15. Does the person's sickness, injury or disability limit their capacity to seek, undertake or be available for employment for 20 hours or more per week?</p> <p>16. Does the person's sickness, injury or disability prevent them from regularly being in open employment for 15 hours or more per week?</p> <p>Please indicate the date from which the person was first unable to work as a consequence of their medical condition.</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> (Go to Q19)</p> <p>No <input type="checkbox"/> (Go to Q20) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> (Go to Q18) Yes <input type="checkbox"/></p> <p>17. Is the person's condition expected to last at least 2 years? OR Is the person's life expectancy less than 2 years? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/></p>
---	---

당사자가 완전 실명한 경우 (시력 1/20 이하 혹은 양측 주시점상 시야 범위가 최대 5도로 수축), 당사자의 근로수입 혹은 당사자가 일할 수 있는 시간에 관계 없이 환자 보조금을 지급받을 수 있습니다.

참고: 특정인이 위와 같이 완전 실명이 아니지만, 실명이나 기타 장애 등을 사유로 그 일할 수 있는 능력에 영구적 혹은 심각한 영향을 미칠 경우, 환자 보조금을 수령할 수 있습니다.

질병 보조금의 혜택은 질병, 상해 또는 장애로 인하여 주당 30시간 이상 근무할 수 없을 정도로 근무 능력이 저하된 환자에게만 적용됩니다.

사고나 선천적 건강 상태로 인한 질병, 부상, 장애를 사유로 환자 보조금을 수령하기 위해선 다음 사항에 해당해야 합니다 :

- 그러한 질병 등이 당사자의 직업 능력에 심각한 영향을 미치고 (개방 임용제 내에서 주당 15시간 이상 일할 수 없음),
- 당사자의 직업 능력에 영구적 영향을 미침 (2년 이상 지속 혹은 2년 이하의 예상 수명 보유)

(질문 18) 언제부터 일할 수 없게 되었는가?

person was first unable to work as a consequence of their medical condition, or the date indicated on the client's re-assessment letter.

OR
Is the person's life expectancy less than 2 years?

18. Unable to work from Day Month Year

No Yes

보조금 담당자는 본 질문을 이용하여 지원을 시작할 시기를 결정합니다.

최초 의료 증명서의 경우, 본 질문의 답변은 질병, 부상, 장애로 인해 당사자가 최초로 일을 그만 둔 일자를 반영합니다.

후속 의료 증명서의 경우, 본 질문의 답변은 당사자의 자격을 Work & Income이 심사한 일자를 반영합니다. 당사자의 자격이 정지되기 전, Work & Income은 자격 재심사 일자를 통보하는 안내문을 전달합니다. 자격 정지일과 그와 관련하여 필요한 행동들을 해당 안내문에서 설명합니다. 당사자 본인이 일할 수 없다고 생각할 경우,

담당 의사로부터 의료 심사를 받는 것도 취할 수 있는 행동 중 하나입니다.

(질문 19) 재심사 일자



보조금 자격 심사와 관련하여 당사자의 의료 재심사를 언제 실시해야 할지 귀하의 의견을 기입해 주십시오. 임시 진단이거나 진단이 불확실한 경우 재심사에 수 주가 소요될 수도 있습니다. 또한 당사자의 개별 상황을 고려해 재심사를 실시하게 됩니다.

Work & Income은 현재 최초 질병 보조금 의료 증명서의 유효 기간을 최대 4주로 설정하고 있습니다. 후속 질병 보조금 의료 증명서는 최대 13주 동안 사용 가능합니다.

당사자가 영구적이거나 중증의 질환, 부상, 장애를 보유한 경우, 재심사의 필요성이 매우 낮습니다.

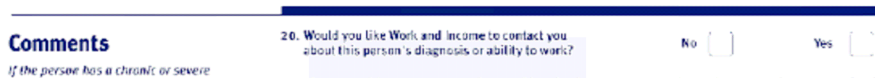
- 2년
- 5년
- 없음

재심사 기간이 상기 항목 중 하나에 해당되며 환자 보조금을 수령하는 수혜자에게는 의료 지원이 제공됩니다.

의견

특정인의 일할 수 있는 능력을 파악함에 있어 의료 증명서의 기본 질문으로 확인할 수 없는 중대한 사항들이 존재할 수 있습니다. 특정인의 일할 수 있는 능력에 영향을 미치는 이와 같은 사항을 인지할 경우, 본 의견 페이지에 기록해 주시기 바랍니다.

(질문 20) 당사자의 진단이나 일할 수 있는 능력과 관련하여 Work & Income이 귀하에게 연락하길 바랍니다?



당사자의 진단 혹은 일할 수 있는 능력과 관련하여 Work & Income의 지역 보건 자문, 지역 장애 자문, 보조금 담당자와 논의를 원하실 경우, 해당 박스에 표시해 주십시오.

귀하가 Work & Income의 보건 전문가와 연락하고 싶다는 의사를 표시했으나 당사자가 이에 동의하지 않으며, 해당 의료 증명서와 관련하여 보조금 담당자가 특별히 고려하는 사항이 발생할 경우, 저희는 별도의 심사를 실시할 것입니다.

Work & Income의 임직원 일동은 제반 개인정보 보호법령을 준수하며, 귀하가 저희에게 제공한 정보는 저희 시스템에 기록되며 당사자가 확인할 수 있음을 알려 드립니다.

(질문 21) 의견



보건 의료인 정보

본 장에는 귀하의 정보를 기록하며, 이를 통해 적절한 의료인이 의료 증명서를 작성했는가 여부를 확인합니다.

저희는 귀하의 HPI 번호를 이용하여 귀하의 현재 등록 상태를 확인합니다. 귀하의 HPI 번호 상 귀하가 보건 의료인 혹은 치과 의사로 등록되지 않은 경우, 귀하의 의료 증명서를 인정할 수 없습니다.

의료 증명서를 직접 작성한다면 이름과 주소 및 필요한 세부 정보가 있는 스탬프를 사용하도록 하십시오.

정보 제공에 대한 동의

본 장을 통해 당사자나 그 후견인 혹은 법적 대리인이 의료 증명서에 기재된 정보를 Work & Income에 제공하도록 동의했는가를 확인합니다.

보건 정보를 수집 및 보관하는 모든 정부 기관은 보건정보 보호정책을 준수해야 합니다. Work & Income은 당사자가 의료 증명서상 정보를 저희에게 제공토록 동의했는가 여부를 확인할 의무를 집니다. 귀하는 증명서의 내용을 당사자와 함께 논의하고, 해당 정보를 저희에게 제공하도록 동의를 구해야 합니다.

당사자 (혹은 그 대리인)를 만나지 못하거나, 당사자가 정보 제공에 동의하지 않을 경우, “아니오” 칸에 표시하십시오.

Work & Income 임직원은 귀하가 의료 증명서에 제공한 정보를 처리하기 전, 당사자가 그러한 보건 관련 정보의 수집에 동의 했는가를 확인해야 합니다 (단독 동의서 양식 존재). 당사자가 동의를 하지 않은 경우, Work & Income은 보조금 신청 심사 시 관련 정보를 이용할 수 없습니다.

진료일과 증명서 작성일

의료 증명서는 당사자가 보건 의료인을 방문했을 때 작성합니다. 이때 진료일과 증명서 작성일은 동일하게 됩니다.

그러나 일부 사람들은 의료인을 방문하지 않고 의료 증명서의 작성을 요구하기도 합니다. 당사자의 방문일과 증명서 작성일간 격차가 4주 이상일 경우, 보조금 담당자는 환자의 현재 진단과 일할 수 있는 능력에 관한 신규 증명서의 작성을 요구할 수 있습니다.

추가 정보 및 추가 사본

추가 정보가 필요하거나 혹은 의료 증명서 양식지가 부족한 경우, 가까운 보건 및 장애 담당자에게 연락하거나 혹은 **0800 559 009**로 전화해 해당 담당자의 성명/전화번호를 문의하시어 도움을 받길 바랍니다.

제5절 프랑스

1. 의료문서

지역 장애인 센터 (직인 - 날짜)	문서번호	
자유-평등-박애 프랑스공화국 고용-사회통합-주택	자유-평등-박애 프랑스공화국 건강&연대부처	Cerfa N 0 61-2280
부처	성인 장애인 진단서	
<p> 친애하는 동료 직원분들께 본 진단서를 환자에게 전달하여, 환자가 요청서와 함께 봉인한 본 진단서를 같이 제출할 수 있도록 해야 합니다. 장애인 지역 요양소의 다전공팀이 가능한 가장 빠른 시일 안에 서류 조사를 시행하고, 장애인 인권과 자율성 위원회에 균형 있는 결정을 제안할 수 있도록, 환자와 관련된 해당란을 기입하고, 귀하가 필요하다고 판단하는 추가 문서를 첨부해 주시기 바랍니다. 다전공팀원들은 장애인의 장애와 신체적 불리한 조건(핸디캡)을 평가하기 위한 안내 소견서로 이용할 것입니다. 장애란 기관이나 기능의 범위와 관련된 것입니다. </p>		

신체적 불리한 조건이란 일상생활의 기본 행동과 활동 안에서 능력의 한계를 의미합니다.

이로 인해 야기되는 사회적인 불이익은 연령, 성별, 사회-문화적 인자를 고려하여 정상이라고 간주되는 하나의 역할을 수행하는데 있어서의 한계 또는 금지를 의미합니다.

이러한 소견서는 장애가 일상생활에서의 기능적인 능력과 자율성에 영향을 미친다고 평가되기 때문에 장애의 중요도에 따라 여러 다양한 신체적 불리한 조건을 결정합니다.

MDPH 다전공팀, 모든 부서와, CDA 직원들은 의료 기밀을 준수할 의무가 있음을 다시 한번 상기시켜 드리는 바입니다(형법 제 378조).

MDPH 다전공팀의 의사는 모든 추가 정보를 언제든지 제공할 준비가 되어 있습니다.

신원 정보 이	
사회보장번호:	
성:	결혼 전의 성(여성):
이름:	출생일:
주소:	

키:	몸무게:	
본 요청을 하게 된 주요 진단내용:		
원인:	선천적:	후천적 발병일:
다음 내용을 상세히 기입한다.		

산재:	IPP %:	일자:
직업병:	IPP %:	일자:
현재의 무능력 상태를 야기한 내과적, 외과적, 산부인과적 이전 내역:		
알코올중독 <input type="checkbox"/>	약물중독 <input type="checkbox"/>	흡연 <input type="checkbox"/>

장애에 대한 내용 (환자에 관련된 해당란을 기입한다)

지능부족 또는 정신 장애 또는 거동문제
(건망증 또는 시공간적 방향성 문제, 감정의 기복, 주의력 문제, 감정적, 정서적 문제, 거동 문제...) :

간질과 관련된 장애 - (최근 EEG 보고서 첨부)
종류: 발병횟수:
관련된 인격적 문제:

청각 장애-(보청기 없이 측정된 OD-OG 청각도 첨부)
관련 문제(현기증의 동반한 이명 현상 ...)

언어능력 장애
구음장애, 독서장애, 실어증, 무언증, 기타 등등...:

무언증의 경우, 대화는 가능 한가?
 만약에 대화가 가능하다면, 어떤 종류의 대화가 가능 한가?

시각장애-(시력교정 후에, 각각의 눈에 대한 근시, 난시, 쌍안시를 구체적으로 명시한 안과진단서 첨부)

시력교정이 가능한가? 불가능하다

내과적으로 외과적으로 시력교정예상일:

그 외의 시신경 문제(무수정체증, 눈의 부속기관):

심장과 폐의 장애-(추가 검사결과 첨부: ECG, 염좌검사, EFR, 혈액가스...)

기능적 증상:

심장대상부전치료:

(만약에 있다면)폐질환 치료:

이식: 일자: 내성:

소화기관과 기능장애-(추가 검사결과 첨부)

소화불량, 음식종류, 음식물 통과 장애, 인공항문성형술, 간장염, 췌장염...:

배뇨장애

배설장애(정체, 주간/야간 요실금, 감지, 보호):

투석: 예 아니요 주간횟수:

이식: 예 아니요 날짜: 내성:

면역과 조혈체계 장애-(추가 검사결과 첨부)

신진대사와 효소장애-(추가 검사결과 첨부)
 당뇨병, 비만, 소인증, 기타 등등:
 일반상태와 심리상태에 미치는 영향:

운동신경과 운동기관 장애-(X레이와 스캐너 등의 결과 첨부)
 해당 부분, 장애 종류, 관련 감각장애가 있다면 그에 대해 세부적으로 기입 한다.
 보조기구, 기술적 지원, 내성에 대해 세부적으로 기입 한다.

성형학적 장애
 사회생활, 인간관계에 영향을 미치는 화상 또는 흉터의 후유증의 종류와 해당 부분:

장애의 결과

독립성	
A: 전체적으로, 습관적으로, 정확하게 혼자 한다.	
B: 부분적으로, 비습관적으로, 정확하지 않게 한다.	
C: 하지 않는다	
A, B, 또는 C	
일관성: 논리적 또는 이성적으로 대화하고, 행동한다.	
방향성: 시간, 낮 시간, 장소를 인식한다.	
위생: 신체적 위생을 유지한다.	
의복: 옷을 입고, 옷을 벗고, 자신을 내보인다. + 보조기구의 도움을 받기도 한다.	
식생활: 식사를 준비해서 먹는다.	

배설: 소변/대변의 위생을 지킨다.	
거동: 일어서고, 잠자리에 들고, 자리에 앉는다.	
내부거동: 지팡이, 보행기, 휠체어의 도움을 받아 또는 도움 없이 거동	
외부거동: 이동 수단 없이 출입문에서부터 외부로의 거동	
원거리 통신: 통신 기구를 사용 한다: 전화기, 초인종, 알람...	
집안활동: 집안일, 식사 준비 ...	

치료
 치료종류:
 내성(특히 항정신성 의약품, 화약요법, 면역반응억제제에 대한 원치 않는 결과를 구체적으로 기입한다)
 입원 횟수 또는 특별재활치료의 필요성:

현재 직장 생활에 장애가 미치는 영향
 업무 조정, 근무시간, 애로사항, 이동, 결석율:
 직장 의료진 성명과 행동파일 첨부:

... 에서, ...년, ...월, ...일
 의료진 성명(직인):

2. 보상 지원금 또는 보상 보조금 갱신 신청서

1- 신청 내용

- 제삼자를 위한 보상 보조금 갱신 또는 변경-ACTP
- 사업비를 위한 보상 보조금 갱신 또는 변경-ACFP
- 보상 지원금-PC

만약에 당신이 보상 지원금 수혜자라면, 당신은 보상 보조금도 요청할 수 있습니다. 당신은 만약에 당신이 이 두 가지 신청서를 동시에 제출한다면 장애인 권리와 자율성 위원회의 결정에 따라 이 두 가지 보상금 중에 선택을 할 수 있습니다. 만약에 당신이 당신의 선택사항을 표명하지 않는다면, 보상 지원금-PC가 지급될 것입니다.

당신의 신청내용을 자세히 기입 하세요:

- 일상생활에서의 사람의 도움(성인만 해당)
- 기술 또는 특수 장비나 자재의 도움(성인만 해당)
- 숙소 정비(성인 또는 어린이)
- 차량 정비 또는 이동 추가 경비(성인 또는 어린이)
- 특별경비 또는 예외적인 경비(성인만 해당)
- 동물의 도움(성인만 해당)
- 당신은 당신의 요구사항을 어떻게 구체적으로 표현하고, MDPH의 도움을 요청해야 하는지 알지 못합니다.

2- 신청서와 관련된 성인 또는 어린이의 신상정보

출생 성: _____

배우자 성: _____

이름: _____

피보험자의 사회보장번호:

3- 신청인 상황

▶ 제삼자를 위한 보상 지원금(ACTP)을 이미 지급받았습니까?

예 아니요

▶ 사업비를 위한 보상 보조금(ACFP)를 이미 지급받았습니까?

예 아니요

▶ 장애 어린이를 위한 교육수당(AEEH 또는 이전의 AES)을 이미 지급받았습니까?

예 아니요

▶ 사회보장단체가 지급하는 제삼자 가산금(MTP)의 혜택을 받고 있습니까?

예 아니요

▶ 외국에서 한 번 또는 여러 번 거주하였습니까?

· 총기간이 3개월 이상이고 일 년에 최소 6개월 예 아니요

· 총기간이 일 년에 6개월 이상 예 아니요

만약에 ‘네’ 인 경우, 이러한 외국 거주가 필요한 이유는:

학업 연장을 위해

외국어를 배우기 위해

직업 교육을 숙달시키기 위해

▶ 만약에 당신이 60세 이상인 경우, 일을 하고 있습니까? 예 아니요

▶ 당신의 보조금 책정비율을 결정하기 위해, 당신의 수입원을 신고해 주세요:

부동산 수입, 주식 수입, 이동자금, 증가(增加), 그 외의 여러 이득의 총금액:

_____ EUROS

이 칸에 신고해야 할 수입원은 당신의 신청 상용년 이전의 상용년에 해당하는 것

들이다. 이러한 수입금액은 당신의 수입 신고서 no 2042에 기입된 금액에 해당한다.

만약에 당신이 어린이 1명을 위해 보상 지원금을 신청한다면, 당신의 수입원 또는 당신이 커플로 살고 있다면 당신 가정의 수입원을 신고한다(결혼했거나, 동거 중이거나, 법적 동거(PACS) 중인 경우).

4- 사람의 도움(성인만 해당)

신청내용

- 첫 번째 신청
- 재검토
- 갱신 - 만기일: ---년 ---월 ---일
- 시각장애인을 위한 일괄지급신청
- 청각장애인을 위한 일괄지급신청

만약에 갱신이나 재검토의 경우, MDPH 서류번호를 자세히 기입 한다:

신청인 상황

현재 거주지에서 한 사람이나 여러 사람의 도움을 받고 있습니까?

- 예 아니요

	사람이나 서비스 연락처
거주지에서의 도움	
간호사 또는 간병인	
가족 일원 또는 주변인	
기타(보호...)	
자세히 기입할 것	

직업 활동, 선택적 기능을 수행하기 위해 또는 장애인을 통합하는 협회나 단체 대리인의 권한을 행사하는 자문기관과 단체에 참여하기 위해 사람의 도움이 필요합니까?

- 예 아니요

5- 기술적인 도움(성인만 해당)

신청 내용

- 첫 번째 신청
- 재검토
- 갱신 - 만기일: ---년 ---월 ---일

만약에 갱신이나 재검토의 경우, MDPH 서류번호를 자세히 기입 한다: _____

신청인의 상황

현재 당신의 장애와 관련된 장비나 자재를 이용하고 있습니까?

- 예 아니요

만약에 그렇다면, 어떤 장비나 자재를 이용하는지 자세히 기입할 것: 사용시작일:

_____	_____년	_____월	_____일
_____	_____년	_____월	_____일
_____	_____년	_____월	_____일
_____	_____년	_____월	_____일
_____	_____년	_____월	_____일
_____	_____년	_____월	_____일
_____	_____년	_____월	_____일

당신의 장애와 관련하여 다른 장비나 자재가 필요 합니까?

- 예 아니요

만약에 그렇다면, 어떤 장비나 자재를 이용하는지 자세히 기입할 것:

6- 거주지 정비(성인 또는 어린이)

신청 내용

- 첫 번째 신청
- 재검토
- 갱신 - 만기일: ---년 ---월 ---일

만약에 갱신이나 재검토의 경우, MDPH 서류번호를 자세히 기입 한다: _____

신청인 상황

만약에 장애인이 어린이라면, 그 어린이는 장애어린이 교육수당의 추가(AEEH (이전의 AES)) 혜택을 받고 있습니까?

- 예 아니요 CDA의 답변을 기다리는 중

만약에 그렇다면, 추가 지급액: _____EUROS

신청인 거주지(주요 거주지)

당신은: 집주인이다

세입자- 집주인 이름: _____

유숙자 - 숙소제공인 이름: _____
숙소제공인과의 가족관계: _____

이러한 숙소 정비 혜택을 이미 받았습니까? 예 아니요

만약에 그렇다면, 어떠한 종류의 혜택인지 기입할 것:

시행일: ---년---월---일

당신의 장애 또는 당신 아이의 장애와 관련하여 어떤 종류의 숙소 정비가 필요합니까?

당신의 숙소정비가 불가능할 경우, 만약에 당신이 접근 가능한 숙소로 이사하고자 결정한다면, 이사와 정착비에 지원이 필요하겠습니까?

예 아니요

7- 차량 정비 또는 이동 추가경비(성인 또는 어린이)

신청 내용

첫 번째 신청

재검토

갱신 - 만기일: ---년 ---월 ---일

만약에 갱신이나 재검토의 경우, MDPH 서류번호를 자세히 기입 한다: _____

신청인 상황

만약에 장애인이 어린이라면, 그 어린이는 장애어린이 교육수당(AEEH(이전의 AES))의 혜택을 받고 있습니까?

예 아니요 CDA의 답변을 기다리는 중
만약에 그렇다면, 추가 지급액: _____EUROS

차량

당신은 운전면허증을 소유하고 있습니까? 예 아니요

당신은 정비할 차량의 주인입니까? 예 아니요

만약에 그렇지 않다면, 당신이 사용하는 차량은 누구의 소유입니까?

당신은 이 차량을 운전합니까? 예 아니요

당신은 이미 차량 정비 혜택을 받았습니까? 예 아니요

만약에 그렇다면, 어떤 종류의 혜택입니까? 차량 접근성

운전대

보행자를 위한 정비

기타

시작일? ----년 ----월----일

당신의 장애 또는 당신 아이의 장애와 관련하여 현재 차량의 새로운 정비 또는 새로운 차량의 정비가 필요합니까?

예 아니요 만약에 그렇다면, 어떤 종류의 혜택입니까?

이동 추가경비

휴가 중의 연간 여행을 포함하여, 정기적으로 자주 이동함으로써 발생하는 재정적인 추가비용이 있습니까? 예 아니요

만약에 그렇다면, 어떠한 이동수단을 이용하고 있습니까?

자가용 연간 운행 킬로미터: _____

그 외의 이동수단(택시, 특수차량, 대중교통수단...)

어떠한 목적을 위해? 일 의료-사회 기관을 방문하기 위해 기타 경로
횡수는? _____

8- 특별 경비와 예외적인 경비(성인만 해당)

신청 내용

첫 번째 신청

재검토

갱신 - 만기일: ---년 ---월 ---일

만약에 갱신이나 재검토의 경우, MDPH 서류번호를 자세히 기입 한다: _____

신청인 상황

이전 칸에서 언급하지 않았던, 당신의 장애와 관련된 특별 경비 또는 예외적인 경비에 대해 기술하세요. (예를 들어: 보험, 전기 휠체어 유지보수, 기저귀, 의복 훼손, 세탁비 ...)

9- 동물의 도움(성인만 해당)

신청 내용

- 첫 번째 신청
- 재검토
- 갱신 - 만기일: ---년 ---월 ---일

만약에 갱신이나 재검토의 경우, MDPH 서류번호를 자세히 기입 한다: _____

신청인 상황

안내견이나 보조견을 가지고 있습니까? 예 아니요

만약에 그렇다면, 이러한 안내견이나 보조견을 교육시킨 기관은?

인증번호:

이러한 안내견이나 보조견이 당신의 집에 도착한 날짜는? ---년 ---월 ---일

만약에, 안내견이나 보조견을 가지고 있지 않다면, 교육 받은 동물들을 보유하고 있는 기관과 연락을 취해본 적이 있습니까?

예 아니요

만약에 그렇다면, 안내견이나 보조견을 보유할 수 있는 예상일은? ---년 ---월 ---일

10- 간소화된 절차

- 본인은 간소화된 절차의 혜택을 희망합니다.
 - 본인은 본인의 서류가 간소화된 절차 대상이 되길 희망하지 않습니다.
- 간소화된 절차와 그 결과는 당신이 이 신청서와 함께 제출한 신청 서류 안에 명시

된 사용법에 설명되어 있다.

11- 신고일과 장소

-----에서, -----년 -----월-----일

서명 해당인 또는 법적 대리인

부정행위나 거짓 신고를 할 경우에는 법적 처벌을 받습니다(사회안전법 제 L 114-13조 - 형법 제 441.1조- 사회활동과 가족 활동법 제 L 135-1조)
1978년 1월 6일에 수정된 디지털, 문서, 자유에 관한 법은 본 서식에 기입한 답변에 적용됩니다. 이 법은 당신의 신청서를 처리하는 기관이 당신과 관련된 데이터에 대해 접근하고, 정정할 수 있는 권한을 보장합니다.
이 신청서에 명시된 데이터들은 컴퓨터로 처리되며, 발효 중인 법률을 준수하여 교환이 가능합니다.

12- 첨부문서

당신의 신청을 신속하게 처리하기 위해, 다음 서류를 본 신청서에 첨부하도록 합니다:

▶ 의무적인 서류 (서류 신청인 전체에 공통적으로 해당됨)

- 당신의 주치의가 적어도 3개월 내에 작성한 진단서
- 만약에 당신이 프랑스인이거나 유럽경제구역 출신자*라면:
 식별 가능한 사본: 주민등록증
 - 또는 가족등본
 - 또는 여권
 - 또는 출생신고서 발췌본

□ 만약에 당신이 유럽경제구역* 이외의 국가 출신자라면:

유효한 거주증 사본(식별 가능한)

□ 만약에 당신이 후원을 받고 있다면:

후원(법적 관리) 증빙서류

□ 거주 증명서(EDF-GDF 영수증, 집세 영수증 ...)

▶ 지시에 필요한 문서(본 신청의 경우에만 특별하게)

□ 이전 연도의 수입증명서

□ 제삼자의 재직증명서(필요한 경우)

□ 선택적 기능 증명서(필요한 경우)

□ 제삼자가산금(MTP)의 지급 증명서: 장애 연금, 노령 연금, 산재 연금

□ 은행 또는 우체국 구좌 증명서-RIB RIP

* 유럽경제구역에 속하는 국가들: 독일, 오스트리아, 벨기에, 키프로스 섬, 덴마크, 스페인, 에스토니아, 핀란드, 그리스, 헝가리, 아일랜드, 이탈리아, 라트비아, 리히텐슈타인, 리투아니아, 룩셈부르크, 말타, 네덜란드, 폴란드, 포르투갈, 체코 공화국, 슬로바니아 소비에트 공화국, 스웨덴

3. 특수 교육 지역위원회

친애하는 동료 직원들께

장애인의 장애와 신체적으로 불리한 조건(핸디캡)을 평가하기 위한 안내 소견서를 적용하여, 본 진단서를 환자에게 전달하여, 요청서와 함께 봉인한 본 진단서를 같이 제출할 수 있도록 해야 합니다.

새로운 안내 소견서는 세계건강기구의 취지에 적용됩니다(장애-무능력-불이익).

- 장애인 기관이나 기능의 범위와 관련된 것입니다.
- 신체적으로 불리한 조건(핸디캡)이란 일상생활의 기본 제스처와 활동 안에서 능력의 한계를 의미합니다.
- 이로 인해 야기되는 사회적인 불이익은 연령, 성별, 사회-문화적 인자를 고려하여 정상이라고 간주되는 하나의 역할을 수행하는 데 있어서의 한계 또는 금지를 의미합니다.

이러한 소견서는 장애가 일상생활에서의 기능적인 능력과 자율성에 영향을 미친다고 평가되기 때문에 장애의 중요도에 따라 여러 다양한 신체적으로 불리한 조건(핸디캡)을 결정합니다.

기술부서의 의사들이 가능한 가장 빠른 시일 안에 서류 조사를 시행하고, C.D.E.S에 균형 있는 결정을 제안할 수 있도록, 환자와 관련된 해당란을 기입하고, 귀하가 필요하다고 판단하는 추가문서를 첨부해 주시기 바랍니다.

기술 부서를 비롯한 모든 부서와 C.D.E.S 위원회 회원들은 의료 기밀을 준수할 의무가 있음을 다시 한번 상기시켜 드리는 바입니다(형법 제 378조).

C.D.E.S 기술부서 의사

PS: C.D.E.S 의사는 모든 추가 정보를 언제든지 제공할 준비가 되어 있습니다.

	<p>특수교육지역위원회</p> <p>진단서 (1993년 12월 4일자 법령 No 93-1216)</p>								
<p>C.D.E.S 직인</p>	<p>귀하의 답변에 해당하는 칸에 표시한다.</p>								
<p>봉인되어 요청인에게 제출된 이 증명서는 C.D.E.S 의사만이 개봉할 수 있으며, 본 요청서를 검토할 전문위원회에 제출할 모든 문서에 첨부한다.</p>	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">A ○</td> <td> <p>특수교육연금요청 1975년 6월 30일자 법75-534 제6조, 1975년 12월 15일 법령 75-1166</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B ○</td> <td> <p>장애카드요청 C.F.A.S의 제 173조</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C ○</td> <td> <p>SDP카드요청(서있는 자세가 힘든 장애) 1979년 7월 30일 법령</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D ○</td> <td> <p>오리엔테이션 요청 1975년 6월 30일자 법75-534 제6조, 1975년 12월 15일 법령 75-1166</p> </td> </tr> </table>	A ○	<p>특수교육연금요청 1975년 6월 30일자 법75-534 제6조, 1975년 12월 15일 법령 75-1166</p>	B ○	<p>장애카드요청 C.F.A.S의 제 173조</p>	C ○	<p>SDP카드요청(서있는 자세가 힘든 장애) 1979년 7월 30일 법령</p>	D ○	<p>오리엔테이션 요청 1975년 6월 30일자 법75-534 제6조, 1975년 12월 15일 법령 75-1166</p>
	A ○	<p>특수교육연금요청 1975년 6월 30일자 법75-534 제6조, 1975년 12월 15일 법령 75-1166</p>							
	B ○	<p>장애카드요청 C.F.A.S의 제 173조</p>							
	C ○	<p>SDP카드요청(서있는 자세가 힘든 장애) 1979년 7월 30일 법령</p>							
D ○	<p>오리엔테이션 요청 1975년 6월 30일자 법75-534 제6조, 1975년 12월 15일 법령 75-1166</p>								

본 요청서 대상 어린이	대상 어린이의 책임 요청인
성	성
이름	이름
성별 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 출생일-----	어린이와의 가족관계
출생장소	주소
학년	
특수학급에 다니고 있다면, 구체적으로 기입 한다	우편번호
	지역
	가족수당기금
현재 다니고 있는 교육기관명과 주소	가족수당번호

본 요청을 하게 된 주요 진단내용
신체치수: 키 몸무게
출산정보: 출생 시 몸무게: 임신주수: 쌍둥이 출산:
이전 출산력(심폐소생술 ...)
이전 내과적, 외과적 병력

장애
정신적/지적 장애
<ul style="list-style-type: none"> ● 정체성과 신체적 이미지에 대한 문제 ● 정신운동적 문제 ● 이해와 표현, 대화에 있어 구어적/필기적 언어문제 ● 특히 놀이나 학습에 있어 인간관계적 거동적 어려움 ● 지적 장애 존재-필요한 경우 시행된 심리 측정검사 결과

● 지적 장애 존재 - 필요한 경우 시행된 심리 측정검사 결과
사용한 테스트 내용을 자세히 기입한다.

간질과 관련된 장애 - 최근의 EEG 보고서 첨부
중류 발병횟수

청각장애 - 보청기 없이 오른쪽/ 왼쪽 귀의 청각도 첨부

언어(구어/필기)장애 - 발음교정 보고서, 만약에 있다면 신경소아과 보고서 첨부
● 실어증, 실독증, 철자습득곤란, 계산능력장애, 구음장애, 필기불능증..
● 어린이의 평소대화방식 구두로 기타(자세히 기입한다):

시각장애 · 근시/난시를 교정한 양쪽 시력
· 쌍안시(필요한 경우)
실명: 한쪽 눈 양쪽 눈 시력감소: 한쪽 눈 양쪽 눈
안구운동장애: 아니요 예 기타()
증상완화가 가능한가? 아니요 예

심혈관기능장애 - 추가검사결과 첨부
● 기능적 증상
신장 불충분 단계
* 동맥압 /

호흡기능장애 - 호흡기능검사(EFR)와 같은 추가검사결과 첨부
● 기능적 증상
● 호흡보조방법
산소요법: 지속적 간헐적인
호흡보조

- 기관절개술: 아니요 예
- 기타:

소화기능 또는 기관 장애 - 추가검사결과 첨부

- 섭식장애 * 소화 장애(음식 삼키는 것) * 팔약근 장애 * 회장절개술(인공항문을 만들기 위해) *다이어트 또는 특별음식섭취방식
- 아니요 예 해당사항을 자세히 기입할 것

신장 또는 비뇨 생식기 기능 장애 - 추가검사결과 첨부

- 신장기능
투석: 아니요 예 주간횟수:
- 배뇨기능
정체, 주간 또는 야간 요실금, 감지, 기저귀 착용...

내분비선, 신진대사, 효소장애 - 추가검사결과 첨부

면역 & 조혈 체계 장애 - 추가검사결과 첨부

운동신경 & 기관장애 - 추가검사결과 첨부

- * 장애종류: 마비-경직-절단-협동운동실조-정형외과적 기형
- * 긴장 장애 * 비정상적인 움직임 * 균형장애...
- * 관련 감각 장애: 아니요 예
- * 부위: 사지-머리-몸통...
- * 보조기구: 허용범위:
- * 서 있는 자세가 힘들: 아니요 예 휠체어: 아니요 예

미용 상의 장애: 사회생활과 인간관계에 영향을 미칠만한 화상 또는 상처의 흉터
 * 종류 * 부위

치료 종류 * 제한 사항 * 허용범위

	치료종류	치료횟수와 장소
* 내과적 치료		
* 외과적 치료		
* 이식 * 장기이식		
* 심리치료		
* 재활		
* 그 외의 치료방법		

가족생활에서 어린이의 장애가 미치는 영향과 치료 상의 제한점

자율성

자율성은 동일연령의 장애가 없는 어린이와 비교하여 평가함 어린이는 다음을 할 수 있다:	정상 또는 혼자 할 수 있음	어려움 또는 도움이 필요함	불가능함 또는 전적인 도움이 필요함	연령을 고려하여 적절치 못함
1. 시간, 낮 시간, 장소를 인식함				
2. 구어로 대화함				
3. 논리/이성적으로 행동함				
4. 침대에서 휠체어로, 휠체어에서 침대로 일어서거나 자리 갈수 있음				
5. 내부거동: 걷거나 휠체어로 이동				
6. 외부로 이동함				
7. 장애인 시설이 없는 대중교통을 이용함				
8. 마시거나 먹을 수 있음				
9. 옷을 입고 벗을 수 있음				
10. 화장실 사용할 수 있음				
11. 배뇨를 조절함				
12. 배설을 조절함				

의사가 작성한 진단서:	
연락처	또는 직인
의사이름:	<input type="text" value="날짜"/>
전문분야:	
주소:	<input type="text" value="서명"/>
전화번호	

MDPH 85

MDPH FID 신상정보자료

4. 요청인 신상정보자료

가. 본 요청서의 제출인 신상정보

남성 기혼여성 미혼여성

성: _____

사용하는 성: _____

이름: _____

전화번호: _____ 핸드폰번호: _____

이메일주소: _____

팩스번호: _____

출생일자: _____

출생장소: _____

국적: 프랑스 EEE* 기타

* 유럽경제구역에 속하는 국가들: 독일, 오스트리아, 벨기에, 키프로스 섬, 덴마크, 스페인, 에스토니아, 핀란드, 그리스, 헝가리, 아일랜드, 이탈리아, 라트비아, 리히텐슈타인, 리투아니아, 룩셈부르크, 말타, 네덜란드, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아 소비에트 공화국, 스웨덴

가족상황: 독신 기혼 이혼
 동거 법적동거(PACS) 사별(과부, 홀아비)

현재 가족 상황 시작일: 년 월 일

부양자식 수 : _____

나. 현주소

언제부터 이 주소에서 거주 하였습니다: 년 월 일

No _____ 거리: _____

우편번호: _____ 도시: _____

현주소가 다음 중 어느 것에 해당하는지를 구체적으로 기입한다:

- 집주소
- 장애인 또는 노인을 위한 숙박시설(1)
- 유상의 위탁가정(2)

(1)과 (2)의 경우에는, 시설이나 위탁가정에 들어가기 3개월 전의 본인의 주소를 구체적으로 기입한다.

시설 또는 위탁가정명: _____

주소:

No _____ 거리: _____

우편번호: _____ 도시: _____

만약에 주소지를 확인시켜 줄 수 없다면, 귀하께서 거주하고 있는 이사회장이 승인한 협회명(또는 비영리 단체명)을 기입해 주시기 바랍니다:

다. 진료 의사

의학-사회학 정보를 줄 수 있는 진료 의사 또는 그 외의 전문가:

자격: _____

이름: _____

주소:

No _____ 거리: _____

우편번호: _____ 도시: _____

라. 가입단체

사회보장:

단체명: _____

만약에 귀하가 이미 GAF/MSA 수령자라면, 어떤 CAD 또는 MSA가 귀하의 서류를 관리 합니까:

이름: _____

주소:

No _____ 거리: _____

우편번호: _____ 도시: _____

CAD/MSA 수령번호 _____

마. 법적 보호를 받는 미성년자 또는 성인

미성년자의 경우

부모 성명(또는 법적 대리인)

부모 또는 법적 대리인 주소:

No _____ 거리: _____

우편번호: _____ 도시: _____

친권자(만약에 한쪽 부모만 친권을 가진 경우):

성인의 경우

귀하는 법적 조치를 받고 있습니까:

- 예 아니요 법적 조치 요청 중

만약에, ‘예’라면, 후견 이러한 조치는 다음에 의해 이행된다: 가족

보호 기관

강제보호 기타

법적 감시

사회보장혜택의 후견

후견인/보호자 주소:

성: _____

이름: _____

No _____ 거리: _____

우편번호: _____ 도시: _____

전화번호: _____

이메일 주소: _____

바. 행정이력

귀하의 서류가 이미 지역 장애인 센터에 제출되어 있습니까:

예 아니요

만약에 '예'라면, 귀하의 MDPH 서류번호는? :

만약에 '아니요' 라면,

귀하의 서류를 COTOREP에 제출했습니까? 예 아니요

만약에 '예'라면, 귀하의 COTOREP 서류번호는? : _____

귀하의 서류를 CDES에 제출했습니까? 예 아니요

만약에 '예'라면, 귀하의 CDES 서류번호는? : _____

어느 부서에 제출했나요? _____

사. 간단한 절차

본인은 나의 서류가 간단한 절차 대상이 되기를 희망하지 않습니다.
만약에 귀하가 이러한 절차를 선택한다면, 귀하의 권리가 조사되지만, 귀하는 CDAPH(장애인 독립권 위원회)에 의해 소환되지 않습니다.

아. 신고서약서

본 서명은 제공된 정보가 정확하고, 본 신고 내용과 관련한 모든 수정사항을 통보할 것을 약속함을 증명한다.

서명장소:

서명일: 년 월 일

요청인 또는 법적 대리인의 서명:

부정행위나 거짓 신고를 할 경우에는 법적 처벌을 받습니다(사회안전법 제 L 554 -1 L835 5 조 - 건설과 주거법 제 L351.13 조 - 형법 제 441.1 조)
1978년 1월 6일에 수정된 디지털, 문서, 자유에 관한 법은 본 서식에 기입한 답변에 적용됩니다. 이 법은 귀하의 요청을 처리하는 기관이 귀하와 관련된 데이터에 대해 접근하고, 정정할 수 있는 권한을 보장합니다.
귀하의 CAF 또는 MSA는 Fisc, Assedic과 정보교환을 합니다. 귀하의 정확한 상황을 제대로 신고해야 합니다. 그렇지 않으면, 귀하가 잘못 지급받은 금액을 환불해야 할 수도 있습니다.

MDPH 35

5. 인생 계획

수혜자 성명:

주소

지역:

우편번호:

전화번호:

이메일 주소:

본 서류를 MDPH에 제출 한다:

- 본 서류는 기밀유지서류이다
- 본 서류에서 당신은 본인의 상황과 관련하여 본인의 희망사항과 요구사항 또는 당신이 대신하는 사람의 희망사항과 요구사항을 자유롭게 기술할 수 있다.
- 본 서류는 다전공평가팀이 귀하의 개인보상계획을 수립하는데 하나의 관점을 제공한다.

본인은 본인 인생의 여러 다양한 단면에 관한 본인의 희망사항과 요구사항을 기술하길 원하지 않는다(2페이지에 있는 서식에 날짜와 서명을 기입하는 것을 잊지 말 것)

본인은 본인 인생의 여러 다양한 단면에 관한 본인의 희망사항과 요구사항을 기술하길 원한다 (커뮤니케이션, 건강, 학력, 교육, 직장, 거주지, 일상생활, 취미생활, 가족생활, 여가시간 ...)

1. 본인의 희망사항은?

2. 본인의 요구사항은?

3. 본인은 다음과 같은 추가 내용을 기입하길 원한다:

(만약에, 기입 공간이 부족하면, 별지에 계속 기입해 주십시오)

날짜와 서명:

본 서류 작성을 도와준 사람의 이름과 직책:

요구자 또는 법적 대리인의 성명(해당되는 경우)

가족관계:

주소:

지역: 우편번호:

전화번호:

법적 대리인 서명

일르-에-비레느 지역 장애인 센터

19 B rue de Chatillon - CS13103-35031 RENNES CEDEX

Tel : 0 810 01 19 19

제6절 네덜란드

네덜란드 근로능력 평가 도구

활동력과 관련한 목록

본 목록은 일반적으로 전일 (최소 8시간 이상) 활동하는 것이 가능한가에 대한 것이다. 정상 활동이 불가능한 경우 그 원인이 질병, 결함 또는 사고와 관련하여 보험사 의사가 내린 진단에 포함되면, 이와 관련한 사항은 별도의 주제별 목록에 명시한다. 정상 활동력이라는 용어에서 ‘정상’이 의미하는 수준은 매일 일반적으로 생활·활동하는데 필요한 활동력과 동일한 수준을 말한다. 참고로 달리 명시하지 않은 한, 정상 수준을 초과 한 과다활동량이 필요한 때가 가끔 있을 수도 있다.

보험사의 의료 보고서가 없이는 본 목록을 사용할 수 없다. 보험사의 의료 보고서에는 고객의 각종 능력과 결함을 분석한 진단 결과가 명시되어 있다.

성명:

소피(Sofi)번호¹:

성별: 남/여

진단코드:

최근/현재 직업:

(주당 근무시간:)

근로재개:

(주당 근무시간:)

결론:

- 고객에게 지속적 근무 능력이 있음
- 고객에게 지속적 근무 능력이 없음

보충설명:

- 고객은 자신이 맡은 업무를 온전히 수행할 능력을 가지고 있음
 - 고객은 업무를 정상적으로 수행할 능력을 가지고 있음 (추가 목록 참조)
 - 고객은 정상적으로 업무를 수행할 수 없음 (추가 목록 참조)
 - 기타 (보험사 의사의 보고서 참조)
-
- 고객에게는 사(私)적 및/또는 사회적 기능이 상당히 결여되어 있음 (추가목록 I 및 II 참조)
 - 고객은 병원 또는 AWBZ 기관 (불치병으로 인한 장기 요양소)에 입원한 상태임
 - 고객은 거동이 불편하여 주로 (거의 하루 종일, 지속적으로) 침상 생활을 하여야 함
 - 고객은 정상적으로 1일생활을 하기 위해 타인의 도움을 상당히 필요로 함
 - 고객의 활동력은 상당히 불규칙적임 < 3개월 - 1년 >

일자:

보험사 의사:

¹ 네덜란드 주민번호에 해당.

주제 1: 사(私)적 활동력

1. 집중력

- 0. 정상: 한 개의 정보 매체 (서적 또는 TV나 라디오에서 방영되는 다큐멘터리)에 30분 이상 집중할 수 있음
- 1. 제한적: 한 개의 정보 매체 (신문 또는 TV나 라디오에서 방영되는 시사프로그램)에 30분 이상 집중할 수 없음
- 2. 심각: 한 개의 정보 매체 (광고지 또는 TV나 라디오에서 방영되는 광고 프로그램)에 5분 이상 집중할 수 없음

2. 집중력 분산

- 0. 정상: 여러 개의 정보 매체에 30분 이상 끌고루 집중력을 분산시킬 수 있음 (복잡한 거리에서 자전거나 차로 이동할 수 있음)
- 1. 제한적: 여러 개의 정보 매체에 30분 이상 끌고루 집중력을 분산시킬 수 없음 (복잡한 거리에서 자전거나 차로 이동할 수 없음)
- 2. 심각: 여러 개의 정보 매체에 5분 이상 끌고루 집중력을 분산시킬 수 없음 (복잡한 거리를 혼자서 건널 수 있음)

3. 기억력

- 0. 정상: 대체로 특별한 도움 (보조 수단)이 없이도 관련된 일을 적시에 기억할 수 있음
- 1. 제한적: 활동의 계속성을 유지하기 위해 종종 필요한 사항을 메모함으로써 기억을 하지 못할 때 참고해야 함
- 2. 심각: 일상생활을 함에 있어 반드시 기억해야 하는 사항 (시간, 장소, 사람, 주제)을 자주 잊어버림.
망각증세의 정도가 심하여 도움 (보조 수단)을 사용하는 것만으로는 불충분함

4. 자기 능력에 대한 인식

- 0. 정상: 대체로 자신의 능력 및 결함을 적절하게 인식하고 있음
- 1. 제한적: 대체로 자신의 능력을 과도 평가함
- 2. 심각: 대체로 자신의 결함을 과도 평가함

5. 의도하는 일의 수행력 (업무 수행력)

- 0. 정상: 일상생활을 함에 있어 의도하는 일을 적절히 수행할 수 있음 (정시 기상, 세수, 양치질, 조식 준비, 아침 식사, 집안 문단속, 약속시간 지키기를 할 수 있음)
- 1. 제한적: 의도한 목적을 달성하기 위해 정시간에 활동을 개시할 수 없음
- 2. 제한적: 필요한 활동을 논리적 순서대로 수행할 수 없음
- 3. 제한적: 이미 수행한 일을 사후 점검하지 않음
- 4. 제한적: 의도한 목적이 이미 달성되었거나 또는 달성될 수 없는 경우, 해당 활동을 중단할 수 없음
- 5. 의도한 일을 수행할 수 없는 기타의 경우:

6. 독립적 활동 (독립적 업무 수행력)

- 0. 정상: 일상생활을 함에 있어 독립적으로 활동하는데 특별히 결여되는 점 없음
- 1. 제한적: 대체로 스스로 주도하여 활동하는 일이 없음
- 2. 제한적: 대체로 스스로 목적을 설정하는 일이 없음
- 3. 제한적: 대체로 다양한 활동을 스스로 생각해 낼 수 없음
- 4. 제한적: 대체로 스스로에게 가장 적합한 해결방식이 무엇인지 결정할 수 없음
- 5. 제한적: 대체로 자신이 선택한 해결방식이 어떤 경우에 성공적이지 못할 것인지 인식하지 못함
- 6. 제한적: 위의 경우 (5번), 대체로 차선책 또는 다른 목적을 스스로 선택하지 못함
- 7. 제한적: 대체로 목적이 달성될 때까지 스스로 일을 지속시킬 수 없음
- 8. 제한적: 상황이 요구할 때, 스스로 타인의 지원을 적시에 요청하지 못함
- 9. 독립적 활동을 수행할 수 없는 기타의 경우:

7. 수행속도

- 0. 정상: 일상생활을 함에 있어 일의 수행 속도가 특별히 늦지 않음
- 1. 제한적: 일의 수행속도가 상당히 늦음

8. 사(私)적 활동력과 관련한 기타 결함

- 0. 정상: 일상생활을 함에 있어 사적 활동과 관련한 특별한 결함이 없음
- 1. 제한적: 특별한 결함, 예컨대

9. 근로 상황에서 사적 활동력과 관련되는 특정 조건

(위에 지적된 결함으로 인하여 - 또는 (고객의) 보상 심리로 인하여 - 근로를 함에 있어 특정한 조건을 필요로 하는가?)

- 0. 아니다: 근로를 함에 있어 특별히 필요한 조건은 없음
- 1. 그렇다: 고객은 사전에 완벽하게 계획된 작업만 제대로 수행할 수 있음: 단순한 작업 한 가지만 요구하여야 함 (구체적인 작업 내용, 작업 장소 및 시간: 작업 당 한 가지 일만 수행). 또한 작업 방식이 미리 정해져 있어야 함
- 2. 그렇다: 고객은 익숙한 작업을 규칙적으로 수행하는 일만 제대로 수행할 수 있음 (일상적인 업무만 수행 가능)
- 3. 그렇다: 고객은 직접 감독 (여러 차례에 걸친 지시 및 평가) 및/또는 면밀한 감독 하에서만 제대로 일을 수행할 수 있음
- 4. 그렇다: 고객은 타인에 의해 집중력이 방해 받지 않는 환경에서만 제대로 일을 수행할 수 있음
- 5. 그렇다: 고객은 예측 가능한 근무 환경에서만 제대로 일을 수행할 수 있으며, 근무 환경 및/또는 근무 내용이 자주 변화하는 환경에서는 융통성 있게 일을 수행할 수 없음
- 6. 그렇다: 고객은 예기치 않게 업무가 중지되거나 중단되는 근무 환경에서는 제대로 일을 수행할 수 없음

7. 그렇다: 고객은 자주 작업 마감일이나 달성 업무량을 정해놓고 일하는 근무환경에서는 제대로 일을 수행할 수 없음
8. 그렇다: 고객은 작업 속도가 빠른 근무환경에서는 일을 제대로 수행할 수 없음
9. 그렇다: 고객은 개인적 위험 부담이 큰 근무환경에서는 일을 제대로 수행할 수 없음
10. 그렇다: 근로 상황에서 사적 활동력과 관련되는 다른 특정 조건:

주제 2: 사회적 기능

1. 보기

0. 정상: 일상생활을 함에 있어 특정한 결함이 없음

1. 제한적: 예컨대

2. 듣기

0. 정상: 일상생활을 함에 있어 특정한 결함이 없음

1. 제한적: 예컨대

3. 말하기

0. 정상: 일상생활을 함에 있어 특정한 결함이 없음

1. 제한적: 예컨대

4. 쓰기

0. 정상: 일상생활을 함에 있어 특정한 결함이 없음

1. 제한적: 예컨대

5. 읽기

0. 정상: 일상생활을 함에 있어 특정한 결함이 없음

1. 제한적: 예컨대

6. 타인의 감정적 문제에 대한 자세

0. 정상: 대체로 타인의 문제를 자신의 일처럼 동감할 수 있는 한편, 자신의 행동이 나 심적인 측면에서 적절한 거리를 유지할 수 있음

1. 제한적: 대체로 타인의 문제를 지나치게 신경 쓰는 편임: 자신의 행동면에서는 적절한 거리를 유지할 수 있으나 심적으로는 그렇지 못함

7. 자신의 감정 표현

- 0. 정상: 대체로 스스로의 감정을 언어 및 행동으로 타인이 이해하기 쉽고 수용할 수 있을 정도로 표현할 수 있음
- 1. 제한적: 불명확하거나 예측 불가능한 또는 특이한 감정 표현으로 인하여 타인으로 하여금 혼동을 겪게 함
- 2. 심각: 대체로 감정 표현을 하지 못하거나 (스스로 억제하거나) 또는 타인의 반응은 전혀 고려하지 않은 채 자신의 감정을 아무렇게나 (조절하지 않고) 표현함

8. 갈등 대처력

- 0. 정상: 난폭하거나 몰상식한 사람들과의 부딪혔을 때 직접 대면하여 갈등에 대처할 수 있음
- 1. 제한적: 난폭하거나 몰상식한 사람들과 부딪혔을 때 전화 또는 필기(서신 등)를 사용해서만 갈등에 대처할 수 있음
- 2. 심각: 갈등에 전혀 대처할 수 없음

9. 협력

- 0. 정상: 다른 사람들과 협력 및 조율하여 업무를 수행할 수 있음 (팀을 구성하여 업무 수행)
- 1. 제한적: 다른 사람들과 함께 일은 할 수 있지만, 자신의 담당할 일은 사전에 미리 정해주어야 함
- 2. 심각: 기본적으로 다른 사람들과는 일을 함께 할 수 없음

10. 교통수단

- 0. 정상: 자동차 또는 자전거를 직접 운전할 수 있거나 혼자 힘으로 대중교통수단을 이용할 수 있음
- 1. 제한적: 타인의 도움을 받아야만 이동이 가능함

11. 기타 다른 사회적 기능

- 0. 정상: 일상생활을 함에 있어 사회적으로 기능하는데 특별한 결함이 없음
- 1. 제한적: 특별한 결함, 예컨대

12. 근로 상황에서 사회적 기능과 관련되는 특정 조건

(위에 지적된 결함으로 인하여 - 또는 (고객의) 보상 심리로 인하여 - 근로를 함에 있어 사회적으로 기능하는데 특정한 조건을 필요로 하는가?)

- 0. 아니다: 근로를 함에 있어 사회적으로 기능하는데 특별한 조건은 없음
- 1. 그렇다: 고객은 대체로 다른 고객들과의 직접적 교류가 거의 드물거나 없는 근무 환경에서만 일을 제대로 수행할 수 있음 (일부 서비스 업무 수행 불가)
- 2. 그렇다: 고객은 대체로 다른 환자들이나 도움을 필요로 하는 사람들과의 직접적 교류가 거의 드물거나 없는 근무 환경에서만 일을 제대로 수행할 수 있음 (일부 의료 및 원조 관련 업무 수행 불가)
- 3. 그렇다: 고객은 필요한 경우 상사나 동료의 지원이 있을 수 있는 근무 환경에서만 일을 제대로 수행할 수 있음
- 4. 그렇다: 고객은 대체로 다른 동료들과의 직접적 교류가 없는 근무 환경에서만 일을 제대로 수행할 수 있음
- 5. 그렇다: 고객은 지휘력을 요구하는 근무 환경에서는 일을 제대로 수행할 수 없음
- 6. 그렇다: 근로 상황에서 사회적 기능과 관련되는 다른 특정 조건, 예컨대

보충설명: 보험사 의료 보고서 참조

주제 3: 물리적 환경 조성

1. 열기

0. 정상: 특정 결함 없음

1. 제한적: 예컨대

2. 한기

0. 정상: 특정 결함 없음

1. 제한적: 예컨대

3. 통풍

0. 정상: 특정 결함 없음

1. 제한적: 예컨대

4. 피부접촉

0. 정상: 특정 결함 없음

1. 제한적: 예컨대

5. 보호수단

0. 정상: 특정 결함 없음

1. 제한적: 예컨대

6. 먼지, 연기, 가스, 수증기

0. 정상: 특정 결함 없음

1. 제한적: 예컨대

7. 소음

- 0. 정상: 특정 결함 없음
- 1. 제한적: 예컨대

8. 진동

- 0. 정상: 특정 결함 없음
- 1. 제한적: 예컨대

9. 기타 물리적 환경 조성과의 관련한 결함

- 0. 정상: 물리적 환경 조성과의 관련한 특정 결함이 없음
- 1. 알레르기: 예컨대
- 2. 감염 위험이 높은 편, 예컨대
- 3. 상피 구조 (피부) 열악한 편, 예컨대
- 4. 다른 결함, 예컨대

10. 물리적 환경 조성과의 관련되는 특정 조건

(위에 지적된 결함으로 인하여 - 또는 (고객의) 보상 심리로 인하여 - 근로 환경이 특별히 변경되어야 하는가?)

- 0. 아니다: 물리적 근로 환경을 특별히 변경하지 않아도 됨
- 1. 그렇다: 물리적 근로 환경을 특별히 변경하여야 함, 예컨대

보충설명: 보험사 의료 보고서 참조

주제 4: 동작

1. 한 손만 지배적으로 사용

- 0. 해당사항 없음
- 1. 오른손
- 2. 왼손

2. 결합 검색

- 0. 해당사항 없음
- 1. 오른손
- 2. 왼손
- 3. 양손

3. 손과 손가락 사용

- 0. 정상: 일상생활을 함에 있어 손과 손가락을 사용하는데 특별한 결함이 없음
- 1. 제한적: 공 같은 물체를 제대로 잡을 수 없음
- 2. 제한적: 필기구 같은 물체를 제대로 잡을 수 없음
- 3. 제한적: 핀셋 같은 물체를 제대로 잡을 수 없음
- 4. 제한적: 열쇠 같은 물체를 제대로 잡을 수 없음
- 5. 제한적: 실린더(원통) 같은 물체를 제대로 잡을 수 없음
- 6. 제한적: 물체를 꼬집는 힘/잡는 힘 연습을 제대로 할 수 없음
- 7. 제한적: 손/손가락을 정확하게 움직이는 동작을 할 수 없음
- 8. 제한적: 손/손가락을 반복적으로 움직이는 동작을 할 수 없음

4. 촉각

- 0. 정상: 일상생활을 함에 있어 특정한 결함이 없음
- 1. 제한적: 예컨대

5. 자판기 및 마우스 사용

- 0. 정상: 필요한 동작을 모두 할 수 있음
- 1. 제한적: 예컨대

6. 자판기와 마우스를 사용하는 동작

- 0. 정상: 근무일 여러 차례에 걸쳐 자판기와 마우스를 사용하여 일할 수 있음 (전문 문서 편집, 프로그래밍, CAD/CAM 업무, 전자 매매 프로그램 사용 가능)
- 1. 약간 제한적: 필요한 경우 근무일의 반 (4시간 정도) 동안 자판기와 마우스를 사용하여 일할 수 있음 (행정업무)
- 2. 제한적: 필요한 경우 근무일의 일부분 (1시간 정도) 동안 자판기와 마우스를 사용하여 일할 수 있음 (이메일)
- 3. 심각: 근무일 30분 이상은 자판기와 마우스를 사용하여 일을 할 수 없음

7. 손과 팔을 이용하여 드라이버를 돌리는 동작

- 0. 정상: 일상생활을 함에 있어 특정한 결함이 없음
- 1. 제한적: 예컨대

8. 물건을 건네는 동작

- 0. 정상: 팔을 완전히 뻗은 자세로 물건을 건넬 수 있음 (커피 접대)
- 1. 약간 제한적: 물건을 건넬 때 팔이 약간 굽어짐 (어깨와 손의 거리: 50-60cm정도)
- 2. 제한적: 물건을 건넬 때 팔이 많이 굽어짐 (어깨와 손의 거리: 50cm 미만)

9. 근무 중 자주 물건을 건네는 동작

- 0. 정상: 필요한 경우 근무일에 한 시간당 1200번 정도는 물건을 건넬 수 있음 (큰 상점에서 계산 또는 포장 직원으로 근무 가능)
- 1. 약간 제한적: 필요한 경우 근무일에 한 시간당 600번 정도는 물건을 건넬 수 있음

2. 제한적: 필요한 경우 근무일에 한 시간당 450번 정도는 물건을 건넬 수 있음
3. 심각: 필요한 경우 근무일에 한 시간당 300번 정도는 물건을 건넬 수 있음

10. 몸 굽히는 동작

0. 정상: 90도 정도 몸을 굽힐 수 있음 (땅에 떨어진 종이를 집을 수 있음)
1. 제한적: 60도 정도 몸을 굽힐 수 있음 (땅에 있는 가방을 들어 올릴 수 있음)
2. 심각: 45도 정도 몸을 굽힐 수 있음 (의자 위에 떨어진 빵가루를 집을 수 있음)

11. 근무 중 자주 몸 굽히는 동작

0. 정상: 필요한 경우 근무일에 한 시간당 600번 정도는 몸을 굽힐 수 있음
1. 약간 제한적: 필요한 경우 근무일에 한 시간당 300번 정도는 몸을 굽힐 수 있음
2. 제한적: 필요한 경우 근무일에 한 시간당 150번 정도는 몸을 굽힐 수 있음
3. 심각: 필요한 경우 근무일에 한 시간당 50번 정도는 몸을 굽힐 수 있음

12. 몸통 돌리는 동작

0. 정상: 상체 몸통을 45도 이상 돌릴 수 있음 (자전거를 타고 뒤를 돌아볼 수 있음: 승용차의 앞좌석에 앉아 뒷좌석에 있는 가방을 집어들 수 있음)
1. 제한적: 예컨대

13. 밀거나 당기는 동작

0. 정상: 대략 15kg² 정도 밀거나 당길 수 있음 (잘 열리지 않는 문을 밀거나 당겨 열 수 있음)
1. 제한적: 대략 10kgf 정도 밀거나 당길 수 있음 (가득 찬 쓰레기통을 밀거나 당길 수 있음)
2. 심각: 대략 5kgf 정도 밀거나 당길 수 있음 (자동 닫힘 장치가 장착된 문을 밀거나 당겨 열 수 있음)

² 킬로그램 힘

14. 물건을 들어 올리거나 옮기는 동작

- 0. 정상: 대략 15kg 정도 들거나 옮길 수 있음 (유치원생 정도)
- 1. 약간 제한적: 대략 10kg 정도 들거나 옮길 수 있음(3-5세 아동 정도)
- 2. 제한적: 대략 5kg 정도 들거나 옮길 수 있음 (감자 1포대 정도)
- 3. 심각: 대략 1kg 정도 들거나 옮길 수 있음 (우유 1 리터 정도)

15. 근무 중 빈번하게 가벼운 물건 다루는 동작

- 0. 정상: 필요한 경우 근무일 한 시간당 약 600회 정도 1 kg 정도 되는 물건을 다룰 수 있음 (주문 수집)
- 1. 약간 제한적: 필요한 경우 근무일 한 시간당 약 300회 정도 1 kg 정도 되는 물건을 다룰 수 있음
- 2. 제한적: 필요한 경우 근무일 한 시간당 약 150회 정도 1 kg 정도 되는 물건을 다룰 수 있음
- 3. 심각: 필요한 경우 근무일 한 시간당 약 50회 정도 1 kg 정도 되는 물건을 다룰 수 있음

16. 근무 중 빈번하게 무거운 물건 다루는 동작 (한 시간당 약 10회 정도)

- 0. 정상: 필요한 경우 근무일에 한 시간 정도 15 kg 정도 되는 물건을 빈번히 다룰 수 있음
- 1. 제한적: 필요한 경우 근무일에 한 시간 정도 15 kg 정도 되는 물건을 빈번히 다룰 수 없음

17. 머리 동작

- 0. 정상: 머리를 자유자재로 움직일 수 있음
- 1. 제한적: 머리를 자유자재로 움직일 수 없음
- 2. 심각: 머리를 옆으로 거의 돌릴 수 없음
- 3. 심각: 머리를 위 아래로 거의 움직일 수 없음

18. 걷기

- 0. 정상: 약 1시간 정도 계속적으로 걸을 수 있음 (산책)
- 1. 약간 제한적: 약 30분 정도 계속적으로 걸을 수 있음 (간단한 산책)
- 2. 제한적: 약 15분 정도 계속적으로 걸을 수 있음 (근처에 있는 우체통까지 걷기)
- 3. 심각: 5분 이상은 계속적으로 걸을 수 없음 (집안에서 걷기)

19. 근무 중 걷기

- 0. 정상: 필요한 경우 근무일에 여러 차례 걸을 수 있음 (우체부)
- 1. 약간 제한적: 필요한 경우 근무일에 절반 (약 4시간 정도) 동안 걸을 수 있음
- 2. 제한적: 필요한 경우 근무일에 약간 (약 1시간 정도) 동안 걸을 수 있음
- 3. 심각: 근무일에 30분 이상은 걸을 수 없음

20. 계단 걷기

- 0. 정상: 적어도 한번은 2개 층을 오르내릴 수 있음 (3층으로 된 가정집)
- 1. 약간 제한적: 적어도 한번에 1개 층을 오르내릴 수 있음 (2층으로 된 가정집)
- 2. 제한적: 적어도 한번에 1개 층을 오르거나 내릴 수 있음 (2층으로 된 가정집)
- 3. 심각: 한번에 1개의 층계를 오르거나 내릴 수 있음

21. (사다리/받침대) 올라타기

- 0. 정상: 적어도 사다리 층계를 오르내릴 수 있음 (1층 사다리)
- 1. 약간 제한적: 적어도 가정용 사다리를 오르내릴 수 있음
- 2. 제한적: 적어도 (낮은) 받침대를 오르내릴 수 있음
- 3. 심각: 그 어떤 것에도 올라갈 수가 없음

22. 무릎 굽히기 또는 쭈그리고 앉기

- 0. 정상: 양손을 땅에 대고 무릎을 굽히거나 쭈그리고 앉을 수 있음 (땅에 떨어진 물건 줍기)

1. 제한적: 양손을 땅에 대고 무릎을 굽히거나 쭈그리고 앉을 수 없거나 어려움

23. 동작과 관련한 기타 결함

0. 정상: 일상생활을 함에 있어 동작과 관련한 특별한 결함이 없음

1. 그 밖의 특별한 결함, 예컨대

24. 근무 중 동작을 위한 특정 조건

(위에 지적된 결함으로 인하여 - 또는 (고객의) 보상 심리로 인하여 - 근무 중 원활히 동작하려면 특정한 조건이 충족되어야 하는가?)

0. 아니다: 근무 중 원활히 동작하기 위해 특정한 조건을 충족시킬 필요가 없음

1. 그렇다: 근무 중 원활히 동작하기 위해 특정한 조건을 충족시킬 필요가 있음, 예컨대

보충설명: 보험사 의료 보고서 참조

주제5: 정지 자세

1. 앉아 있기

- 0. 정상: 약 2시간 정도 연속적으로 앉아 있을 수 있음 (운전)
- 1. 약간 제한적: 약 1시간 정도 연속적으로 앉아 있을 수 있음 (영화 감상)
- 2. 제한적: 약 30분 정도 연속적으로 앉아 있을 수 있음 (식사)
- 3. 심각: 15분 이상 연속적으로 앉아 있을 수 없음 (TV 뉴스 시청)

2. 근무 중 앉아 있기

- 0. 정상: 필요한 경우 근무 중 거의 내내 앉아 있을 수 있음 (조립업무, 계산 업무, 행정 업무)
- 1. 약간 제한적: 필요한 경우 근무 중 거의 대부분의 시간을 앉아 있을 수 있음 (약 6~8시간)
- 2. 제한적: 필요한 경우 근무일 절반 정도의 시간 동안은 앉아 있을 수 있음 (약 4시간)
- 3. 심각: 근무일 4시간 이상은 앉아 있을 수 없음

3. 서 있기

- 0. 정상: 약 1시간 동안 연속적으로 서 있을 수 있음 (스포츠 경기 관람)
- 1. 약간 제한적: 약 30분 동안 연속적으로 서 있을 수 있음 (놀이동산에서 줄 서서 기다리기)
- 2. 제한적: 약 15분 동안 연속적으로 서 있을 수 있음 (설거지)
- 3. 심각: 약 5분 이상 연속적으로 서 있을 수 없음 (양치질)

4. 근무 중 서 있기

- 0. 정상: 필요한 경우 근무 중 거의 내내 서 있을 수 있음 (판매직, 생산직)
- 1. 약간 제한적: 필요한 경우 근무일의 절반 동안은 서 있을 수 있음 (약 4시간)

2. 제한적: 필요한 경우 근무일에 약간의 시간 동안은 서 있을 수 있음 (약 1시간)
3. 심각: 근무일 30분 이상은 서 있을 수 없음

5. 무릎 꿇거나 쪼그리고 앉은 자세로 일하기

0. 정상: 적어도 5분 이상은 연속적으로 무릎을 꿇거나 쪼그리고 앉아서 일을 할 수 있음 (정원일)
1. 제한적: 5분 이상은 연속적으로 무릎을 꿇거나 쪼그리고 앉아서 일을 할 수 없음 (문 또는 선반 청소)

6. 몸을 굽히거나 또는 상체를 돌리면서 일하기

0. 정상: 적어도 5분 이상은 연속적으로 몸을 굽히거나 상체를 돌리면서 일할 수 있음 (집 앞 비질하기)
1. 제한적: 5분 이상은 연속적으로 몸을 굽히거나 상체를 돌리면서 일할 수 없음 (신발 끈 매기)

7. 어깨 높이보다 손은 높이 들고 일하기

0. 정상: 적어도 5분 이상은 연속적으로 어깨 높이보다 손을 높이 들고 일할 수 있음 (커튼 달기)
1. 제한적: 5분 이상은 연속적으로 어깨 높이보다 손을 높이 들고 일할 수 없음 (전구 교환)

8. 근무 중 머리를 특정 자세로 하고 일하기

0. 정상: 필요한 경우 근무 중 거의 내내 머리를 특정 자세로 하고 일할 수 있음 (컴퓨터 등) 화면을 보고 일하기, 품질 검수일)
1. 약간 제한적: 필요한 경우 근무일의 절반 정도는 머리를 특정 자세로 하고 일할 수 있음 (약 4시간)
2. 제한적: 필요한 경우 근무일 약간의 시간 정도는 머리를 특정 자세로 하고 일할

수 있음 (약 1시간)

3. 심각: 근무일 30분 이상은 머리를 특정 자세로 하고 일할 수 없음

9. 다양한 자세 취하기

0. 정상: 다양한 자세를 취함에 있어 특이한 점은 없음

1. 다양한 자세를 취함에 있어 특이한 점이 있음, 예컨대

10. 정지 자세를 취하는데 있어서의 기타 결함

0. 정상: 일상생활을 함에 있어 정지 자세를 취하는데 특별한 결함이 없음

1. 특별한 결함 있음: 예컨대

11. 근무 중 정지 자세를 취하는데 있어서 특별히 요구되는 조건

(위에 지적된 결함으로 인하여 - 또는 (고객의) 보상 심리로 인하여 - 근무 중 정지 자세를 취하려면 특정한 조건이 충족되어야 하는가?)

0. 아니다: 근무 중 정지 자세를 취함에 있어 특별히 충족시켜야 하는 조건은 없음

1. 그렇다: 정지 자세를 취하는데 특별히 요구되는 조건이 있음, 예컨대

보충설명: 보험사 의료 보고서 참조

주제 6; 근무시간

1. 하루 중 근무 가능 시간

- 0. 정상: 필요한 경우 하루 중 어느 시간대라도 근무할 수 있음, 야간근무 가능
- 1. 제한적: 야간근무 불가 (00.00 ~ 06.00시)
- 2. 제한적: 저녁시간 근무 불가 (18.00 ~ 24.00시)

2. 일일근무시간

- 0. 정상: 하루 평균 8시간 이상 근무 가능
- 1. 정상 수준에 약간 못 미침: 하루 평균 8시간 이상은 근무 불가능
- 2. 약간 제한적: 하루 평균 6시간 이상은 근무 불가능
- 3. 제한적: 하루 평균 4시간 이상은 근무 불가능
- 4. 심각: 하루 평균 2시간 이상은 근무 불가능

3. 주당 근무시간

- 0. 정상: 주당 평균 40시간 이상 근무 가능
- 1. 정상 수준에 약간 못 미침: 주당 평균 40시간 이상은 근무 불가능
- 2. 약간 제한적: 주당 평균 30시간 정도 근무 가능
- 3. 제한적: 주당 평균 20시간 정도 근무 가능
- 4. 심각: 주당 평균 10시간 정도 근무 가능

4. 근무시간과 관련한 기타 결함

- 0. 정상: 근무시간과 관련한 결함이 없음
- 1. 특정 결함이 있음, 예컨대

보충설명: 보험사 의료 보고서 참조

제7절 노르웨이

1. 노르웨이 사회보장 청구 관련 의료 증명서

본 양식은 다음의 경우 사용 합니다:

- 8주를 초과하는 질병/부상을 사유로 하는 근로 무능력
- 의료재활의 청구 및 재고
- 직업재활의 청구
- 장애연금의 청구

사유-목적-이용

이는 노르웨이 사회보장 법령에 의거한 증명서입니다.

환자들이 가능한 조속히 일자리로 복귀하고 또한 환자들에게 시기적절한 보조금이 지급될 수 있도록, 담당 의사/보건 전문가께서는 본 양식상 요구되는 정보를 정확히 기재해 주시기 바랍니다. 효율적인 업무 처리를 위해, 다양한 사례에 대해 하나의 통일된 양식을 사용합니다.

병가가 8주를 초과하고 의료/직업재활 혹은 장애연금을 최초 청구하는 경우, 환자의 의학적 상태에 관한 세부 정보를 본 양식에 기록해야 합니다. 모든 질문에 답변을 기입합니다. 재활 관련 후속 양식에는 신규, 보충, 변경 의료 정보를 비롯하여, 저희 보험국에서 발급한 의사결정-서신에 언급된 특정 요건과 관련된 추가 답변을 기입해야 합니다. 필요한 의료 정보를 획득해 이를 저희 보험국에 제공하는 것은 환자의 책임입니다 (특수 사례 제외).

환자가 본 양식을 정확하게 작성하고, 담당 의사로부터 증명서 작성 일자가 명시된 영수증을 제출할 경우, 본 양식 작성에 소요된 환자의 비용을 보상해 드립니다.

(2002년 7월)

지역 의사 (가정 의사)

의료 전문가:

해외사회보장을 위한 노르웨이 사회보장국 (FFU)

주소: P.O. BOX 8138 DEP.

N-0033 OSLO

NORWAY

팩스: (+47) 23 31 13 01

e-메일: ffu@trygdeetaten.no

기타 사항 문의 시 해당되는 보조금 종류와 환자의 노르웨이 보험 번호를 알려 주십시오.

노르웨이 국가 보험제도

노르웨이 사회보장 청구관련 의료 증명서

0. 청구 사항:

0.1 8주 초과 병가 <input type="checkbox"/>	0.2 의료재활 <input type="checkbox"/>	0.3 직업재활 <input type="checkbox"/>	0.4 장애연금 <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

1. 환자 및 직업 정보

1.1 성명	1.2 노르웨이 생년월일/ 보험번호	1.3 노르웨이 보험국:
1.4 주소	1.5 직업	
1.5 고용자 주소		

2. 진단 및 병력

2.1 주요 진단	2.1.1 및 2.3 코드 ICD-10	
2.2 기타 진단	2.2.1 코드 ICD-10	2.4 ()의 사유로 전혀 일할 수 없음
2.5 단기 병력 - 증상 및 치료		
2.5.1 근로 능력 개선을 위해 예상되는 치료 기간		
2.6 현재 상태 (관련 검사/진료 결과 포함)		
2.7 해당 질병이 직업 관련 부상이나 질병에 기인하는 가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	2.7.1 “예”를 선택한 경우, 부상일자:	

성명	노르웨이 생년월일/보험 번호(11자리)
----	-----------------------

3. 의료 검사 및 치료 계획

3.1 검사 예정 →	검사:	3.1.1 관련 일자	3.1.2 대기 기간 (주)
치료 예정 →	치료:	3.1.3 관련 일자	3.1.4 대기 기간 (주)
3.2 의료 검사 계획. 검사/진료의 일자, 시간, 기간을 기재.			
3.3 의료 치료 계획. 일자, 시간, 기간을 기재.			
3.4 과거 검사/치료 계획의 신규 검토			
3.5 검사/치료 계획에 의거, 보험국이 언제 신규 의료 정보를 요청할 수 있는가 권고.			
3.6 향후 치료 계획이 없을 경우, 그 사유를 기재.			

4. 의료 치료 외의 제안

의료인의 관점에서, 이하 행동이 필요하거나 권고 되는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 “예”일 경우, 어느 행동?	상세 정보
a) 전문가 검사 <input type="checkbox"/> b) 고용자의 직업 훈련 <input type="checkbox"/> c) 기술적 지원 <input type="checkbox"/>	

d) 직업 재할 <input type="checkbox"/>	
e) 직업상담소에 적합 <input type="checkbox"/>	
f) 기타 (설명) <input type="checkbox"/>	
“예”의 경우, 해당 제안에 관한 특별한 “아니요”의 경우, 그 사유를 기술 제한 사항을 기술.	

5. 기능 및 근로 능력에 대한 의료 평가

5.1 질병/부상으로 인해 근로 능력이 어떻게 감소되었는가 기술.			
5.2 환자의 상태 <input type="checkbox"/> 피고용자 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 기타 (설명)			

환자가 하는 일의 형태와 일에 필요한 요건을 간략히 기술			
5.3 근로 능력 평가			
환자가,	현재	치료 후	직업 재할 후
a) 과거 직업에 복귀 가능 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 “예”인 경우→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 다른 형태의 일을 할 수 있음 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 “예”인 경우→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 a) 환자의 직업 중 어떠한 업무를 할 수 없는가?			
b) 다른 직업 (일) 선택 시 기타 고려 사항?			

6. 예후

a) 의료 치료를 통해 근로 능력이 개선될 것으로 기대되는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
b) 질병/부상의 기간 평가
c) 기능/근로 능력의 기간 평가
(단위: 월) 1-3 <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> 6-12 <input type="checkbox"/> 12 이상 <input type="checkbox"/> 영구적 <input type="checkbox"/>

7. 질병/부상으로 인해 어느 정도로 근로 능력이 감소되었는가에 대한 평가

설명:

성명	노르웨이 생년월일/보험 번호 (11자리)
----	------------------------

8. 기타 정보

--

9. 연락/협력 제안

의료 전문가	고용자	직업 상담소	기타	의견서 사본(노르웨이어)이 필요한가?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

10. 제한 사항

11. 담당 의사의 서명 및 작성일자

본 의료 증명서 내용 중 환자에게 얘기하지 말아야 할 질병/부상 관련 정보가 있는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 “예”일 경우, 설명:	11.1 담당 의사 서명 및 증명서 작성일자
	11.2 담당 의사 사무소 주소
	11.3 전화/팩스 번호

노르웨이 사회보험 제도

의료 재활 청구

직업 재활 청구

- 의료 재활
- 직업 재활 관련 재활 수당
- 직업 재활
- 18세 미만 미성년자용

1. 개인 정보

성명		보험 번호 (노르웨이)	
주소		직업	
노르웨이 시민권 <input type="checkbox"/> 외국인일 경우 국적; _____		전화번호/ 팩스, e-메일	
미혼___ 기혼___ 별거___ 이혼___ 미망인___ 동반자___ 동거인___			
18세 미만 미성년자 (혈육 혹은 입양)	성명	생년월일 (노르웨이 보험 번호)	
	성명	생년월일 (노르웨이 보험 번호)	
	성명	생년월일 (노르웨이 보험 번호)	
	성명	생년월일 (노르웨이 보험 번호)	
노르웨이를 벗어나 거주/근무한 적이 있는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 “예”일 경우, 그 시기: _____			
<input type="checkbox"/> 거주 경험 <input type="checkbox"/> 근무 경험		기간 (~부터 ~까지)	국가: _____
기타 노르웨이 보험 (연금, 장애 연금 등)			

2. 청구가 앞당겨지는 상황

전일 근무	<input type="checkbox"/> 시간제 근무	<input type="checkbox"/> 무직	<input type="checkbox"/> 학생
질병 수당	<input type="checkbox"/> 의료 재활	<input type="checkbox"/> 직업 재활	<input type="checkbox"/>
장애 연금	<input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 설명: _____	

3. 인지된 직업상 질병/부상

<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

성명	노르웨이 생년월일/보험 번호 (11자리)
----	------------------------

4. 질병 및 치료 관련 정보

질병/부상 상태 및 귀하의 기능에 미치는 영향을 설명:	
현재 받고 있는 치료가 있는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
“예”인 경우, 설명: _____	
동 질병/부상 관련하여 다른 종류의 치료를 받아본 적이 있는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
“예”인 경우, 설명: _____	
현재 받는 치료 외, 어떠한 종류의 치료가 귀하의 근로 능력을 개선시킬 수 있다고 보는가?	
담당 의사의 성명, 주소, 전화번호, e-메일	
다른 전문가의 치료를 받은 적이 있는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	“예”인 경우, 해당 전문가의 성명/주소/전화번호/팩스/e-메일을 기록:

5. 최종 직업 관련 정보

고용자 성명, 주소, 팩스, 전화번호, e-메일 / 귀하의 직업:		
근로계약 종료 여부:	상기 고용자로부터 아직 수령 중인 급여	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요, “예”인 경우, 종료일: _____	가 있는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
근무 형태:	주당 근로일	주당 근로 시간
<input type="checkbox"/> 전일 근무 <input type="checkbox"/> 시간제 근무		

6. 과거 직업

고용자	근무 형태	근무 기간(~부터 ~까지)

7. 과거 직업 재할 경험

과거에 직업 재할을 경험한 적이 있는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
--

성명	노르웨이 생년월일/보험 번호 (11자리)
----	------------------------

8. 업무, 근로 능력, 제안 관련 정보

귀하의 업무 설명:	
여전히 할 수 있는 업무?	할 수 없는 업무?
귀하의 상황을 직장 혹은 내부 직업 재활 그룹에서 고용자나 보건 서비스 관계자와 논의한 적이 있는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	귀하의 근무 환경에서 어떠한 개선 사항이 이뤄졌는가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
“예”인 경우, 설명: 일자리로 복귀를 위해 필요한 사항 <input type="checkbox"/> 근무 환경 개선 <input type="checkbox"/> 신규 업무 <input type="checkbox"/> 기술적 지원 <input type="checkbox"/> 직업 재활 (모든 형태) <input type="checkbox"/> 기타 세부 설명을 기술:	

9. 과거 교육 사항

학교/교과/직업훈련/자격증	기간	시험연도

10. 귀하의 청구와 관련하여 중요하다고 여겨지는 기타 정보

--

11. 지불/서명

귀하의 노르웨이 은행 계좌번호	본인은 사회 보험국 혹은 직업 상담소가 본 청구를 심사하는데 필요한 정보를 수집할 수 있음에 동의합니다.
	일자: _____ 서명: _____

제8절 아일랜드

사회복지서비스

의료 검토 및 평가부 (Medical Review and Assessment Section)

신청종류:

의사: _____ PPS 번호: _____
 신청인: _____

생년월일: _____ 직업: _____
 근로불능: _____ 근로불능코드: _____
 마지막 평가일: _____ 결과: _____ MRA 센터: _____
 의뢰사유: _____

날짜: _____ 의견: _____

장애 사례만 해당	
사고/질병 발생일	_____
현재 장애급부 신청 부서	_____
보충적 근로능력평가 필요 여부	_____
이전 직업적 부상 급부	부상 급부 _____ 부터 _____ 까지
장애연금 ()%	부터 _____ 까지
의료진	Issue MR33 이슈일
참조 <input type="checkbox"/> 의뢰: _____	_____

검토: _____ DNRA <input type="checkbox"/> 의료진: 날짜: _____	_____ _____ _____ _____
---	----------------------------------

미평가

- MRA 센터: _____ 신청인 불참
- 평가일 : _____ 참석 비해당
- 평가지간 : _____ 최종증명서 제출
- MR 코드 : _____ 출산수당 EDD
- 여행카테고리 : _____ 참석했으나 미평가

1. 근로불능 또는 장애 원인

- 2. 나이** 사고/질병 발생일 근로유무 무직 시 최종 고용일
- 예 아니요
- 직업

3.

의료기록 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

4.

수술/산과 기록

--

5.

근로 경력

--

6.

교육/직업교육 경력

--

사고/질병/장애로 인한 기능상이 손상에 관한 신청인의 진술

상기 사항이 사실임을 확인합니다.

서명:

날짜:

10. 신청자의 질병/사고/장애의 영향에 관한 임상적 설명

	정상	약함	보통	심함	매우 심함
정신건강	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
학습/인지능력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
의식	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
균형/조정	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
청력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
말하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
배설억제력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
팔펴기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
손동작	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
들기/옮기기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
구부리기/무릎꿇기/웅크리기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
앉기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
서기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
계단오르내리기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
걷기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 관찰/소견

장애 사례만 해당

12. 관련 상태들

사고/질병으로 인한 장애평가와 관련된 상태에 대해 서술하십시오. 각 상태는 다음과 같이 분류하십시오.

- F (완전 관련): 모든 장애가 사고/장애로 인한 상태로부터 기인
예를 들어 이전까지 정상이었던 사지 손상
- P (부분적 관련): 장애의 일부가 사고/장애로 인한 상태로부터 기인
예를 들어 이전의 손상된 사지의 부상 또는 상실로 인해 이전의 손상된 관절의 상태 악화
- C (관련): 사고/장애 자체로 인한 상태는 아니나, 장애와 관련성 있음
예를 들어 기존의 목발 등이 필요한 절뚝거리는 증상이 손의 상실로 인한 장애의 정도를 가중

1 상태	2 관련성	3 2번의 관련성이 명확하지 않을 경우 의견에 대한 사유

13. 사고/질병이 신체적, 정신적 능력의 손상을 가져왔는가?

예 아니요 아니요 일 경우 14번 비해당

14. (a) 장애의 정도

(i) 한 가지 이상의 상태일 경우, 평가 구성
상태 % 능력손상정도

퍼센트

- (b) 평가 시작
예 아니요 (ii) 12번에서 P로 답했을 경우, 상쇄정도
상태 상쇄정도(%)
- (c) 평가지속일
(iii) 12번에서 C로 답했을 경우 추가정도
상태 추가정도(%)
- (d) 임시적 최종

15. 신청자의 지속적인 간병, 보조 필요여부 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 비해당 <input type="checkbox"/>

근로능력 평가 (해당될 경우)

16. 신청자가 일상적인 업무수행이 가능하다고 생각합니까?
예 아니요 비해당

16(a). '네'로 답했을 경우, 기능적 용어를 사용하여 이유를 설명하십시오.

- 16(b). 아니요 또는 비해당으로 답했을 경우,
신청자가 WCI 리스트에 있는 어떤 종류의 일도 가능하다고 생각합니까?
예 아니요

16(c). '네'로 답했을 경우, 기능적 용어를 사용하여 이유를 설명하십시오.

A B C D E F G H I

16(d). ‘아니요’로 답했을 경우, 기능적 용어를 사용하여 이유를 설명하십시오.

16(e). 비기능적 근로불능 요인이 있습니까?

예 아니요

‘네’로 답했을 경우 설명하십시오.

근로불능 사례

17	네	아니요	비해당
인증된 근로불능 사유가 근로불능으로 확정되었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17(a)			
‘아니요’로 답했을 경우, 근로불능 조건에 대해 구체적으로 설명하십시오.			
<hr/>			
<hr/>			
17(b). 근로불능이 직업적 부상/질병에 기인한 것입니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

의료적 자격요건에 관한 소견

예 아니요 비해당

18. 신청인이 다음의 급부를 수령하기 위한 의료적 범주를 충족시킵니까?			
18(a) 질병수당	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(b) 장애연금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(c) 장애수당	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(d) 근로불능 보충수당	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(e) 보호자 수당	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(g) 회복 예상일/검토 추천일 _____			

재활

예 아니요 비해당

19. 직업재활이 가능합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19(a). '예'로 답했을 경우, 신청자가 직업재활을 받을 의사가 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20

의료진 서명 _____	날짜: _____
--------------	-----------

21

최종의료진: _____	날짜: _____
--------------	-----------

근로능력 평가

카테고리	직무정도/직업기술	예
A	가벼움/숙련	전문직, 매니저 학자, 수퍼바이저
B	가벼움/반숙련	사무직(타이피스트, 안내인, 전화안내인), 영업직, 택시운전수, 우편배달인
C	가벼움/숙련도 적음	매장보조, 돌봄노동, 경비
D	보통/숙련	기술직(정비공, 전기기술자, 배관공, 미용인) 의료전문인(간호사, 물리치료사)
E	보통/반숙련	공장노동자, 기계공, 청소부 식당보조, 보육사
F	보통/숙련도 적음	가사보조원
G	강함/숙련	기술직(벽돌직공, 목수, 기계공, 제빵사, 요리사)
H	강함/반숙련	간호조무사
I	강함/숙련도 적음	건설노동자, 농업, 폐물수거

제9절 핀란드

1. 핀란드 켈라/고용연금

근로능력의 상실

재활 치료를 위한 보조금 할당을 위해

1. 재활을 위한 보조금 수신자의 개인 정보

성명		신분증명번호
주소		전화번호
우편번호	우체국	Email 주소

2. 치료 또는 재활

<p>재활을 위한 보조금 수령 이후에 귀하의 치료 또는 재활이 어떻게 변화하였습니까?</p>
<p>귀하의 건강과 여타의 조건들에 대한 고려하에 재활을 위한 보조금 수령 후 어떤 변화들이 있었습니까?</p>
<p>귀하의 현재 근로 능력을 어떻게 평가하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아직 일하기에 부적절합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 부분적으로 일을 할 수 있습니다. - 어떤 종류의 일을 어느 정도 하실 수 있습니까?</p>

완전히 일할 수 있는 준비가 되어 있습니다. - 어떤 종류의 일을 어느 정도 하실 수 있습니까?

3. 직업 재활 및 노동에의 복귀

근로 생활로 복귀할 수 있는 가능성이 얼마나 된다고 생각하십니까?

귀하께서는 근로 생활에 복귀하기 위한 노력, 또는 계획을 세우신 적이 있으신가요? (상술하십시오)

근로 생활에 복귀하는 것에 재활 교육이 어떻게 도움이 될 수 있을까요? 재활 교육에는 예를 들어 인턴십, 직무 훈련, 교육 및 직업 보조금 등이 포함됩니다.

4. 건강정보

가장 최근에 의사 또는 의료 기관을 방문한 것이 언제입니까?	다음 방문:
귀하의 현 건강 상태에 대한 의사의 증명서는 B입니다. <input type="checkbox"/> 첨부 <input type="checkbox"/> 켈라에 전달 <input type="checkbox"/> 다른 곳-상세히 기재하십시오. <input type="checkbox"/> 추후에 전달 예정-정확한 시점을 기재하십시오.	
재활 보조금 수령 이후에 어떤 종류의 검사들을 받으셨습니까? (x-ray 검사, 부하 검사, 재활 분석 및 근로 능력 분석 등 포함)	

귀하의 현재 담당 의사의 이름 및 접수처의 위치		
재활 보조금을 받기 시작한 이래로 치료를 받았거나 검사를 받은 여타의 의사, 병원, 재활 센터, 연구 기관 및 정신건강 센터 등.		
이름	시간	다음 방문

5. 재활 보조금 수령 이후의 근로

재활 보조금을 받으신 이래로 근로를 하신 적이 있으신가요? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 - 어떤 일을 하셨습니까?	
고용인의 이름, 주소 및 전화번호	
주간 근무시간	월간 순소득
근로가 시작된 것은 언제입니까?	<input type="checkbox"/> 현재까지 근무가 계속되고 있음 - 까지:
	<input type="checkbox"/> 종결 됐습니다 - 언제입니까?

6. 재활 보조금 수령 이래의 사업 활동

재활 보조금을 수령 이래로 사업가로서 활동을 하셨습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 - 어떤 종류의 사업 활동에 대해 신청하셨습니까?	
언제부터입니까?	<input type="checkbox"/> 사업이 지금도 계속되고 있습니다.
	<input type="checkbox"/> 종결 됐습니다 - 언제입니까?

7. 추가 정보

--

8. 동의

귀하의 건강에 대한 정보를 보유하고 있는 의사나 병원, 요양시설, 또는 건강검진 시설이 귀하의 정보를 연금 기관에 제공하고 연금 기관이 다시 의사나 요양 시설에 문서에 포함되어 있는 정보를 제공하는 것에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다.
--

9. 서명

본인은 본인이 제공한 정보가 진실 되며 본 정보에 어떤 변화가 있을 때 통보할 것을 약속합니다.	
일자	신청인의 서명 및 설명
만약 서명이 신청인의 것이 아니라면 반드시 그 이유가 기술 되어야 합니다.	

귀하의 신청을 처리하기 위한 정보는 고용인, 켈라(사회보험기관), 의사, 요양기관, 검진기관 및 해당 기관들의 공공성과 관련되어 법에 의해 규정된 기타 다른 단체들로부터 취합될 수 있습니다. 귀하의 신청과 관련된 정보는 귀하의 케이스를 처리하는 연금 기관에게 제공됩니다. 귀하의 신청을 처리하는 과정에서 얻어진 정보는 켈라, 연금 기관 및 연금 보호 센터에 보관됩니다. 등록에 관련된 추가적인 정보는 신청 안내 (ETK/Kela 7007o) 및 앞서 기술된 기관들로부터 얻으실 수 있습니다.

2. 신청인의 연금 근로, 근로 조건, 및 작업 수행 능력에 대한 고용인의 설명

연금 신청의 처리를 위해서는 몇 가지 정보가 필요합니다. 본 서식에 있는 질문들에 대해 주십시오. 신청인의 작업 및 신청인의 작업 처리 능력을 가장 잘 아는 사람이 답변을 작성하는 것이 바람직합니다.

연금 처리에 있어서 지연을 방지하기 위해 / 20까지 답변을 받기를 원합니다.

1 연금신청인	성명	신분증명번호
2 근무기간	신청인이 현재의 직무에 얼마나 오랫동안 일하였습니까? 주간/월간 근무 시간이었습니까?	
3 직무 및 근로 조건	a) 신청인의 근로는 <input type="checkbox"/> 주간 근로 <input type="checkbox"/> 전시간 근로 <input type="checkbox"/> 시간급 근로 <input type="checkbox"/> 교대 근무 <input type="checkbox"/> 시간제 근무 <input type="checkbox"/> 성과급제 b) 신청인의 근로에는 어떤 종류의 의무가 요구됩니까? 신체적으로 또는 정신적으로 피로도가 높은 작업이 (작업의 속도, 작업의 자세 등) 있습니까? (상술하십시오)	

	<p>c) 작업 공간 및 조건들을 기술 하십시오 (소음, 먼지, 습도, 열, 추위, 노출되는 물질, 사고의 위협 등)</p>
	<p>d) 질병에 의해 신청인의 근로 직무가 변하였습니까? 만약 그렇다면, 언제, 어떻게 변하였습니까? 그리고 그 변화가 신청인의 소득에 영향을 미쳤습니까? 신청인이 기존에 하던 일은 무엇입니까?</p>
<p>4 직무 수행 능력</p>	<p>a) 신청인의 직무 수행 능력을 기술하십시오. 질병이 신청인의 직무 수행 능력에 부정적으로 작용한 점이 있습니까? 만약 그렇다면 어떻게, 그리고 언제부터 부정적으로 작용하셨습니까? 신청인의 직무 수행 능력이 직무의 요구치에 비례해서 감소하였습니까?</p>
	<p>b) 지난 3년간 질병에 의한 휴직에 대한 정보</p>
	<p>c) 다른 직업이나 또는 시간제 직업을 배정하는 것이 신청인에게 더 적절할 것으로 생각하십니까?</p>

5 재활	a) 신청인의 재활 가능성에 대한 검사가 있었습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 ; 결과:	
	b) 신청인이 재교육을 필요로 한다고 생각하십니까? 어떤 종류의 과업에 대해 그렇게 생각하십니까?	
6 직업 보건	a) 신청인의 건강 관련 정보는 어디서 얻을 수 있습니까? (첨부하셔도 좋습니다)	
	주소	전화번호(지역번호 포함)
7 고용의 연속성	현재 신청인의 고용 상태가 계속 이어지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요; 고용이 언제 종료 되었습니까? 또는 언제 종료될 예정입니까?	
8 추가 정보		
9 연락처	이름	전화번호(지역번호 포함)
	상태	
10 서명	일자 및 서명	

3. 신청인의 직무 및 작업 배정 가능성에 대한 고용인의 설명

재활에 대한 논의를 처리하기 위해 몇 가지 정보가 필요합니다. 본 서식에 있는 질문들에 대해 주십시오. 신청인의 작업 및 신청인의 작업 처리 능력을 가장 잘 아는 사람이 답변을 작성하는 것이 바람직합니다.

일의 처리에 있어서 지연을 방지하기 위해 / 20까지 답변을 받기를 원합니다.

1 신청인	성명	신분증명번호
2 근무기간	신청인이 현재의 직무에 얼마나 오랫동안 종사하였습니까?	
3 직무 및 근로 조건	<p>a) 신청인의 근로는</p> <p><input type="checkbox"/>주간 근로 <input type="checkbox"/>시간급 근로 <input type="checkbox"/>전시간 근로</p> <p><input type="checkbox"/>교대 근무 <input type="checkbox"/>성과급제 <input type="checkbox"/>시간제 근무;하루 근무 시간 시간</p> <p>b) 신청인의 근로에는 어떤 종류의 의무가 요구됩니까? 신청인의 근로 조건을 기술하십시오.</p>	

	d) 질병에 의해 신청인의 근로 직무가 변화하였습니까? 만약 그렇다면, 언제, 어떻게 변화하였습니까? 그리고 그 변화가 신청인의 소득에 영향을 미쳤습니까?
4 직무 수행 능력	a) 신청인의 직무 수행 능력을 기술하십시오. 질병이 신청인의 직무 수행 능력에 부정적으로 작용한 점이 있습니까? 만약 그렇다면 어떻게, 그리고 언제부터 부정적으로 작용하셨습니까? 신청인의 직무 수행 능력이 직무의 요구치에 비례해서 감소하였습니까?
	b) 신청인의 재활 가능성에 대해 어떤 검사가 있었습니까?
5 전직의 가능성 및 추가적인 훈련의 필요성	a) 다른 직업이나 또는 시간제 직업을 배정하는 것이 신청인에게 더 적절할 것으로 생각하십니까? 신청인에게 보다 적합한 직업을 찾기 위해 직무 시험을 준비하는 것이 가능할까요?
	b) 신청인이 자신에게 적합한 직업을 찾기 위해 추가적인 훈련을 필요로 한다고 생각하십니까? 어떤 종류의 훈련이 필요하다고 생각하시나

	요?	
	c) 신청인에게 재교육 후에 고용을 제공하실 수 있습니까?	
6 직업 보건	a) 신청인의 건강 관련 정보는 어디서 얻을 수 있습니까? (첨부하셔도 좋습니다)	
	주소	전화번호(지역번호 포함)
	b) 지난 3년간 질병에 의한 휴직에 대한 정보	
7 고용의 연속성	현재 신청인의 고용 상태가 계속 이어지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요; 고용이 언제 종료 되었습니까? 또는 언제 종료될 예정입니까?	
8 추가 정보		
9 연락처	재활과 관련하여 누구에게 연락해야 합니까? 이름	전화번호(지역번호 포함)
10 서명	일자 및 서명	

4. 핀란드 켈라/고용 연금

장애연금 신청서

기재사항은 본 신청서의 접수 시에 작성됨

1. 신청인

성명		신분증명번호
주소		전화번호
우편번호	우체국	주민등록상의 주소
직업		Email 주소
결정문을 다음의 언어로 받고 싶습니다. <input type="checkbox"/> 핀란드어 <input type="checkbox"/> 스웨덴어		월급에서 세금 공제 시 제1백분을 적용
거주중인 나라 <input type="checkbox"/> 핀란드 <input type="checkbox"/> 기타()		국적 <input type="checkbox"/> 핀란드 <input type="checkbox"/> 기타()

2. 청구 주소

은행명	계좌번호
국제 은행 정보 은행의 BIC 또는 코드	IBAN 형식의 은행 계좌번호

3. 신청서

고용연금을 신청 하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	국가 기본 연금을 신청하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
<input type="checkbox"/> 재활보조금/장애연금	<input type="checkbox"/> 개인조기퇴직연금에 대한 예비 판정 /
<input type="checkbox"/> 연금법에 의거한 부분적인 직무 능력 장애에 대한 연금의 예비 판정 / 부분적	개인조기퇴직연금
인 직무 능력 장애에 대한 연금	

4. 외국 연금의 신청

<p>귀하가 스위스 및 유럽연합, 그리고 ETA 국가들에서 연금 보험에 가입이 되어 있다면 저희 연금 기관은 이들 국가들에 귀하의 장애 연금 신청서를 보낼 의무가 있습니다. 귀하는 또한 사회 보장 조약을 맺은 국가들에 연금을 신청할 수 있습니다.</p> <p>사회 보장 조약국의 나라에 장애 연금을 신청 하시겠습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>		<p>신청하실 국가/국가들은 어디입니까?</p>
--	--	----------------------------

5. 외국에서의 생활 및 근로

<p>핀란드 밖에서 생활하신 적이 있으신가요?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예-첨부문서 U를 기재 하십시오</p>	<p>핀란드 밖에서 일하신 적이 있으신가요?</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예-첨부문서 U를 기재 하십시오</p>
--	---

6. 질병

<p>귀하의 근로 능력 상실을 유발한 질병, 장애 또는 손상은 어떤 것입니까?</p>	
<p>귀하의 질병이 발병한 때는 언제입니까?</p>	<p>귀하의 근로 능력이 상실된 것은 언제부터입니까?</p>
<p>귀하의 표현을 이용해서 귀하의 근로 능력에 해당 질병이 어떻게, 그리고 언제부터 부정적으로 작용했는지 서술하십시오.</p>	
<p>귀하는 현재 어떤 종류의 일을, 그리고 얼마나 하실 수 있습니까?</p>	
<p>그 밖에 증상들이 귀하의 어떤 일상생활에 부정적으로 작용하나요? 귀하께서 가사 일을 하고 계셨다면, 귀하가 할 수 없는 가사 일들을 누가 해주고 있습니까? 귀하의 가족에는 누가 있나요 (가족 관계 및 그들의 연령)?</p>	

<p>귀하는 지난 2년 동안 어떤 종류의 치료 또는/그리고 재활 치료를 받으셨습니까? (물리 치료, 수술 등)</p>
<p>귀하가 현재 교육 또는 의료적인 재활에 참여할 가능성이 고려되었습니까? 예를 들어 직업 보건소나 켈라, 고용연금 기관, 노동국, 또는 사고가 있었던 시점에 그런 가능성이 평가 되었습니까? <input type="checkbox"/>아니요 <input type="checkbox"/>예 - 언제/어디서?</p>
<p>귀하께서 근로 생활을 다시 시작하실 가능성이 얼마나 된다고 생각하십니까?</p>
<p>귀하가 일에 복귀하기 위해 교육이나 근무 조건들이 어떻게 도움이 될까요?</p>

11. 교육

<p>귀하의 기본 및 고등 교육(인증, 자격, 학위, 관련 일자 등)</p>
--

12. 근로 직무

<p>현재 귀하의 직업 또는 업무는 무엇인가요?</p>	<p>현재의 직장에서 일하신지 얼마나 되었습니까?</p>
<p>귀하의 근무 시간은? <input type="checkbox"/> 주간 정규직 <input type="checkbox"/> 전시간 근무 <input type="checkbox"/> 교대식 <input type="checkbox"/> 파트타임 근무; 매일 근무</p>	<p>급여의 종류는? <input type="checkbox"/> 시급제 <input type="checkbox"/> 성과제</p>
<p>본인의 일과 작업 조건을 귀하의 표현을 이용해서 기술 하십시오 (예: 직무, 작업 자세, 들어올림, 운송, 작업의 속도, 정신적인 압박).</p>	

귀하의 직무에 변화가 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 - 언제, 어떻게 그리고 이유를 기술 하십시오
귀하에게 가능한 새로운 일을 찾기 위한 조사를 하셨습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 - 언제, 어떻게 조사를 하셨습니까?
기존에 어떤 직업이나 작업을 하셨고 얼마나 오래 하셨습니까?

13. 퇴직 또는 일의 양의 축소

<input type="checkbox"/> 본인은 퇴직했습니다. 병가를 떠나기 전 마지막으로 근무한 날짜는 ____ . ____ . ____ . 임금은 ____ . ____ . ____ . 까지 지급되었습니다.
<input type="checkbox"/> ____ . ____ . ____ . 부터 일을 줄이기 시작 했습니다.
<input type="checkbox"/> 현재 일을 계속하고 있습니다. 현재 무슨 일을 하고 계십니까? 그리고 얼마나 하고 계십니까?
현재 저의 주간 근무 시간은 ____ 시간입니다. 저의 월간 순소득은 부가급부를 포함해서 ____ 유로입니다.

14. 가장 최근의 직장 및 복무

고용인의 이름, 주소 및 전화번호				
귀하의 직무(들)				
근무 시작일	<input type="checkbox"/> 현재 계속 근무 중에 있음	종료일	<input type="checkbox"/> 근무가 종결 됨	종료일
고용인의 이름, 주소 및 전화번호				

귀하의 직무(들)				
근무 시작일	<input type="checkbox"/> 현재 계속 근무 중에 있음	종료일	<input type="checkbox"/> 근무가 종결 됨	종료일

15. 연금을 기초로 근로할 때의 임금에 대한 임의의 수정

피고용인 연금법의 적용 하에서 2005년 1월 1일 이전에 시작된 고용 상태에서 질병이나 휴업, 또는 기타의 이유에 의해 소득이 상당할 정도로 감소하였습니까?
 아니요 예 - 어떤 직장에서 언제, 그리고 그 이유를 기술 하십시오.

2005년 1월 1일 이전에 공공 부문에서 근무를 시작하신 경우에 질병이나 휴업, 또는 기타의 이유에 의해 소득이 상당할 정도로 감소하였습니까?
 아니요 예 - 어떤 직장에서 언제, 그리고 왜를 기술 하십시오

16. 기업가

기업가로 활동하신 적이 있으신가요?
 아니요 예 - 귀하의 회사, 산업의 이름 및 직원의 수를 기술 하십시오

귀하의 사업은 어느 사업에 속해 있습니까?
 농업 및 임업 (별도의 첨부서를 기재해 주십시오. 예) 전문 어업, 또는 순록 관리)
 타 산업에서 사업 또는 자영업 (정의하십시오)

활동의 시작일

귀하는 아직도 사업, 또는 자영업을 하고 계십니까?
 아니요 예

귀하의 회사 활동에서 어떤 변화가 있었습니까? 그리고 만약 여러 개의 회사를 운영하고 계시다면 각 변화가 어느 회사에 해당되는지를 상술해 주십시오.
 회사의 활동은 과거에 비해 적은 규모로 계속되고 있습니다.
 회사의 활동은 감소 했습니다 - 어떻게, 그리고 언제부터 감소했나요?
 회사와 관련된 모든 활동이 정지 되었습니다 - 업무 종료일

회사의 경영	
<input type="checkbox"/> 회사는 아직 저나 저의 가족의 소유 하에 있습니다. <input type="checkbox"/> 회사는 매각 되었습니다 <input type="checkbox"/> 회사는 임대 되었습니다	
매각/임대 일자:	회사는 누구에게 매각/임대 되었습니까?

17. 개인 의료 제공자로서 활동

귀하를 지자체로부터 보수를 받는 개인 일 제공자이십니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 - 시작일: _____, _____, _____ 보수의 금액 _____ €/월
--

18. 학업을 위한 휴직

지난 10년 동안 학업을 위해 휴직 (학업을 위한 휴직 법에 정의된) 하신 적이 있으신가요? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 - 언제입니까?

19. 육아

지난 10년 동안 무급 출산 휴가, 아버지 육아 휴가 또는 육아 휴가를 받으신 적이 있으신가요? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 - 언제입니까?

20. 연금에 영향을 미치는 수익

사고나 직업병, 또는 교통사고에 의한 손상에 대한 보상을 받으셨거나 신청하신 적이 있으십니까? 만약 국가 기본 연금을 신청하신다면, 고용연금, 유족연금 및 기타 다른 모든 수혜를 기술하십시오. <input type="checkbox"/> 수혜를 받은 적이 없으며 신청을 하지도 않음 <input type="checkbox"/> 수혜를 받은 적이 있거나 신청함 - 어떤 보상 또는 연금인지 기술하시고 어느 회사 및 언제부터인지 기술하십시오.

23. 동의

귀하의 건강에 대한 정보를 보유하고 있는 의사나 병원, 요양시설, 또는 건강검진 시설이 귀하의 정보를 연금 기관에 제공하고 연금 기관이 다시 의사나 요양 시설에 문서에 포함되어 있는 정보를 제공하는 것에 동의하십니까?
 동의합니다. 동의하지 않습니다

24. 피신탁인

피신탁인이 있으십니까?
 아니요 예 - 결정문의 복사본을 첨부하시기 바랍니다. 신청했습니다

25. 서명

본인은 본인이 제공한 정보가 진실 되며 본 정보에 어떤 변화가 있을 때 통보할 것을 약속합니다.
본인은 본인이 계좌에 근거 없이 지불된 어떤 연금에 대해서도 은행이 지불자에게 환급할 것을 허락합니다.

일자	신청인의 서명 및 설명
만약 서명이 신청인의 것이 아니라면 반드시 그 이유가 기술되어야 합니다.	
귀하의 신청을 처리하기 위한 정보는 고용인, 켈라(사회보험기관), 의사, 요양기관, 검진기관 및 해당 기관들의 공공성과 관련되어 법에 의해 규정된 기타 다른 단체들로부터 취합될 수 있습니다. 귀하의 신청과 관련된 정보는 귀하의 케이스를 처리하는 연금 기관에게 제공됩니다. 귀하의 신청을 처리하는 과정에서 얻어진 정보는 켈라, 연금 기관 및 연금 보호 센터에 보관됩니다. 등록에 관련된 추가적인 정보는 신청 안내 및 앞서 기술된 기관들로부터 얻으실 수 있습니다.	

제10절 스페인

스페인정부 노동이민부

사회보장내무부
국립사회보장원

영구장애

사본 2부를 인쇄하여, 각각 행정사무소 1부, 신청인 1부를 보관한다.

- 절차 형태:
- 노동자
 - 협력업체
 - 노동감사
 - 공공 의료서비스
 - 사회보장공단

주의 : 해외에서 근무한 사실이 있을 경우 다른 신청서 양식을 사용하셔야 합니다.
 - 본 장에서 작성하되, 각 항목 및 각 항목에 대한 지침을 주의 깊게 읽으십시오.
 신속한 신청 절차를 위해 모든 항목에 정확히 기입 하십시오
 협력해 주셔서 감사드립니다.

1. 인적사항

1.1		미래수령자(신청인)					
첫째 성		둘째 성			이름		
생년월일	성	결혼여부	장애인 등급		아버지 성명	주민등록증 - 외국인등록증 - 여권 번호	
일 월 년	<input type="checkbox"/> 남성	<input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 법적 별거	<input type="checkbox"/> 33%~64%		어머니 성명	사회보장등록 번호	
	<input type="checkbox"/> 여성	<input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 사실 동거	<input type="checkbox"/> 64% 이상 제 3자의 도움 또는 거동불편으로 도움 이 요구됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			국적	
현거주지 (거리 또는 광장)		번지	단지	동	층	호	일반전화 이동전화

우편번호	시(구)	도	국가
1.2 법적대리인			
첫째 성	둘째 성	이름	
생년월일	성/결혼여부	주민번호-NIE-여권번호	사회보장등록번호
신청인과의 관계		<input type="checkbox"/> 법적 대리인	<input type="checkbox"/> 위임인
법인을 대표할 경우 다음을 표시 하십시오 직책 _____			
성명 또는 회사명 _____		사업자등록번호 _____	
현거주지(거리 또는 광장)	번지	단지	동 층 호
우편번호	시(구)	도	나라
			일반전화 이동전화

2. 직업사항

1) 학력 및 직업 _____
2) 휴직 직전년도에 다음의 업무를 수행 하였음 : 업종 수행직무 _____ _____ _____ _____
3) 최종근무회사 _____
4) 현 직종 과제 수행 장애 요소 _____ _____

성명	주민등록증-외국인등록증-여권번호
----	-------------------

3. 신청인 분만기록

스페인 영토에서 출산한 모든 분만 기록을 기재하십시오. 또한 6개월 이상의 태아 유산 발생 수 및 출생한 모든 자녀수도 기술하되, 모두 주민등록부에 등록된 자들이어야 합니다. 자녀들의 사망여부에 관계없이 다 기록하셔야 하며 현재의 나이도 기재하여야 합니다.

분만일						
24시간 이상 생존 자녀수						
24시간 전 유산 또는 사망한 자녀수						

4. 미래 수당 정보

장애원인 일반질병 직업병 산재 사고
 병가 중일 경우 병가일 ___/___/___ 병가일 근무 여부 아니요 네
 장애 보조금 및 현재 신청하고 있는 수당액 외의 금액을 제외한 금년동안 신청인 (S), 배우자(C) 또는 사실동거인(P)이 획득하게 될 예상 소득액, 전년도와 동일한 금액의 소득 산출이 예상 될 경우에는 장애를 일으킨 직무로 인해 획득한 금액은 제하고 기재하십시오. 소득이 없을 경우 (0)으로 기재하십시오.

수령인	직업 또는 기 업 활동이나 노동 순이익	동산 또는 부동산 총 이익	자산 소득 (순 수익)	이익이 발생하 지 않는 재산액, 현 거주지 제외	이익이 발생하 지 않는 재산액, 총액	국외 기간의 공공 연금 국가
S	€	€	€	€	€	€
C	€	€	€	€	€	€
P	€	€	€	€	€	€

수령시
근무지속 및 사회보장료 지불 여부 아니요 예
 정부행정처 개인계정 타계정

다음 항목의 명의인, 소유주 또는 대역인 여부 아니요 예
 농업 어업 공공 공개시설

수당 산정 적용 기간 : (산재가 아닐 경우에 한함) _____부터 _____까지
 국가 연금 지불 여부 네 아니요

5. 신청인 책임 하에 있는 동거인 정보

5.1	배우자 <input type="checkbox"/> 또는 사실 동거인 <input type="checkbox"/> : 공무원 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 직업학교소속여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요							
첫째 성	둘째 성	이름		주민등록증-외국인등록증-여권번호				
생년월일	성	국적	사회보장등록번호		동거인과 1년 이상 동거 유무 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
5.2	친자식 또는 입양자녀, 사실상 또는 법적인 다른 기타 가족 구성원							
첫째 성								
둘째 성								
이름								
혈연관계								
국적								
주민등록증- 외국인등록증 -여권 번호								
생년월일 및 결혼여부	/ /	결혼여부	/ /	결혼여부	/ /	결혼여부	/ /	결혼여부
장애 및 제 3자 도움 또 는 거동불편	<input type="checkbox"/> 33%-64% <input type="checkbox"/> 64% 이상	도움여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 33%-64% <input type="checkbox"/> 64% 이상	도움여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 33%-64% <input type="checkbox"/> 64% 이상	도움여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 33%-64% <input type="checkbox"/> 64% 이상	도움여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
기타 친족과 동거 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
1년 중 동거 개월수								
연간소득	€		€		€		€	
기타 연간 소득 및/또는 연금	€		€		€		€	

직업학교 소속여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
정부기관 공무원여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

6. 추가사항

7. 기타사항

7.1 세무 적용													
세무상 거주지. 도 _____ 국가 _____													
5.2항에서 기재 동거인 중 입양 미성년자 또는 법적 수용 자일 경우, 다음을 기재 하십시오	세무상 거주지가 법령상 자치영토 내에 있을 경우 에는, 소득세에 대한 보 유이익으로 다음을 적용:												
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>성명</th> <th>수용 년도</th> <th>입양 년도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		성명	수용 년도	입양 년도									
성명		수용 년도	입양 년도										
- 부모(혹은 조부모)가 다른 자녀(혹은 손자손녀)와 동거할 경우 인원을 표시하십시오 (본인 포함) _____	<input type="checkbox"/> 자녀수 일반표												
- 배우자 수령 연간 연금액 _____ € - 자녀 양식을 위한 연간 금액 _____ € - 소득세에 대한 보유이익 자율요율 _____ %	<input type="checkbox"/> 연금수령인표 <input type="checkbox"/> 자율 요율 _____ %												
7.2 통보 수령을 위해 사용하고자 하는 제 2 공용어													
7.3 법적 거주지(1항의 기재사항과 다를 경우에 한함)													
현거주지(거리 또는 광장)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>번지</td> <td>단지</td> <td>동</td> <td>층</td> <td>호</td> <td>일반전화</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>이동전화</td> </tr> </table>	번지	단지	동	층	호	일반전화						이동전화
번지	단지	동	층	호	일반전화								
					이동전화								

우편번호	시(구)	도	국가
7.4	이메일로 정보 수신을 원할 경우, 주소를 기재 하십시오 _____		

8. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACION

<input type="checkbox"/> 은행 또는 저축은행		<input type="checkbox"/> 지로			
스페인에서 지불		<input type="checkbox"/> 창구	<input type="checkbox"/> 계좌 :	<input type="checkbox"/> 신청인	<input type="checkbox"/> 법적대리인
고객 계정 코드	업체명	지점	관리과	계좌번호	
해외 지불		<input type="checkbox"/> 수표			
		<input type="checkbox"/> 송금 : 해당국의 모든 현행코드를 포함한 은행 증명서 제출 필수			
		국가 _____			

본인의 책임 하에, 본 서식에 기입한 모든 사항은 틀림없는 사실임을 진술하며 해당 장애 수당(혜택)을 인정받기 위하여 등록하며 기재 사항에 대하여 향후 변경 사항이 있을 경우에는 언제든지 국립사회보장원에 통보하여야 할 의무가 있음을 양지하고 있으며,

동시에, 법령 제 18-11-99호에 의거하여 국세청 또는 동급 권한 관련 기관이 관장하는 조세 성격의 경제적인 자료에 대해 확인 및 비료를 할 수 있도록 허가하는 바이며, 또한 공공의료기관 또는 해당 센터의 관리 하에 있는 본인의 의료기록에 대한 자료 사본 및 신분증명 및 거주증명에 대한 자료를 기밀 보장을 받아 제공, 문의 또는 제출할 것을 동의한다. 상기 자료가 정보처리 되었을 경우 독점적 사용권을 허가한다.

20__년__월__일

서명

국립사회보장원 지방청

스페인정부 노동이민부

사회보장내무부
국립사회보장원

행정처 기재용

성명	주민등록증-외국인등록증-여권번호
호	

발급문서 확인 비밀번호
담당 공무원 :

상시 장애
수당신청 서식

절차 형태 :

협력업체

공공 의료서비스

노동자

노동감사

사회보장공단

국립사회보장원 서식수령일 구비 서류
1 <input type="checkbox"/> 다음인의 신분증, 여권 또는 그와 상응하는 신분증 및 외국인등록증 <input type="checkbox"/> 신청인 <input type="checkbox"/> 법적대리인 <input type="checkbox"/> 배우자/사실동거인 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타 가족 및 수용인
2 <input type="checkbox"/> 법적대리인 신분증명서
3 <input type="checkbox"/> 최근 __개월간 지불내역 증명서 <input type="checkbox"/> 회사 <input type="checkbox"/> 노동자 <input type="checkbox"/> 고용지원센터
4 <input type="checkbox"/> 산재 또는 직업병 일부

절차에 필요하지 않은 서류이나 신청인이 자발적으로 제출한 서류
1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

다음 각 호의 서류를 제외하고 요구 서류를 수령 하였습니다
서명 _____
공무원 직책 및 성명 _____
일자 _____ 장소 _____

<p>5 <input type="checkbox"/> 실질 임금에 대한 회사증명서</p> <p>6 <input type="checkbox"/> 본의 아닌 실직 상태에 있는 신청인의 고용청구증/증명서</p> <p>7 <input type="checkbox"/> 진료기록</p> <p>8 <input type="checkbox"/> 가족관계증명서, 유산, 혈연 및 동거 관계 실질 증명서 또는 혼인 증명서</p> <p>9 <input type="checkbox"/> 법정 판결문 증명(보상 연금 또는 양식 연금)</p> <p>10 <input type="checkbox"/> 가족 수용 증명서 또는 판결문</p> <p>11 <input type="checkbox"/> 인구등록증명서 또는 거주증</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 기타 서류</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">수령하였음. 서명</p>	<p>공증절차:</p> <p>효력이 있는 다음 원본 서류 제출:</p> <hr/> <hr/> <p>다음 확인 절차 문서를 발급하는 것은 본 서식에 기재 내용과 상기 문건 기재 내용이 모두 일치함을 증명하기 위함이다.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">서명</p> <p>공무원 직책 및 성명 _____</p> <hr/> <p>일자 _____ 장소 _____</p>
---	---

본 신청서는 정보처리 과정을 거친다. 본 신청서의 인적사항은 인정된 연금의 계산, 통제 및 재평가를 위해 명령제 27-7-1994(29일자 관보)에 의해 개설된 파일함에 보관될 것이며, 국립사회보장원의 총국이 관장할 것이다. 국립사회보장원의 지방청에 파일함에 보관된 자료에 대한 접근, 수정, 취소 및 반대 관리를 그 어느 때에나 취할 수 있다. (개인정보보호에 관한 12월 13일자 법 제 15/1999호 5조, 관보 14일자)

신청서 기입 지침

1. 인적사항 - 본인의 명의로 신청하지 않고 타인을 통해 신청할 경우, 법적 대리인의 인적 사항 항목을 기입하십시오.

이해당사자가 국립 또는 민간 센터에 수용되었을 경우, 그 시설을 기재하고 본인의 직책(원장, 사무관, 행정관, 등)을 명기하십시오.

별거, 이혼 및 장애 기록은 세무 관련 정보(수당 소득세에 대한 보유 이익 % 산정)를 위한 것이며 법적 자치 영토 내에서는 적용되지 않으며 이는 의무 기입 사항은 아닙니다.

단지 기입하지 않을 시 상기 결과 적용을 위해 고려되지 않을 뿐입니다. 기입할 경우에는 상기 목적을 위해 자료로서 사용되도록 동의하였음을 의미합니다.

2. 직업사항 - 가능한 간결하게 작성하십시오.

3. 신청인 분만 기록 - 분만 후 24시간 이상 생명을 유지한 자녀들은 생명이 유효하지 않더라도 산정을 위한 날수를 계산할 권리가 있습니다. 분만 후 24시간 전에 사망한 자녀들 및 6개월 이후에 유산된 태아도 상기 산정 권리가 있습니다. 상기 산정을 위해 모두 주민등록상에 등재되어야 한다.

4. 미래수당 정보 - 본인 또는 배우자/사실 동거인이 당해 연도에 획득하게 될 예상 소득을 해당 칸의 항목에 맞게 명기하십시오. 본 정보는 본인의 최소 수당 산정 및 의료서비스 적용을 위한 것입니다. 수당을 수령한 후에 근무할 계획이 생긴 경우에는 근무지를 통보하여야 합니다. 이는 이런 경우, 수당 혜택을 받을 수 없기 때문입니다. 공공기관 및 다른 법적 기관에서 근무할 경우도 포함됩니다.

5. 이해당사자의 책임 하에 있는 동거인의 정보 - 동거인은 본인의 의료보험증에 등재되어 있어야 합니다. 동거인은 본인의 경제적 책임 하에 있는 사람이어야 하며 독립적으로 의료보험에 가입된 상태가 아니어야 합니다.

결혼여부, 장애 및 자녀 또는 부모와의 동거기간 정보는 소득세에 대한 보유 이익 산정을 정확하게 하기 위함이며 수당 금액이 감소할 수 있습니다. 법적 자치 영토에서는 이에 대해 예외로 하며 이는 자발적인 기입 사항입니다. 상기 정보는 본인이 직접 국세청에 제출하여 국세청에서 본인의 연금(STS 18-3-2000 & 20-5-2000)에 대해 적용되는 보유 이익 %를 통보하도록 할 수 있습니다.

6. 추가 사항 - 본인의 판단으로 수당 신청 절차에 중요하지만 서식에 해당 사항을 기입할 수 없는 경우, 가장 정확하고 간결한 방식으로 이에 대해 기재하십시오.

7. 기타 사항 - 세무 사항, 미래 수당 당사자가 국세법상 거주지(년 180일 이상)가 서식 발급지와 다른 국외 또는 자치도시 또는 법적 자치 영토일 경우, 이를 기재하여야 합니다. 이는 소득세에 대한 보유 이익 산정이 달라질 수 있기 때문입니다.

배우자 보상 연금 또는 자녀 식량 연금 지불액은 상기 요인에 따라 감소할 수 있습니다. 상기 진술 사항은 완전히 자발적인 것이며 이를 기재할 경우 상기 목적을 위한 정보로 사용할 수 있도록 본인의 동의가 있음을 의미합니다. 기재하지 않을 경우 상기 요인에 대해 고려하지 않을 것입니다. 또한 상기 정보는 국세청에 직접 제출할 수도 있습니다.

제 2 공용어는 제 2 공용어로 인정받은 자치주에서만 적용 받을 수 있습니다.

법적 통보 거주지는 본인의 상시 거주지와 다른 곳에서 서신 - 정한 기한 내에 요

청된 지시사항을 수행하도록 하는 알림 서신 포함 - 을 수령하기 원하는 경우에만 기재하십시오.

8 수당 수령 방식 - 송금 시 문제가 없도록 당좌예금에 대한 칸을 특별히 주의를 기울여 작성하십시오.

해외에서 거주하고 그 곳에서 수령하길 원할 경우, 거주 국가 은행에서 제공하는 모든 정보를 제출하여 합니다.

수당 신청 절차 제출 서류

(원본을 공증을 위한 사본과 함께 제출 또는 이미 공증된 사본과 함께 제출,
제시만으로 충분한 신분증명서는 제외)

공통사항

1. - 신청인, 법적대리인 및 신청 기타 관련인의 신분증명을 다음의 현행 서류와 함께 제출한다.
 - 스페인 국민 : 주민등록증
 - 스페인 거주 외국인 또는 스페인 비거주 외국인 : 여권 또는 각 경우에 따라 자국에서 인정하는 신분증명서류 및 지불을 위해 국세청에서 요청한 외국인 등록증
2. - 필요한 경우 법적 대리인의 증명 서류
3. - 다음을 적용한 최종 개월 수에 대한 산정 기준.
 - 최종 근무지 증명서
 - 할부금 지불 증명서, 할부금 지불 의무자일 경우에 한함.
 - 실직자인 경우 자치주의 고용지원센터 또는 동급 기관에서 발급한 증명서

산재 또는 직업병의 경우

4. - 산재 또는 직업병에 대한 행정 부분
5. - 전년도 실질 임금 증명서

기타서류

6. - 보조금 혜택을 받지 못하는 본의 아닌 실직의 경우, 고용지원센터 또는 동급 기간의 고용 청구증.
7. -
8. - 6개월 이상의 태아 유산 또는 24시간 전에 자녀 사망의 경우 이를 증명할 수 있는 주민등기부의 증명서

의료서비스 적용을 위해:

9. - 신청인과의 혈연관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서, 주민등록등본 또는 실질증명서
10. - 해당 공무원이 필요하다고 판단할 경우, 신청인과의 동거 사실을 증명할 수 있는 시청의 증명서(배우자 및 자녀는 해당사항 없음)
11. - 자치주에서 발급한 가족 수용 증명서 또는 법원의 판결
12. - 미성년자 자녀 양육권을 증명하는 이혼 또는 별거에 대한 법원의 결정, 이 경우, 배우자 또는 자녀 양육비에 대한 보상 연금액이 명기된 법원의 결정.
13. - 외국인에 대한 스페인 상시 거주 증명서, 이는 공무원이 필요하다고 판단한 경우 시청의 인구조사증명서 또는 거주증을 통해 증명하도록 한다.

모든 경우에 있어서 상담을 신청할 수 있으며 민원 전담원의 지원을 받을 수 있습니다.

국립사회보장원은 다음을 공고한다.

3월 7일자 칙령 제 286/2003호(관보 4월 8일)의 단독조항에 의거하여, 개시된 절차 처리 및 통보를 위한 최대 기간은 신청서가 본 지방청에 등록된 날로부터 135일로 한다.

상기 기한이 지나서도 발급 건에 대한 결과 통보를 받지 못했을 경우에는 암묵적으로 신청이 거부되었음을 의미하며, 이 경우 노사소송법 개정원문이 승인한 4월 7일자 칙령 제 2/1995호의 71.3조에 의거하여 상기 결정에 대한 항의를 신청할 수 있다.

본 서식이 신청 구비 서류를 동봉하지 아니하였을 경우에는 본 지방청의 산하기관 어디에든지 구비 서류 요청일 익일로부터 10일 내에 인편이나 우편으로 요청 서류를 제출하여야 한다.

지정 기간을 준수하지 아니하였을 경우에는 본 지방청의 산하기관 어디에서든지 구비 서류 요청일 익일로부터 10일 내에 인편이나 우편으로 요청서류를 제출하여야 한다.

지정 기간을 준수하지 아니하였을 경우에는 다음을 구비하여야 한다.

- 서류 1호(미래 수령인 신분증명서 및 해당할 경우 법적 대리인의 신분증명서) 및 2호 ~ 5호 : 신청 서류가 노동자 본인에 의해 제출된 경우에는 11월 26일자(27-11-92 및 14-1-99 관보) 제 30/1992호 70 및 71조에 의거하여 포기한 것으로 간주된다. 그 반대의 경우에는 요청한 기간에 제출했을 시 수당 신청 처리 및 통보를 위한 최대 기간은 상기 서류 수령일로부터 개시하도록 한다.

- 서류 1호(서식에 기재된 기타 동거인들에 대한 신분증명서) 및 6호 ~ 13호 : 법

제 30/1992호의 80조에 의거하여 승인되지 않은 상황은 고려하지 않고 발급처리 한다.

주의사항:

경제적(직무에 의한 소득 또는 다른 형태의 본인의 소득 또는 배우자의 소득), 가정사(결혼여부변경, 사망 등), 소재지(거주지 변경, 세무상 거주지) 등 관련 기재 사항에 대해 변동 사실이 있을 경우에는 지방청이나 가장 가까운 국립사회보장원의 고객정보센터에 이를 통보하여야 한다.

허위 사실 기재 및 사기성의 수당 수령은 범죄 처벌을 받을 수 있다.

본 서식을 우편으로 발송하고자 할 경우에는 권한이 있는 해당 공무원이 공증한 사본을 통해 신청서를 제출할 수 있다.

www.seg-socil.es

본 서식을 제출한 후에는 사본 또는 발췌문을 신청해야 함을 잊지 마십시오.

스페인정부 노동이민부

사회보장내무부
국립사회보장원

기업증명서

본 증명서는 본인이 업무를 수행한 업체가 기재, 서명 및 소인을 찍은 것이어야 한다.

신청인의 성명		직책	
회사명	직무	계정코드	
소재지(거리 또는 광장 및 번지)		전화번호	팩스번호
우편번호	구	주	

다음과 같이 증명한다

1. 본 회사에서의 수행 업무.

성명	주민등록증 또는 외국인등록증 번호	생년월일	
출생지	도	사회보장등록번호	
소재지(거리 또는 광장 및 번지)	우편번호	구	도
직종	수행업무기술		

2. 현재 상황

근무여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	휴직 사유	휴직일
------	---	-------	-----

3. 업무수행기간

___년___월___일 ~ ___년___월___일	___년___월___일 ~ ___년___월___일
___년___월___일 ~ ___년___월___일	___년___월___일 ~ ___년___월___일

4. 다음 상세 기술된 기간으로 지정된 기준¹을 적용하여 사회보험료를 지불하였음

년월	날수	산정 그룹	산정 기준

5. 신청하지 못한 유급 연가 기간

___년 ___월 ___일 ~ ___년 ___월 ___일	산정 기준 _____
___년 ___월 ___일 ~ ___년 ___월 ___일	산정 기준 _____

국립사회보장원 지방청에 증명하기 위하여 본 증명서에 서명한다.

20___년___월___일

(회사 서명 및 인지)

증명서는 다음과 같이 발급되어야 한다.

- 사회보장원의 공통사무소 또는 관리 업체의 요청에 의해.
- 본인의 용역을 제공했던 노동자의 요청 또는 실업 수당 청구자의 요청에 의해.

¹ 증명해야 하는 산정기준은 최대 연속 6개월이어야 하며 실질 관련 내용과 항시 동일해야 한다.

6개월 이상 전에 RED시스템을 통해 텔레마케팅으로 산정 절차를 밟는 회사는 3개월 이전 기준에 대해서는 증명하지 않아도 된다.

제11절 스웨덴

스웨덴

스웨덴 보험관리 공단
전화번호 : 0771 - 524 524
www.forsakringskassan.se

장애 수당 신청서

기재 내용이 많은 경우 본 서식 외에
추가 용지에 기재해도 무방함

1. 개인정보

성명 (이름과 성)		주민등록번호
우편 주소		우편번호와 지역(시)
지역번호를 포함한 집 전화번호	지역번호를 포함한 직장 전화번호	핸드폰

2. 수당 신청 적용 기간의 시작 월과 종료 월

년, 월

3. 시각과 청각으로 인한 기능적 장애가 있으십니까?

예. 아래 칸을 채우십시오

물체 분간이 어렵습니까?	보청기 착용 후에도 대화에 어려움이 있습니까?
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

4. 시각과 청각으로 인한 장애 외에 다른 기능적 장애가 있으십니까?

예. 아래 칸을 채우십시오

가지고 계신 기능적 장애에 대해 설명하십시오.	<input type="checkbox"/> 추가 용지에 기재하겠습니다.

5. 일상생활을 하기 위해 다른 사람의 도움이 필요합니까?

예. 아래 칸을 채우십시오

어떤 도움이 필요한지와 그 이유를 서술하십시오. 누가 당신을 돕습니까? 도움을 받은지 얼마나 되었습니까?	<input type="checkbox"/> 추가 용지에 기재하겠습니다.

6. 일이나 학업을 위해 다른 사람의 도움이 필요합니까?

예. 아래 칸을 채우십시오

어떤 도움이 필요한지와 그 이유를 서술하십시오.	<input type="checkbox"/> 추가 용지에 기재하겠습니다.

7. 가지고 계신 기능적 장애로 인해 발생하는 추가 비용이 있습니까?

예. 아래 칸을 채우십시오

월별, 연별 추가 비용 혹은 일회성이면 해당 비용을 기재하십시오. 비용 목적	<input type="checkbox"/> 추가 용지에 기재하겠습니다.

8. 계좌정보

<input type="checkbox"/> Nordea 은행의 본인 계좌	<input type="checkbox"/> 플러스 지로 계좌	플러스 지로 계좌 번호
<input type="checkbox"/> 기타 은행 계좌	클리어링 번호 (은행 고유번호)	계좌번호

9. 기타 첨부 서류

<input type="checkbox"/> 의사 소견서	<input type="checkbox"/> 의사소견서 나중에 첨부하겠음
<input type="checkbox"/> 그 외 서류	

10. 기타 사항

	<input type="checkbox"/> 추가 용지에 기재하겠습니다.

11. 보험관리공단과 접촉 가능한 관련인

보험관리공단이 의사, 식이요법 전문가, 치료사 등 본인의 장애에 대한 정보를 가진 사람과 연락하는 것을 허락합니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

12. 서명

<p>본인은 신청서의 정보가 모두 사실이고 사실의 전부임을 확인 합니다.</p> <p>정보 내용에 변화가 있을 시에는 반드시 보험관리공단에 그 사실을 알려드립니다.</p> <p>본인은 잘못된 정보 기입하거나 모든 정보를 기입하지 않은 경우, 그리고 정보의 내용에 변화가 있을 때 이 사실을 보험관리공단에 알리지 않을 경우 처벌을 받을 수 있다는 사실을 알고 있습니다.</p> <p>날짜 _____ 서명 _____</p>
--

신청서 내용은 보험관리공단의 데이터시스템에서 처리됩니다.

더 자세한 내용은 “보험관리공단에 등록하기” 브로셔를 참고 하십시오.

제3장 외국사례를 통한 시사점

본 연구에서는 선진 외국에서 사용되고 있는 장애연금 및 서비스 수급자격 결정을 위해 사용되는 근로능력 평가도구를 제시하였다. 근로능력 평가도구의 내용은 나라마다 상이하며 적용되는 방식 또한 다양하다. 그러나 각국의 장애연금 및 장애관련 급부의 자격 결정을 위한 평가 도구를 살펴보면 대부분의 국가는 의학적 상태와 함께 근로능력을 평가할 수 있는 항목을 포함하고 있음을 알 수 있다. 각국의 근로능력 평가의 개요를 살펴보면 다음과 같다.

미국

미국은 장애판정을 위해 잔존능력평가 (Residual Functional Capacity Assessment)라는 도구를 이용하여 장애 관련 급여 신청자의 신체적, 정신적 능력을 평가하고 있다. 잔존능력평가 도구는 기본적으로 개인의 신체적, 정신적 제한점에도 불구하고 가능한 능력을 측정한다. 잔존능력평가는 신체잔존능력평가와 정신잔존능력평가로 구분된다. 신체잔존능력은 물건 들어올리기, 옮기기, 서있기/앉기, 밀기/당기기 등의 활동제한, 자세제한, 손동작 제한, 시각제한, 의사소통제한 및 환경적 제한을 평가한다. 정신잔존능력은 이해력과 기억력, 지속적 집중력과 인내력, 사회적 상호작용, 적응관련 능력 등의 항목을 평가하고 있다.

잔존능력평가도구 외에도 장애평가과정에서 의료적 소견(Medical Source Statement)도 고려되고 있다. 잔존능력평가가 장애판정관이 의료진의 소견과 기타 모든 기록을 참고하여 신청자의 잔존능력을 평가하는 것이라면 의료적 소견은 장애판정과 관련된 의료진의 의견을 반영하는 양식으로 사회보장청에 제출된다. 의료적 소견도 신체 능력과 정신능력을 구분하여 평가하고 있다. 신체능력은 들기/옮기기, 앉기/서기/걷기, 손의 사용, 발의 사용, 자세 및 움직임, 시력 및 청력, 환경적 제한을 평가한다. 정신건강은 이해, 기억, 사람들과의 상호작용, 환경에 대한 대응력 등을 평가한다.

또한 장애인 신청자에 의해 작성되는 자기보고서(Disability Report-Adult (Form SSA-3368-BK)도 신청인의 과거 직업 및 그 직업에서 요구되는 근로능력에 관한 정보를 기록하도록 되어 있다. 자기보고서에는 신청자의 질병, 부상, 건강상태 및 그에 따른 영향, 직업, 진료, 약물치료, 검사, 교육/훈련, 직업재활/고용 지원 서비스에 대한 정보를 기록하도록 하고 있다. 이와 같이 미국은 다각적인 측면에서 장애관련 서비스 신청자의 근로능력을 평가하고 있다.

호주

호주는 장애관련 급여 및 고용지원 서비스 등 수급자격 판정을 위해 직업능력평가(Job Capacity Assessment: JCA)를 실시하고 있다. JCA는 신청자의 근로능력 측정에 중점을 두고 있으며 평가관이 신청자와 대면하여 작성하며 보통 1시간에서 2시간 정도 소요된다. JCA는 신청자의 의학적 상태, 지속기간, 치료내용과 손상, 손상에 따른 기능적 영향, 지원이 필요한 이유 등의 정보 외에 근로능력에 대한 항목도 포함하고 있다. 근로능력은 근로능력 제한의 예상 지속 기간, 적절한 개입이 있을 경우와 없을 경우 시간단위로 환산된 근로능력, 신청자에게 적합한 직업에 관해 기록할 것이 요구된다. JCA는 점수화된 평가도구는 아니며 평가관은 JCA를 바탕으로 신청자가 어느 정도의 근로능력을 가지고 있는지와 필요한 지원에 대한 보고서를 장애관련 급여 담당기관인 Centerlink에 보고한다. 이 보고를 기반으로 Centerlink의 담당관이 장애관련 급여의 수급자격 여부를 결정하고 있다.

영국

영국은 장애연금(Incapacity Benefit) 신청자의 수급자격 결정을 위해 개인능력평가(Personal Capability Assessment : PCA)도구를 이용하여 신청자의 기본적인 신체능력과 정신능력을 평가하고 있다. PCA의 신체능력 테스트는 기본적으로 하지 및 상지 기능, 감각기능, 의식유지 기능, 배설 기능을 중심으로 평가하고 있다. 각각의 신체 기능 영역별로 한 가지 이상의 지표가 제시되며 업무수행에 미치는 영향의 정도에 따라 점수화되어 있다. 신체능력으로는 앉기, 일어서기, 무릎 구부리기, 걷기, 계단

오르내리기, 손의 기민성, 팔 뻗기, 들거나 옮기기, 시력, 말하기, 듣기 등의 항목이 포함된다. 신체능력 테스트의 경우 종합점수가 15점 이상이면 근로불능으로 간주된다. 정신능력 테스트는 스트레스 대처능력, 업무수행 능력, 타인과의 상호작용 능력, 일상생활 능력을 평가한다. 정신능력 테스트의 경우 10점 이상일 경우 근로불능으로 간주된다. 만약 신체능력 테스트의 점수가 0점이 아니고 정신능력 테스트에서 적어도 6점 이상일 경우 두 점수의 합산이 가능하며 합산점수가 15점 이상일 경우 근로불능으로 간주된다.

뉴질랜드

뉴질랜드는 질병 및 장애 관련 보조금의 지급자격 여부 결정을 위한 구조화된 평가도구는 부재하며 의사가 작성한 의료증명서(*medical certificates*)가 사용되고 있다. 의료증명서는 등록된 의사가 작성하며 질병이나 부상이 신청자의 근로능력에 미치는 영향에 대해 기술하도록 되어있다. 신청자의 근로능력이 영구적으로 혹은 심각하게 제한되었는지 의사의 소견의 기초가 되는 근거를 명시하고 이 외에도 장애기간을 줄일 수 있는 치료법, 주당 일할 수 있는 능력, 장애가 일할 수 있는 능력에 영향을 미치는 기간 등을 보고하도록 해 장애관련 급여 신청자의 신속한 근로복귀 계획과 장애판정을 연계시키고 있다. 노동소득부(*Work & Income*)의 장애관련 보조금 담당자는 이러한 의료증명서와 기타 정보를 검토하여 신청자의 장애보조금 지급 여부를 결정한다.

프랑스

프랑스의 장애연금은 의사의 소견서를 바탕으로 최종적으로 광역건강보험기금 소속 판정의가 지급자격을 결정하고 있다(변용찬, 2008). 장애연금의 지급자격 결정은 의학적 손상 자체보다 신체적, 정신적 능력, 이전의 직업경험 등 장애로 인한 근로능력의 감소를 총체적으로 고려한다. 프랑스의 경우도 의사의 의료증명서(*certificat medical*)가 장애연금 지급자격 결정에 중요한 역할을 한다. 의료증명서에는 장애의 결과로 인해 신청자의 독립적 생활능력에 얼마나 영향을 미치는지 각 영역에 대해

평가한다. 평가 영역은 논리적 대화 및 행동능력, 방향성, 위생관리 정도, 식생활, 배설, 거동, 통신기기 사용 등의 항목을 포함하고 있다. 각 항목에 대해 A(완전히 가능), B(부분적으로 가능), C(불가능)로 등급을 매긴다. 이 외에도 의료증명서에는 장애가 현재 직장생활에 미치는 영향, 업무조정 필요성, 근무 중 예외사항에 관한 정보에 대해 기술할 것이 요구된다.

네덜란드

네덜란드의 장애연금 신청자의 근로능력은 능력 프로파일(capacity profile)을 통해 평가된다. 근로능력은 사회보험담당 의사가 평가하며 일반적으로 전일(최소 8시간 이상) 활동이 가능한가를 측정하고 있다. 의사의 표준화된 도구를 사용하여 업무수행에 요구되는 다양한 영역을 평가한다. 평가영역은 개인적 활동력으로서 집중력, 기억력, 자기능력에 대한 인식, 업무 수행력, 독립적 활동 능력, 일의 수행속도, 근로활동과 관련된 조건 등을 평가한다. 사회적 기능영역으로는 보기, 듣기, 말하기, 쓰기, 읽기, 타인의 감정적 문제에 대한 자세, 감정표현력, 갈등 대처력, 타인과의 협력, 교통수단 이용 능력에 대한 평가를 포함하고 있다. 또한 한기, 열기, 통풍 등 물리적 환경에 대한 적응능력 및 동작, 자세, 근무 가능 시간 등을 평가하고 있다. 네덜란드의 근로능력 평가도구는 몇몇 영역에서는 “정상” 또는 “제한적”으로 등급을 매기나 대부분의 경우 비교적 근로능력에 관해 자세하게 기술할 것이 요구된다. 즉 근로를 함에 있어 특정한 조건을 필요로 하는지, 필요로 할 경우 어떠한 근무환경에서 신청자가 업무수행을 제대로 할 수 있는지 영역별로 세분화하여 표기하도록 되어 있다.

노르웨이

노르웨이는 장애급여 신청 시 신청인과 의사가 모두 신청인의 능력에 대한 정보를 제공하도록 하고 있다. 장애급여를 신청하기 위해서는 신청자는 의사를 만나 질병 또는 장애가 근로불능력 상태를 가져옴을 증명 받아야 한다. 의학적 평가는 대부분 의사에 의해 시행되며 의사는 근로능력의 감소를 가져오는 의학적 진단명과 장

애연금 수급자격이 주어질 만큼 근로능력이 감소했는지에 관해 평가한다. 의료증명서는 진단 및 병력, 질병 또는 부상으로 인한 근로능력 감소 정도, 신청자가 하는 일의 형태와 일에 필요한 요건, 과거 직업에의 복귀 가능성, 수행 가능한 업무, 근로능력 개선을 위해 예상되는 치료 기간, 일자리 복귀를 위해 필요한 지원 등을 평가하고 있다. 또한 고용주 역시 신청인의 업무 요구도에 관한 정보를 제공하도록 되어 있다. 장애연금의 수급여부는 최종적으로 국가보험 담당관이 결정하나 의료진의 의료증명서가 수급자격 결정에 있어 중요한 역할을 한다. 그러나 노르웨이의 의료진도 객관적인 근로능력 평가의 어려움을 느끼고 있으며 재활이나 개입의 판단에 있어 의료진간에 많은 차이점이 있음이 보고되고 있다 (Overland et al., 2008).

아일랜드

아일랜드의 의료검토 및 평가(Medical Review and Assessment ; MRA) 체계는 장애 관련 각종 급부를 통제하는 중요한 역할을 한다. 아일랜드는 의료적 검사부(Medical Review and Assessment Unit)의 의료자문관을 비롯하여 19명의 의료평가관이 정부기관에 전일제로 고용되어 있다. 의료평가관은 최종심사관이 신청자의 장애관련 급부 자격을 결정하는데 도움을 줄 수 있는 추가적인 소견을 제시하는 역할을 한다. 의료평가관은 적어도 6년 이상의 의료경험이 있어야 하며 장애판정을 위한 특별교육을 수료한 자들로 구성되며 지속적으로 장애평가의 기준에 대한 보수교육을 받는다. 의료평가관은 장애급부 신청자가 제출한 의사의 의료평가서와 각종 검사 기록 등 가능한 모든 자료를 토대로 신청자들의 장애가 근로능력에 어떻게 영향을 미치는지를 주로 검토한다. 의료평가관이 이용하는 평가도구(medical assessment)는 정신건강, 학습, 의식, 균형, 시력, 청력, 말하기, 배설억제능력, 팔 펴기, 들기/옮기기, 손동작, 무릎 구부리기, 앉기, 서기, 계단 오르기, 걷기 등의 영역을 평가하며 신청자의 장애가 각 영역에 얼마나 영향을 미치는지에 대해 정상, 약함, 보통, 심함, 매우 심함으로 등급을 표시한다. 의료평가관들에 의해 작성된 보고서는 정부에 제출되며 최종적으로 정부의 심사관이 수급자격을 결정한다.

핀란드

핀란드의 장애연금 수급자격 결정을 위해서는 의사에 의해 평가된 근로무능력이 기반이 된다. 의사는 진단명과 함께 신청인의 장애 또는 손상이 근로능력에 어떻게 영향을 미치는지 근로무능력에 대해 보통 서술식으로 설명하게 된다. 장애연금 신청인도 과거 직종 및 업무, 질병 또는 손상이 근로능력에 미치는 영향, 현재 수행 가능 업무, 근로복귀 가능성, 근로복귀를 위한 지원 등에 관해 기술하도록 요구하고 있다. 또한 고용인도 장애관련 급여 신청인의 근로능력에 대한 정보를 제공해야 한다. 고용인은 신청인의 근로 직무 변화정도, 재활가능성에 대한 검사 여부, 재교육 필요 여부 등에 관해 상술하여 보고하도록 요구되고 있다. 정부 보험기관 소속 전문가는 의료증명서와 신청서, 고용인이 제공한 정보를 토대로 장애연금 수급자격을 최종적으로 결정한다.

스페인

스페인의 경우 장애연금 신청 시 사회보장청(INSS)에 의해 의료적 평가가 이루어진다. 사회보장청에 소속된 의사는 신청자의 근로능력 평가 후 근로무능력에 관한 보고서를 의사, 노동전문가, 사회보장청 관리자로 구성된 위원회에 제출하게 된다. 이 위원회에서는 보고서를 검토하여 신청자의 근로능력에 관한 종합적 의견을 제시하게 되며 최종 수급자격은 사회보장청 평가자가 비의료적 요인도 함께 고려하여 결정하고 있다. 의사들이 보고하는 의료증명서는 일반적인 지침 하에 의사의 소견을 제시하고 있기 때문에 표준화된 도구에 대한 요구는 증대되고 있다 (European Commission, 2002). 스페인의 영구장애급여 신청을 위한 신청서 양식을 살펴보면 신청자의 직업사항에 관해 기록하게 되어있다. 즉 휴직 전 근무했던 업종과 수행직무, 그리고 직종을 수행하는데 있어 장애요소에 대해서 기록할 것을 요구하고 있다. 또한 장애인 신청자 외에 기업주도 신청자가 그동안 수행했던 직종과 업무에 필요한 기술에 대한 정보를 사회보험 사무실에 제출해야 한다.

스웨덴

스웨덴의 사회보장체계는 질병으로 인한 장기적인 근로불능 상태(long-term incapacity to work)를 장애연금의 기본원칙으로 하고 있다. 그러나 “근로불능”을 명확하게 정의하고 있지 않으며 근로능력을 측정하기 위한 표준화된 도구도 부재하다(Wallaman, 2008). 따라서 장애 판정은 신청인이 어느 정도 일할 수 있는 능력이 있는지 개인적, 상황적 판단에 따라 내려지고 있으며 의사의 소견서(doctor's certificate)가 가장 중요한 역할을 한다(Krokstad & Westin, 2004). 그러나 스웨덴의 어려움을 호소하고 있다(Marnetoft, 2000). 장애연금의 최종적 수급자격은 사회보험기관에서 의사의 소견서와 함께 직업적, 사회적 요소들을 고려하여 결정하게 된다(Wallaman, 2008). 스웨덴의 장애관련 급여 신청서 양식을 살펴보면 시각, 청각, 일상생활 수행에 따른 다른 사람의 도움 필요 정도, 일이나 학업 수행에 다른 사람의 도움 필요 정도에 관해 기록하도록 하고 있다.

최근 들어 장애판정체계를 개선하기 위하여 장애인의 근로능력 평가를 위한 과학적 도구의 개발에 대한 관심이 증대되고 있으며 이는 비단 우리나라만의 현상이 아니다. 지금까지 살펴본 외국의 근로능력 평가도구를 토대로 우리나라 장애인 근로능력 평가도구 개발을 위한 시사점을 도출하면 다음과 같다.

첫째, 객관적이고 표준화된 근로능력 평가도구의 개발이 필요하다. 본 연구에서 제시된 선진 외국의 경우 근로능력, 직업경험 등 다양한 정보를 취합하여 장애평가 기준에 사용되고 있음을 알 수 있다. 외국의 사례와는 달리 우리나라의 장애평가는 주관적이고 단편적인 특성을 보이고 있는데 예를 들면 현행 국민연금공단의 장애진단서의 노동능력 평가부분은 노동가능 또는 불가능으로 간략하게 기술하고 있다(김순례 외, 2008). 그러나 본 연구에서 살펴본 외국의 경우도 장애평가에서 근로능력이 고려되고 있고 미국, 영국, 호주, 네덜란드, 아일랜드 등 일부 국가에서는 표준화된 평가도구를 사용하고 있으나 상당수의 국가는 평가자가 매우 포괄적인 지침 아래서 상당한 재량권을 가지고 장애인의 의료적, 기능적 상황을 서술하고 정황판단을 내리는 경우가 많았다. 예를 들어 스웨덴의 경우 사회보험기관 평가자들이 자신들의 소

견이 궁극적으로 장애판정에 어떻게 반영되었는지 피드백을 받지 못하기 때문에 평가 내용에 포함해야 할 사항들에 대해 혼란을 느끼는 경우가 많았다 (Söderberg & Müssener). 또한 외국의 경우도 의사들이 신청자의 작업환경이나 그 직무에 요구되는 근로능력에 대해서는 혼란스러워하는 경우가 많았다. 따라서 앞으로는 우리나라 장애판정체계의 개선을 위해서는 의학적 요소 뿐 아니라 근로능력에 대한 측면이 고려되어야 하고 본 연구에서 제시된 외국의 근로능력 평가도구를 참고하여 각 도구의 장단점을 고려하여 우리 실정에 맞는 객관적이고 표준화된 평가도구가 개발되어야 할 것이다.

둘째, 외국의 경우 장애 판정에 있어 의사, 직업치료사, 물리치료사, 직업평가사, 임상심리학자, 고용주 등 다양한 구성원이 참여하여 통합적인 정보를 취합하여 장애 판정에 적용하고 있다. 따라서 앞으로 장애판정 시 의사 뿐 아니라 사회복지사, 직업재활사 등 다학제적 팀을 운영하여 가능한 종합적이고 객관적인 판정이 이루어지도록 해야 할 것이다. 근로능력은 장애인의 능력과 함께 직무가 요구하는 특성을 동시에 고려해야 함으로 특별히 고용주의 참여는 신청인의 근로능력 평가에 실용적인 가이드라인을 제공해 줄 수 있을 것이다. 이러한 통합적 정보의 이용은 신청자의 다면적인 욕구를 고려한 장애판정으로 근로능력을 포함한 장애인의 개별적 특성에 기반한 서비스 연계를 활성화시킴으로써 서비스의 효율성을 높일 수 있을 것이다.

셋째, 근로능력 평가 시 근로능력 자체 뿐 아니라 근로복귀를 위해 필요한 시간이나 지원 등에 관한 내용이 포함되어야 할 것이다. 핀란드나 노르웨이의 경우 직업 환경과 장애인이 담당해온 직무의 특성을 기술하도록 요구함으로써 고용복귀에 걸리는 예상 시간, 고용복귀를 위해 필요한 훈련 및 지원 등을 계획하는데 사용되고 있다. 적절한 서비스 연계를 통한 장애인의 자활과 자립을 촉진하기 위하여 근로능력 평가에 장애인의 노동시장 진입 또는 재진입 지원을 위한 항목을 포함시키는 것이 유용할 것이다.

넷째, 평가자에게 장애평가 기준과 관련한 지속적인 교육과 훈련을 제공함으로써 장애판정의 객관화와 효율성을 도모해야 할 것이다. 근로능력 평가는 장애인 근로자에게 요구되는 업무와 역할에 대한 지식 및 정보와 함께 장애인의 상태로 인한 업

무수행 상 제한점이 동시에 고려되어야 하므로 지속적인 보수교육으로 판정의 객관성과 정확성을 위한 노력이 필요하다.

참고문헌

- 김순례 외, 「장애판정체계 개선 및 재활 서비스 구축방안 연구」, 국민연금공단, 2008
- 변용찬 외, 「장애인복지인프라 개선방안 연구」, 한국보건사회연구원, 2008
- Assessing disability in Europe: Similarities and differences, Council of Europe Publishing, 2002.
- Definitions of disability in Europe: A Comparative analysis, European Commission, 2002.
- Krokstad & Westin, Disability in society: Medical and non-medical determinants for disability pension in Norwegian total county population study, *Social Science & Medicine*, 58, 1837-1848, 2004.
- Marnetoft, S. Vocational rehabilitation of unemployed sick-listed people in a Swedish rural area: An individual-level study based on social insurance data, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, 2000.
- Overland, R. et al. Verifiability of diagnostic categories and work ability in the context of disability pension award: A survey on "gatekeeping" among general practitioners in Norway, *BMC Public Health*, 8, 137, 2008.
- Söderberg, E & Müssener, U. Entitlement to sickness benefits in Sweden: The social insurance officers experiences, *Environmental Health*, 2, 13-23, 2008
- Wallaman, T. Disability pension with special reference to sick leave track record, health effects, health care utilization and survival, ACTA Universitatis Upsaliensis Uppsala, 2008.

부 록

<각국의 근로능력 평가도구>

- [부록 1] 미국 / 221
- [부록 2] 영국 / 252
- [부록 3] 뉴질랜드 / 257
- [부록 4] 프랑스 / 283
- [부록 5] 네덜란드 / 309
- [부록 6] 노르웨이 / 321
- [부록 7] 아일랜드 / 328
- [부록 8] 핀란드 / 340
- [부록 9] 스페인 / 350
- [부록 10] 스웨덴 / 358

PHYSICAL RESIDUAL FUNCTIONAL CAPACITY ASSESSMENT

Claimant: **SSN:000-00-0000**

Number Holder(If CDB Claim):

Primary Diagnosis:	RFC Assessment Is For: <input type="checkbox"/> Current Evaluation <input type="checkbox"/> Date Last Insured: <input type="checkbox"/> Date 12 Months After Onset: <input type="checkbox"/> Other(Specify):
Secondary Diagnosis:	
Other Alleged Impairments:	

PRIVACY ACT/PAPERWORK ACT NOTICE: The information requested on this form is authorized by Section 223 and Section 1633 of the Social Security Act. The information provided will be used in making a decision on this claim. Failure to complete this form may result in a delay in processing the claim Information furnished on this form may be disclosed by the Social Security Administration to another person or governmental agency only with respect to Social Security programs and to comply with federal laws S requiring the exchange of information between Social Security and other agencies.

The Paperwork Reduction Act of 1995 requires us to notify you that this information collection is in accordance with the clearance requirements of section 3507 of the Paperwork Reduction Act of 1995. We may not conduct or sponsor, and you are not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

TIME IT TAKES TO COMPLETE THIS FORM: We estimate that it will take you about 20 minutes to complete this form. This includes the time it will take to read the instructions, gather the necessary facts and fill out the form. If you have comments or suggestions on this estimate, write to the Social Security Administration, ATTN: Reports Clearance Officer, 1 -A-2 I Operations Bldg., Baltimore, MD 21235-0001 Send only comments relating to our "time it takes" estimate to the office listed above All requests for Social Security cards and other claims-related information should be sent to your local Social Security office, whose address is listed under Social Security Administration in the U.S. Government section of your telephone directory.

I. LIMITATIONS:

For Each Section A - F

- ⇒ Base your conclusions on all evidence in file (clinical and laboratory findings; symptoms; observations; lay evidence; reports of daily activities; etc.).
- ⇒ Check the blocks which reflect your reasoned judgment.
- ⇒ Describe how the evidence substantiates your conclusions (Cite specific clinical and laboratory findings, observations, lay evidence, etc).
- ⇒ Ensure that you have requested:
 - Appropriate treating and examining source statements regarding the individual's capacities (DI 22505.OOOff. and DI 22510.OOOff.) and that you have given appropriate weight to treating source **conclusions**. (See Section III.)
 - Considered and responded to any **alleged limitations imposed by symptoms** (pain, fatigue, etc.) attributable, in your judgment, to a medically determinable impairment. Discuss your assessment of symptom- related limitations in the explanation for your conclusions in A - F below. (See also Section II.)
 - Responded to all allegations of physical limitations or factors which can cause physical limitations.
- ⇒ **Frequently** means occurring one-third to two-thirds of an 8-hour workday (cumulative, not continuous). **Occasionally means** occurring from very little up to one-third of an 8-hour workday (cumulative, not continuous).

A. EXERTIONAL LIMITATIONS

None established. (Proceed to section B.)

1. **Occasionally** lift and/or carry (including upward pulling) (maximum)-when less than one-third of the time or less than 10 pounds, explain the amount (time/pounds) in item 6.

- less than 10 pounds
- 10 pounds
- 20 pounds
- 50 pounds
- 100 pounds or more

2. **Frequently** lift and/or carry (including upward pulling) (maximum)-when less than two-thirds of the time or less than 10 pounds, explain the amount (time/pounds) in item 6.

- less than 10 pounds
- 10 pounds
- 25 pounds
- 50 pounds or more

3. Stand and/or walk (with normal breaks) for a total of:

- less than 2 hours in an 8-hour workday
- at least 2 hours in an 8-hour workday
- about 6 hours in an 8-hour workday

medically required hand-held assistive device is necessary for ambulation

4. Sit (with normal breaks) for a total of

- less than about 6 hours in an 8-hour workday
- about 6 hours in an 8-hour workday

must periodically alternate sitting and standing to relieve pain or discomfort. (If checked, explain in 6.)

5. Push and/or pull (including operation of hand and/or foot controls)-

- unlimited, other than as shown for lift and/or carry
- limited in upper extremities (describe nature and degree)
- limited in lower extremities (describe nature and degree)

6. Explain how and why the evidence supports your conclusions in item 1 through 5. Cite the specific facts upon which your conclusions are based.

6. Continue (note: make additional comments in section IV)

B. POSTURAL LIMITATIONS

None established. (Proceed to section C.)

	Frequently	Occasionally	Never
1. Climbing-ramp/stairs ladder/rope/scaffolds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Balancing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stooping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kneeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Crouching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Crawling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. When less than two-thirds of the time for frequently or less than one-third for occasionally, fully describe and explain. Also explain how and why the evidence supports your conclusions in items 1 through 6. Cite the specific facts upon which your conclusions are based.

C. MANIPULATIVE LIMITATIONS

None established. (Proceed to section D.)

- | | LIMITED | UNLIMITED |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Reaching all directions (including overhead) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Handling (gross manipulation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fingering (fine manipulation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Feeling (skin receptors) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Describe how the activities checked "limited" are impaired. Also, explain how and why the evidence supports your conclusions in item 1 through 4. Cite the specific facts upon which your conclusions are based. | | |

D. VISUAL LIMITATIONS

None established. (Proceed to section E.)

- | | LIMITED | UNLIMITED |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Near acuity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Far acuity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Depth perception | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Accommodation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Color vision | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Field of vision | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Describe how the faculties checked "limited" are impaired. Also explain how and why the evidence supports your conclusions in item 1 through 6. Cite the specific facts upon which your conclusions are based. | | |

E. COMMUNICATIVE LIMITATIONS

None established. (Proceed to section F.)

- | | | LIMITED | UNLIMITED |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Hearing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Speaking | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Describe how the faculties checked "limited" are impaired. Also, explain how and why the evidence supports your conclusions in items 1 and 2. Cite the specific facts upon which your conclusions are based. | | |

F. ENVIRONMENTAL LIMITATIONS

None established. (Proceed to section II.)

- | | UNLIMITED | AVOID
CONCENTRATED
EXPOSURE | AVOID EVEN
MODERATE
EXPOSURE | AVOID ALL
EXPOSURE |
|----|--|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Describe how these environmental factors impair activities and identify hazards to be avoided. Also, explain how and why the evidence supports your conclusions in items 1 through 8. Cite the specific facts upon which your conclusions are based. | | | |

9. Continue (note: make additional comments in section IV)

II. SYMPTOMS

For symptoms alleged by the claimant to produce physical limitations, and for which the following have not previously been addressed in section I, discuss whether:

- A. The symptom(s) is attributable, in your judgment, to a medically determinable impairment.
- B. The severity or duration of the symptom(s), in your judgment, is disproportionate to the expected severity or expected duration on the basis of the claimant's medically determinable impairment(s).
- C. The severity of the symptom(s) and its alleged effect on function is consistent, in your judgment, with the total medical and nonmedical evidence, including statements by the claimant and others, observations regarding activities of daily living, and alterations of usual behavior or habits.

III. TREATING OR EXAMINING SOURCE STATEMENT(S)

A. Is a treating or examining source statement(s) regarding the claimant's physical capacities in file?

Yes

No (Includes situations in which there was no source or when the source(s) did not provide a statement regarding the claimant's physical capacities.)

B. If yes, are there treating/examining source conclusions about the claimant's limitations or restrictions which are significantly different from your findings?

Yes

No

C. If yes, explain why those conclusions are not supported by the evidence in file. (Cite the source's name and the statement date.)

IV. ADDITIONAL COMMENTS:

These findings complete the medical portion of the disability determination.

MEDICAL CONSULTANT'S SIGNATURE:

MEDICAL CONSULTANT'S CODE:

DATE:

MENTAL RESIDUAL FUNCTIONAL CAPACITY ASSESSMENT

Name: SSN:000-00-0000

Categories(From 1B of the PRFT)	Assessment Is For:
	<input type="checkbox"/> Current Evaluation
	<input type="checkbox"/> Date Last Insured: / /
	<input type="checkbox"/> Date 12 Months After Onset: / /
	<input type="checkbox"/> Other(Specify):

I. SUMMARY CONCLUSIONS

This section is for recording summary conclusions derived from the evidence in file. Each mental activity is to be evaluated within the context of the individual's capacity to sustain that activity over a normal workday and workweek, on an ongoing basis. Detailed explanation of the degree of limitation for each category (A through D), as well as any other assessment information you deem appropriate, is to be recorded in Section III (Functional Capacity Assessment).

If rating category 5 is checked for any of the following items, you MUST specify in Section II the evidence that is needed to make the assessment. If you conclude that the record is so inadequately documented that no accurate functional capacity assessment can be made, indicate in Section II what development is necessary, but DO NOT COMPLETE SECTION III.

	Not Significantly Limited	Moderately Limited	Markedly Limited	No Evidence of Limitation in this Category	Not Ratable on Available Evidence
A. UNDERSTANDING AND MEMORY					
1. The ability to remember locations and work-like procedures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. The ability to understand and remember very short and simple instructions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. The ability to understand and remember detailed instructions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. SUSTAINED CONCENTRATION AND PERSISTENCE					
4. The ability to carry out very short and simple instructions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. The ability to carry out detailed instructions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. The ability to maintain attention and concentration for extended periods.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. The ability to perform activities within a schedule, maintain regular attendance, and be punctual within customary tolerances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. The ability to sustain an ordinary routine without special supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. The ability to work in coordination with or proximity to others without being distracted by them	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. The ability to make simple work-related decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. The ability to complete a normal workday and workweek without interruptions from psychologically based symptoms and to perform at a consistent pace without an unreasonable number and length of rest periods.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Not Significantly Limited	Moderately Limited	Markedly Limited	No Evidence of Limitation in this Category	Not Ratable on Available Evidence
C. SOCIAL INTERACTION					
12. The ability to interact appropriately with the general public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. The ability to ask simple questions or request assistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. The ability to accept instructions and respond appropriately to criticism from supervisors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. The ability to get along with coworkers or peers without distracting them or exhibiting behavioral extremes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. The ability to maintain socially appropriate behavior and to adhere to basic standards of neatness and cleanliness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ADAPTATION					
17. The ability to respond appropriately to changes in the work setting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. The ability to be aware of normal hazards and take appropriate precautions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. The ability to travel in unfamiliar places or use public transportation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. The ability to set realistic goals or make plans independently of others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. REMARKS: If you checked box 5 for any of the preceding items or if any other documentation deficiencies were identified, you MUST specify what additional documentation is needed. Cite the item number(s), as well as any other specific deficiency, and indicate the development to be undertaken.

III. FUNCTIONAL CAPACITY ASSESSMENT

Record in this section the elaborations on the preceding capacities. Complete this section ONLY after the SUMMARY CONCLUSIONS section has been completed. Explain your summary conclusions in narrative form. Include any information which clarifies limitation or function. Be especially careful to explain conclusions that differ from those of treating medical sources or from the individual's allegations.

These findings complete the medical portion of the disability determination.

MEDICAL CONSULTANT'S SIGNATURE

DATE

Paperwork/Privacy Act Notice: The information requested on this form is authorized by Section 223 and Section 1633 of the Social Security Act. The information provided will be used in making a decision on this claim. Failure to complete this form

DISABILITY REPORT - ADULT - Form SSA-3368-BK

PLEASE READ ALL OF THIS INFORMATION BEFORE YOU BEGIN
COMPLETING THIS FORM

THIS IS NOT AN APPLICATION

IF YOU NEED HELP

If you need help with this form, do as much of it as you can, and your interviewer will help you finish it. However, if you have access to the Internet, you may access the Disability Report Form Guide at <http://www.socialsecurity.gov/disability/3368/index.htm>.

HOW TO COMPLETE THIS FORM

The information that you give us on this form will be used by the office that makes the disability decision on your disability claim. You can help them by completing as much of the form as you can.

- Please fill out as much of this form as you can before your interview appointment.
- Print or type.
- **DO NOT LEAVE ANSWERS BLANK.** If you do not know the answers, or the answer is "none" or "does not apply," please write: "don't know," or "none," or "does not apply."
- **IN SECTION 4, PUT INFORMATION ON ONLY ONE DOCTOR/HOSPITAL/CLINIC IN EACH SPACE.**
- Each address should include a ZIP code. Each telephone number should include an area code.
- **DO NOT ASK A DOCTOR OR HOSPITAL TO COMPLETE THE FORM.** However, you can get help from other people, like a friend or family member.
- If your appointment is for an interview by telephone, have the form ready to discuss with us when we call you.
- If your appointment is for an interview in our office, bring the completed form with you or mail it ahead of time, if you were told to do so.
- When a question refers to "you," "your" or the "Disabled Person," it refers to the person who is applying for disability benefits. If you are filling out the form for someone else, please provide information about him or her.
- Be sure to explain an answer if the question asks for an explanation, or if you want to give additional information.
- If you need more space to answer any questions or want to tell us more about an answer, please use the "REMARKS" section on Pages 9 and 10, and show the number of the question being answered.

ABOUT YOUR MEDICAL RECORDS

If you have any medical records and copies of prescriptions at home for the person who is applying for disability benefits, send them to our office with your completed forms or bring them with you to your interview. Also, bring any prescription bottles with you. If you need the records back, tell us and we will photocopy them and return them to you.

YOU DO NOT NEED TO ASK DOCTORS OR HOSPITALS FOR ANY MEDICAL RECORDS THAT YOU DO NOT ALREADY HAVE. With your permission, we will do that for you. The information we ask for on this form tells us to whom we should send a request for medical and other records. If you cannot remember the names and addresses of any of the doctors or hospitals, or the dates of treatment, perhaps you can get this information from the telephone book, or from medical bills, prescriptions and prescription bottles.

WHAT WE MEAN BY "DISABILITY"

"Disability" under Social Security is based on your inability to work. For purposes of this claim, we want you to understand that "disability" means that you are unable to work as defined by the Social Security Act. You will be considered disabled if you are unable to do any kind of work for which you are suited and if your disability is expected to last (or has lasted) for at least a year or to result in death. So when we ask, "when did you become unable to work," we are asking when you became disabled as defined by the Social Security Act.

The Privacy And Paperwork Reduction Acts

The Social Security Administration is authorized to collect the information on this form under sections 205(a), 223(d) and 1631(e)(1) of the Social Security Act. The information on this form is needed by Social Security to make a decision on the named claimant's claim. While giving us the information on this form is voluntary, failure to provide all or part of the requested information could prevent an accurate or timely decision on the named claimant's claim. Although the information you furnish is almost never used for any purpose other than making a determination about the claimant's disability, such information may be disclosed by the Social Security Administration as follows: (1) to enable a third party or agency to assist Social Security in establishing rights to Social Security benefits and/or coverage; (2) to comply with Federal Laws requiring the release of information from Social Security records (e.g., to the General Accounting Office and the Department of Veterans Affairs); and (3) to facilitate statistical research and such activities necessary to assure the integrity and improvement of the Social Security programs (e.g., to the Bureau of the Census and private concerns under contract to Social Security).

We may also use the information you give us when we match records by computer. Matching programs compare our records with those of other Federal, State, or local government agencies. Many agencies may use matching programs to find or prove that a person qualifies for benefits paid by the Federal government. The law allows us to do this even if you do not agree to it.

Explanations about these and other reasons why information you provide us may be used or given out are available in Social Security offices. If you want to learn more about this, contact any Social Security office.

PAPERWORK REDUCTION ACT: This information collection meets the requirements of 44 U.S.C. § 3507, as amended by Section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You do not need to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take about 60 minutes to read the instructions, gather the facts, and answer the questions. **SEND OR BRING THE COMPLETED FORM TO YOUR LOCAL SOCIAL SECURITY OFFICE. The office is listed under U. S. Government agencies in your telephone directory or you may call Social Security at 1-800-772-1213.** *You may send comments on our time estimate above to: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001. Send only comments relating to our time estimate to this address, not the completed form.*

PLEASE REMOVE THIS SHEET BEFORE RETURNING THE COMPLETED FORM.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

**DISABILITY REPORT
ADULT**

For SSA Use Only
Do not write in this box.

Related SSN _____

Number Holder _____

SECTION 1- INFORMATION ABOUT THE DISABLED PERSON

A. NAME (First, Middle Initial, Last)

B. SOCIAL SECURITY NUMBER

C. DAYTIME TELEPHONE NUMBER (If you have no number where you can be reached, give us a daytime number where we can leave a message for you.)

Area Code _____ Number _____ Your Number Message Number None

D. Give the name of a friend or relative that we can contact (other than your doctors) **who knows about your illnesses, injuries or conditions** and can help you with your claim.

NAME _____ RELATIONSHIP _____

ADDRESS _____
(Number, Street, Apt. No. (If any), P.O. Box, or Rural Route)

City _____ State _____ ZIP _____ DAYTIME PHONE _____
Area Code _____ Number _____

E. What is your height without shoes?
_____ feet _____ inches

F. What is your weight without shoes?
_____ pounds

G. Do you have a medical assistance card? (For Example, Medicaid or Medi-Cal) If "YES," show the number here: YES NO _____

H. Can you speak and understand English? YES NO If "NO," what is your preferred language? _____

NOTE: If you cannot speak and understand English, we will provide an interpreter, free of charge.

If you cannot speak and understand English, is there someone we may contact who speaks and understands English and will give you messages? YES NO (If "YES," and that person is the same as in "D" above show "SAME" here. If not, complete the following information.)

NAME _____ RELATIONSHIP _____

ADDRESS _____
(Number, Street, Apt. No. (If any), P.O. Box, or Rural Route)

City _____ State _____ ZIP _____ DAYTIME PHONE _____
Area Code _____ Number _____

I. Can you read and understand English? YES NO **J. Can you write more than your name in English?** YES NO

Disability Report-Adult-Form SSA-3368-BK

SECTION 2
YOUR ILLNESSES, INJURIES OR CONDITIONS AND HOW THEY AFFECT YOU

A. What are the **illnesses, injuries or conditions** that limit your ability to work? _____

B. How do your illnesses, injuries or conditions limit your ability to work? _____

C. Do your illnesses, injuries or conditions cause you **pain** YES NO
 or **other symptoms**?

D. When did your illnesses, injuries or conditions **first bother you**?

Month	Day	Year
-------	-----	------

E. When did you become **unable to work** because of your illnesses, injuries or conditions?

Month	Day	Year
-------	-----	------

F. Have you **ever worked**? YES NO *(If "NO," go to Section 4.)*

G. Did you **work at any time** after the date your illnesses, injuries or conditions first bothered you? YES NO

H. If "YES," did your illnesses, injuries or conditions cause you to: *(check all that apply)*

- work fewer hours?** *(Explain below)*
- change your job duties?** *(Explain below)*
- make any job-related changes such as your attendance, help needed, or employers?** *(Explain below)*

I. Are you **working now**? YES NO

If "NO," when did you **stop working**?

Month	Day	Year
-------	-----	------

J. Why did you **stop working**? _____

SECTION 3 - INFORMATION ABOUT YOUR WORK

A. List all the jobs that you had in the 15 years before you became unable to work because of your illnesses, injuries or conditions.

JOB TITLE <i>(Example, Cook)</i>	TYPE OF BUSINESS <i>(Example, Restaurant)</i>	DATES WORKED <i>(month & year)</i>		HOURS PER DAY	DAYS PER WEEK	RATE OF PAY <i>(Per hour, day, week, month or year)</i>	
		From	To				
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	

B. Which job did you do the longest? _____

C. Describe this job. What did you do all day? (If you need more space, write in the "Remarks" section.)

D. In **this job**, did you:

- Use machines, tools or equipment? YES NO
- Use technical knowledge or skills? YES NO
- Do any writing, complete reports, or perform duties like this? YES NO

E. In **this job**, how many total hours each day did you:

- Walk? _____ Stoop? *(Bend down & forward at waist.)* _____ Handle, grab or grasp big objects? _____
- Stand? _____ Kneel? *(Bend legs to rest on knees.)* _____ Reach? _____
- Sit? _____ Crouch? *(Bend legs & back down & forward.)* _____ Write, type or handle small objects? _____
- Climb? _____ Crawl? *(Move on hands & knees.)* _____

F. Lifting and Carrying *(Explain what you lifted, how far you carried it, and how often you did this.)*

G. Check **heaviest** weight lifted:

- Less than 10 lbs 10 lbs 20 lbs 50 lbs 100 lbs. or more Other _____

H. Check weight **frequently** lifted: *(By frequently, we mean from 1/3 to 2/3 of the workday.)*

- Less than 10 lbs 10 lbs 25 lbs 50 lbs. or more Other _____

I. Did you supervise other people in this job? YES *(Complete items below.)* NO *(If NO, go to J.)*

- How many people did you supervise? _____
- What part of your time was spent supervising people? _____
- Did you hire and fire employees? YES NO

J. Were you a lead worker? YES NO

SECTION 4 - INFORMATION ABOUT YOUR MEDICAL RECORDS

- A. Have you been seen by a **doctor/hospital/clinic** or anyone else for the illnesses, injuries or conditions that limit your ability to work? YES NO
- B. Have you been seen by a **doctor/hospital/clinic** or anyone else for emotional or mental problems that limit your ability to work? YES NO

If you answered "NO" to both of these questions, go to Section 5.

- C. List **other names** you have used on your medical records. _____

Tell us who may have medical records or other information about your illnesses, injuries or conditions.

- D. List each **DOCTOR/HMO/THERAPIST/OTHER**. Include your **next appointment**.

1.

NAME			DATES
STREET ADDRESS			FIRST VISIT
CITY	STATE	ZIP	LAST SEEN
PHONE <small>Area Code Phone Number</small>		PATIENT ID # (If known)	NEXT APPOINTMENT
REASONS FOR VISITS _____			
WHAT TREATMENT WAS RECEIVED? _____			

2.

NAME			DATES
STREET ADDRESS			FIRST VISIT
CITY	STATE	ZIP	LAST SEEN
PHONE <small>Area Code Phone Number</small>		PATIENT ID # (If known)	NEXT APPOINTMENT
REASONS FOR VISITS _____			
WHAT TREATMENT WAS RECEIVED? _____			

SECTION 4 - INFORMATION ABOUT YOUR MEDICAL RECORDS

DOCTOR/HMO/THERAPIST/OTHER

3. NAME			DATES
STREET ADDRESS			FIRST VISIT
CITY	STATE	ZIP	LAST SEEN
PHONE _____ <small>Area Code Phone Number</small>		PATIENT ID # (If known)	NEXT APPOINTMENT
REASONS FOR VISITS _____			
WHAT TREATMENT WAS RECEIVED? _____			

If you need more space, use Remarks, Section 9.

E. List each HOSPITAL/CLINIC. Include your next appointment.

HOSPITAL/CLINIC	TYPE OF VISIT	DATES	
NAME	<input type="checkbox"/> INPATIENT STAYS <i>(Stayed at least overnight)</i>	DATE IN	DATE OUT
STREET ADDRESS	<input type="checkbox"/> OUTPATIENT VISITS <i>(Sent home same day)</i>	DATE FIRST VISIT	DATE LAST VISIT
CITY			
PHONE _____ <small>Area Code Phone Number</small>	<input type="checkbox"/> EMERGENCY ROOM VISITS	DATE OF VISITS	

Next appointment _____ Your hospital/clinic number _____

Reasons for visits _____

What treatment did you receive? _____

What doctors do you see at this hospital/clinic on a regular basis? _____

SECTION 4-INFORMATION ABOUT YOUR MEDICAL RECORDS

HOSPITAL/CLINIC

2.	HOSPITAL/CLINIC	TYPE OF VISIT	DATES	
NAME		<input type="checkbox"/> INPATIENT STAYS <i>(Stayed at least overnight)</i>	DATE IN	DATE OUT
STREET ADDRESS				
CITY	STATE		ZIP	DATE FIRST VISIT
PHONE <small style="display: flex; justify-content: space-between;">Area CodePhone Number</small>		<input type="checkbox"/> EMERGENCY ROOM VISITS	DATE OF VISITS	

Next **appointment** _____ Your hospital/clinic **number** _____

Reasons for visits _____

What **treatment** did you receive? _____

What **doctors** do you see at this hospital/clinic on a regular basis? _____

If you need more space, use Remarks, Section 9.

F. Does **anyone else** have **medical records or information** about your illnesses, injuries or conditions (Workers' Compensation, insurance companies, prisons, attorneys, welfare), or are you scheduled to see anyone else?

YES *(If "YES," complete information below.)*
 NO

NAME	DATES
STREET ADDRESS	FIRST VISIT
CITY STATE ZIP	LAST SEEN
PHONE <small style="display: flex; justify-content: space-between;">Area CodePhone Number</small>	NEXT APPOINTMENT
CLAIM NUMBER (If any) _____	
REASONS FOR VISITS _____	

If you need more space, use Remarks, Section 9.

SECTION 5 - MEDICATIONS

Do you currently take any **medications** for your illnesses, injuries or conditions? YES
 If "YES," please tell us the following: *(Look at your medicine bottles, if necessary.)* NO

NAME OF MEDICINE	IF PRESCRIBED, GIVE NAME OF DOCTOR	REASON FOR MEDICINE	SIDE EFFECTS YOU HAVE

If you need more space, use Remarks, Section 9.

SECTION 6 - TESTS

Have you had, or will you have, any **medical tests** for illnesses, injuries or conditions?
 YES NO If "YES," please tell us the following: *(Give approximate dates, if necessary.)*

KIND OF TEST	WHEN DONE, OR WHEN WILL IT BE DONE? (Month, day, year)	WHERE DONE? (Name of Facility)	WHO SENT YOU FOR THIS TEST?
EKG (HEART TEST)			
TREADMILL (EXERCISE TEST)			
CARDIAC CATHETERIZATION			
BIOPSY--Name of body part _____			
HEARING TEST			
SPEECH/LANGUAGE TEST			
VISION TEST			
IQ TESTING			
EEG (BRAIN WAVE TEST)			
HIV TEST			
BLOOD TEST (NOT HIV)			
BREATHING TEST			
X-RAY--Name of body part _____			
MRI/CT SCAN Name of body part _____			

If you have had other tests, list them in Remarks, Section 9.

SECTION 7-EDUCATION/TRAINING INFORMATION

A. Check the highest grade of **school** completed.

Grade school:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED

College:

1 2 3 4 or more

Approximate **date** completed: _____

B. Did you attend **special education** classes? YES NO *(If "NO," go to part C)*

NAME OF SCHOOL _____

ADDRESS _____

(Number, Street, Apt. No.(if any), P.O. Box or Rural Route)

City

State

Zip

DATES ATTENDED _____ TO _____

TYPE OF PROGRAM _____

C. Have you completed any type of **special job training, trade or vocational school**?

YES NO If "YES," what type? _____

Approximate date completed: _____

**SECTION 8 - VOCATIONAL REHABILITATION, EMPLOYMENT,
or OTHER SUPPORT SERVICES INFORMATION**

Are you participating in the Ticket Program or another program of vocational rehabilitation services, employment services or other support services to help you go to work?

YES (Complete the information below) NO

NAME OF ORGANIZATION _____

NAME OF COUNSELOR _____

ADDRESS _____

(Number, Street, Apt. No.(if any), P.O. Box or Rural Route)

City

State

Zip

DAYTIME PHONE NUMBER _____

Area Code

Number

DATES SEEN _____ TO _____

TYPE OF SERVICES OR TESTS PERFORMED _____
(IQ, vision, physicals, hearing, workshops, etc.)

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION
OFFICE OF DISABILITY ADJUDICATION AND REVIEW

Form Approved
OMB No.0960-0662

**MEDICAL SOURCE STATEMENT OF
ABILITY TO DO WORK-RELATED ACTIVITIES (PHYSICAL)**

NAME OF INDIVIDUAL _____

SOCIAL SECURITY NUMBER _____

To determine this individual's ability to do **work-related activities on a regular and continuous basis**, please give us your opinion for each activity shown below:

The following terms are defined as:

- **REGULAR AND CONTINUOUS BASIS** means 8 hours a day, for 5 days a week, or an equivalent work schedule.
- **OCCASIONALLY** means very little to one-third of the time.
- **FREQUENTLY** means from one-third to two-thirds of the time.
- **CONTINUOUSLY** means more than two-thirds of the time.

Age and body habitus of the individual should not be considered in the assessment of limitations. It is important that you relate particular medical or clinical findings to any assessed limitations in capacity: The usefulness of your assessment depends on the extent to which you do this.

I. LIFTING/CARRYING

Check the boxes representing the amount the individual can lift and how often it can be lifted.

Lift	Never	Occasionally (up to 1/3)	Frequently (1/3 to 2/3)	Continuously (over 2/3)
A. Up to 10 lbs:				
B. 11 to 20 lbs:				
C. 21 to 50 lbs:				
D. 51 to 100 lbs:				

Check the boxes representing the amount the individual can carry and how often it can be carried.

Carry	Never	Occasionally (up to 1/3)	Frequently (1/3 to 2/3)	Continuously (over 2/3)
A. Up to 10 lbs:				
B. 11 to 20 lbs:				
C. 21 to 50 lbs:				
D. 51 to 100 lbs:				

Identify the particular medical or clinical findings (i.e., physical exam findings, x-ray findings, laboratory test results, history, and symptoms including pain etc.) which support your assessment or any limitations and why the findings support the assessment.

() **MEDICAL SOURCE STATEMENT OF ABILITY TO DO WORK-RELATED ACTIVITIES (PHYSICAL)** Page 2 of 7

II. SITTING/STANDING/WALKING

Please check how many hours the individual can (if less than one hour, how many minutes):

At One Time without Interruption

	<u>Minutes</u>									<u>Hours</u>
A. Sit	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	
B. Stand	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	
C. Walk	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	

Total in an 8 hour work day

	<u>Minutes</u>									<u>Hours</u>
A. Sit	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	
B. Stand	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	
C. Walk	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	

If the total time for sitting, standing and walking does not equal or exceed 8 hours, what activity is the individual performing for the rest of the 8 hours?

Does the individual require the use of a cane to ambulate? Yes No

If the answer is "yes" please answer the following:

- How far can the individual ambulate without the use of a cane? _____
- Is the use of a cane medically necessary? Yes No
- Without a cane, can the individual use his/her free hand to carry small objects? Yes No

Identify the particular medical or clinical findings (i.e., physical exam findings, x-ray findings, laboratory test results, history, and symptoms including pain etc.) which support your assessment or any limitations and why the findings support the assessment.

()

MEDICAL SOURCE STATEMENT OF ABILITY TO DO WORK-RELATED ACTIVITIES (PHYSICAL)

III. USE OF HANDS

Indicate how often the individual can perform the following activities:

ACTIVITY	Right Hand				Left Hand			
	Never	Occasionally (up to 1/3)	Frequently (1/3 to 2/3)	Continuously (over 2/3)	Never	Occasionally (up to 1/3)	Frequently (1/3 to 2/3)	Continuously (over 2/3)
REACHING (Overhead)								
REACHING (All Other)								
HANDLING								
FINGERING								
FEELING								
PUSH/PULL								

Which is the individual's dominant hand? Right Hand Left Hand

Identify the particular medical or clinical findings (i.e., physical exam findings, x-ray findings, laboratory test results, history, and symptoms including pain etc.) which support your assessment or any limitations and why the findings support the assessment.

IV. USE OF FEET

Indicate how often the individual can perform the following activities:

ACTIVITY	Right Foot				Left Foot			
	Never	Occasionally (up to 1/3)	Frequently (1/3 to 2/3)	Continuously (over 2/3)	Never	Occasionally (up to 1/3)	Frequently (1/3 to 2/3)	Continuously (over 2/3)
Operation of Foot Controls								

Identify the particular medical or clinical findings (i.e., physical exam findings, x-ray findings, laboratory test results, history, and symptoms including pain etc.) which support your assessment or any limitations and why the findings support the assessment.

()

MEDICAL SOURCE STATEMENT OF ABILITY TO DO WORK-RELATED ACTIVITIES (PHYSICAL)

V. POSTURAL ACTIVITIES

How often can the individual perform the following activities?

ACTIVITY	Never	Occasionally (up to 1/3)	Frequently (1/3 to 2/3)	Continuously (over 2/3)
Climb stairs and ramps				
Climb ladders or scaffolds				
Balance				
Stoop				
Kneel				
Crouch				
Crawl				

Identify the particular medical or clinical findings (i.e., physical exam findings, x-ray findings, laboratory test results, history, and symptoms including pain etc.) which support your assessment or any limitations and why the findings support the assessment.

VI. DO ANY OF THE IMPAIRMENTS AFFECT THE CLAIMANT'S HEARING OR VISION?

No Yes Not Evaluated

If "yes" please complete the following questions (where appropriate)

1. If a **hearing impairment** is present,
 - a. Does the individual retain the ability to hear and understand simple oral instructions and to communicate simple information? Yes No
 - b. Can the individual use a telephone to communicate? Yes No
2. If a **visual impairment** is present,
 - a. Is the individual able to avoid ordinary hazards in the workplace, such as boxes on the floor, doors ajar, or approaching people or vehicles? Yes No
 - b. Is the individual able to read very small print? Yes No
 - c. Is the individual able to read ordinary newspaper or book print? Yes No
 - d. Is the individual able to view a computer screen? Yes No
 - e. Is the individual able to determine differences in shape and color of small objects such as screws, nuts or bolts? Yes No

Identify the particular medical or clinical findings (i.e., physical exam findings, x-ray findings, laboratory test results, history, and symptoms including pain etc.) which support your assessment or any limitations and why the findings support the assessment.

()

MEDICAL SOURCE STATEMENT OF ABILITY TO DO WORK-RELATED ACTIVITIES (PHYSICAL)

VII. ENVIRONMENTAL LIMITATIONS

How often can the individual tolerate exposure to the following conditions?

Condition	Never	Occasionally (up to 1/3)	Frequently (1/3 to 2/3)	Continuously (over 2/3)
Unprotected Heights				
Moving Mechanical Parts				
Operating a motor vehicle				
Humidity and wetness				
Dust, odors, fumes and pulmonary irritants				
Extreme cold				
Extreme heat				
Vibrations				
Others: (Identify)				

Condition	Quiet (Library)	Moderate (Office)	Loud (Heavy Traffic)	Very Loud (Jackhammer)
Noise				

Identify the particular medical or clinical findings (i.e., physical exam findings, x-ray findings, laboratory test results, history, and symptoms including pain etc.) which support your assessment or any limitations and why the findings support the assessment.

() **MEDICAL SOURCE STATEMENT OF ABILITY TO DO WORK-RELATED ACTIVITIES (PHYSICAL)**

VIII. PLEASE PLACE A CHECK IN APPROPRIATE BOXES BASED SOLELY ON THE CLAIMANT'S PHYSICAL IMPAIRMENTS

ACTIVITY	YES	No
Can the individual perform activities like shopping?		
Can the individual travel without a companion for assistance?		
Can the individual ambulate without using a wheelchair, walker, or 2 canes or 2 crutches?		
Can the individual walk a block at a reasonable pace on rough or uneven surfaces?		
Can the individual use standard public transportation?		
Can the individual climb a few steps at a reasonable pace with the use of a single hand rail?		
Can the individual prepare a simple meal & feed himself/herself?		
Can the individual care for personal hygiene?		
Can the individual sort, handle, use paper/files?		

Please identify the medical findings that support this assessment and why the finding support the assessment (unless a narrative report is attached).

IX. STATE ANY OTHER WORK-RELATED ACTIVITIES, WHICH ARE AFFECTED BY ANY IMPAIRMENTS, AND INDICATE HOW THE ACTIVITIES ARE AFFECTED. WHAT ARE THE MEDICAL FINDINGS THAT SUPPORT THIS ASSESSMENT?

X. THE LIMITATIONS ABOVE ARE ASSUMED TO BE YOUR OPINION REGARDING CURRENT LIMITATIONS ONLY.

HOWEVER, IF YOU HAVE SUFFICIENT INFORMATION TO FORM AN OPINION WITHIN A REASONABLE DEGREE OF MEDICAL PROBABILITY AS TO PAST LIMITATIONS, ON WHAT DATE WERE THE LIMITATIONS YOU FOUND ABOVE FIRST PRESENT? _____

XI. HAVE THE LIMITATIONS YOU FOUND ABOVE LASTED OR WILL THEY LAST FOR 12 CONSECUTIVE MONTHS? Yes No

SIGNATURE

DATE

Print Name, Title and Medical Specialty (Legibly Please)

()

PRIVACY ACT STATEMENT:

The Social Security Administration is authorized to collect the information on this form under sections 205(a), 223(d), 1614(a)(3)(H)(I) and 1631(d)(1) of the Social Security Act. The information on this form is needed by Social Security to complete processing of the named patient's claim. While giving us the information on this form is voluntary, failure to provide the requested information may prevent an accurate or timely decision on the named patient's claim. Although the information you furnish on this form is almost never used for any purpose other than making a determination about disability, such information may be disclosed by the Social Security Administration to another person or governmental agency only with respect to Social Security programs and to comply with federal laws requiring the exchange information between Social Security and another agency.

Explanations about these and other reasons why information about you may be used or given out are available in Social Security offices. If you want to learn more about this, contact any Social Security office.

PAPERWORK REDUCTION ACT:

This information collection meets the clearance requirements of 44 U.S.C. 3507, as amended by section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You are not required to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take you about 15 minutes to read the instructions, gather the necessary facts, and answer the questions. You may send comments on our time estimate above to: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21234-6401. Send only comments relating to our time estimate to this address, not the completed form.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION
OFFICE OF DISABILITY ADJUDICATION AND REVIEW

Form Approved
OMB No. 0960-0662

**MEDICAL SOURCE STATEMENT OF
ABILITY TO DO WORK-RELATED ACTIVITIES (MENTAL)**

NAME OF INDIVIDUAL _____

SOCIAL SECURITY NUMBER _____

INSTRUCTIONS:

Please assist us in determining this individual's ability to do work-related activities on a sustained basis. "Sustained basis" means the ability to perform work-related activities eight hours a day for five days a week, or an equivalent work schedule. (SSR 96-8p). Please give us your professional opinion of what the individual can still do despite his/her impairment(s). The opinion should be based on your findings with respect to medical history, clinical and laboratory findings, diagnosis, prescribed treatment and response, and prognosis.

For each activity shown below, respond to the questions about the individual's ability to perform the activity. When doing so, use the following definitions for the rating terms:

- None - Absent or minimal limitations. If limitations are present they are transient and/or expected reactions to psychological stresses.
- Mild - There is a slight limitation in this area, but the individual can generally function well.
- Moderate - There is more than a slight limitation in this area but the individual is still able to function satisfactorily.
- Marked - There is serious limitation in this area. There is a substantial loss in the ability to effectively function.
- Extreme - There is major limitation in this area. There is no useful ability to function in this area.

**IT IS VERY IMPORTANT TO DESCRIBE THE FACTORS THAT SUPPORT YOUR ASSESSMENT.
WE ARE REQUIRED TO CONSIDER THE EXTENT TO WHICH YOUR ASSESSMENT IS SUPPORTED.**

(1) Is ability to understand, remember, and carry out instructions affected by the impairment? No Yes
If "no," go to question #2. If "yes," please check the appropriate block to describe the individual's restriction for the following work-related mental activities.

	<u>None</u>	<u>Mild</u>	<u>Moderate</u>	<u>Marked</u>	<u>Extreme</u>
Understand and remember simple instructions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carry out simple instructions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The ability to make judgments on simple work-related decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Understand and remember complex instructions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carry out complex instructions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The ability to make judgments on complex work-related decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Identify the factors (e.g., the particular medical signs, laboratory findings, or other factors described above) that support your assessment.

()

- (2) Is ability to interact appropriately with supervision, co-workers, and the public, as well as respond to changes in the routine work setting, affected by impairments? No Yes
 If "no," go to question #3. If "yes," please check the appropriate block to describe the individual's restriction for the following work-related mental activities.

	<u>None</u>	<u>Mild</u>	<u>Moderate</u>	<u>Marked</u>	<u>Extreme</u>
Interact appropriately with the public.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interact appropriately with supervisor(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interact appropriately with co-workers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respond appropriately to usual work situations and to changes in a routine work setting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Identify the factors (e.g., the particular medical signs, laboratory findings, or other factors described above) that support your assessment.

- (3) Are any other capabilities affected by the impairment? No Yes
 If "yes," please identify the capability and describe how it is affected.

Identify the factors (e.g., the particular medical signs, laboratory findings, or other factors described above) that support your assessment.

- (4) The limitations above are assumed to be your opinion regarding current limitations only.

However, if you have sufficient information to form an opinion within a reasonable degree of medical or psychological probability as to past limitations, on what date were the limitations you found above first present? _____

- (5) If the claimant's impairment(s) include alcohol and/or substance abuse, do these impairments contribute to any of the claimant's limitations as set forth above? If so, please identify and explain what changes you would make to your answers if the claimant was totally abstinent from alcohol and/or substance use/abuse.

()

(6) Can the individual manage benefits in his/her own best interest?

No Yes

Signature

Date

Print Name, Title and Medical Specialty (Legibly Please)

PRIVACY ACT STATEMENT:

The Social Security Administration is authorized to collect the information on this form under sections 205(a), 223(d), 1614(a)(3)(H)(I) and 1631(d)(1) of the Social Security Act. The information on this form is needed by Social Security to complete processing of the named patient's claim. While giving us the information on this form is voluntary, failure to provide the requested information may prevent an accurate or timely decision on the named patient's claim. Although the information you furnish on this form is almost never used for any purpose other than making a determination about disability, such information may be disclosed by the Social Security Administration to another person or governmental agency only with respect to Social Security programs and to comply with federal laws requiring the exchange information between Social Security and another agency.

Explanations about these and other reasons why information about you may be used or given out are available in Social Security offices. If you want to learn more about this, contact any Social Security office.

PAPERWORK REDUCTION ACT:

This information collection meets the clearance requirements of 44 U.S.C. 3507, as amended by section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You do not need to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take you about 15 minutes to read the instructions, gather the necessary facts, and answer the questions. *You may send comments on our time estimate above to: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore MD 21234-6401. Send only comments relating to our time estimate to this address, not the completed form.*

[부록 2] 영국

The Personal Capability Assessment (PCA)

Physical health points

1. Walking on Level Ground with a Walking Stick or Other Aid if Such Aids are normally used.

- 1) Cannot walk at all. **15 points**
- 2) Cannot walk more than a few steps without stopping or severe discomfort. **15 points**
- 3) Cannot walk more than 50 metres without stopping or severe discomfort. **15 points**
- 4) Cannot walk more than 200 metres without stopping or severe discomfort. **7 points**
- 5) Cannot walk more than 400 metres without stopping or severe discomfort. **3 points**
- 6) Cannot walk more than 800 metres without stopping or severe discomfort. **0 points**
- 7) No walking problem. **0 points**

2. Walking Up and Down Stairs.

- 1) Cannot walk up and down one stair. **15 Points**
- 2) Cannot walk up and down a flight of twelve stairs. **15 Points**
- 3) Cannot walk up and down a flight of twelve stairs without holding on and taking a rest. **7 Points**
- 4) Cannot walk up and down a flight of twelve stairs without holding on. **3 Points**
- 5) Can only walk up and down a flight of twelve stairs if he goes sideways or one step at a time. **3 Points**
- 6) No problem in walking up and down stairs. **0 Points**

3. Sitting in an Upright Chair with a Back but No Arms.

- a) Cannot sit comfortably. **15 Points**
- b) Cannot sit comfortably for more than ten minutes without having to move from the chair because the degree of discomfort makes it impossible to continue sitting. **15 Points**
- c) Cannot sit comfortably for more than 30 minutes without having to move from the chair because the degree of discomfort makes it impossible to continue sitting. **7 Points**
- d) Cannot sit comfortably for more than one hour without having to move from the chair because the degree of discomfort makes it impossible to continue sitting. **3 Points**
- e) Cannot sit comfortably for more than two hours without having to move from the chair because the degree of discomfort makes it impossible to continue sitting. **0 Points**
- f) No problem with sitting. **0 Points**

4. Standing Without the Support of Another Person Or The Use of an Aid Except a Walking Stick.

- a) Cannot stand unassisted. **15 Points**

- b) Cannot stand for more than a minute before needing to sit down. **15 Points**
- c) Cannot stand for more than 10 minutes before needing to sit down. **15 Points**
- d) Cannot stand for more than 30 minutes before needing to sit down. **7 Points**
- e) Cannot stand for more than 10 minutes before needing to move around. **7 Points**
- f) Cannot stand for more than 30 minutes before needing to move around. **3 Points**
- g) No problem standing. **0 Points**

5. Rising From Sitting in an Upright Chair with a Back But No Arms Without the Help of Another Person.

- a) Cannot rise from sitting to standing. **15 Points**
- b) Cannot rise from sitting to standing without holding on to something. **7 Points**
- c) Sometimes cannot rise from sitting to standing without holding on to something. **3 Points**
- d) No problem with rising from sitting to standing. **0 Points**

6. Bending and Kneeling.

- a) Cannot bend to touch his knees and straighten up again. **15 Points**
- b) Cannot either, bend or kneel, or bend and kneel as if to pick up a piece of paper from the floor and straighten up again. **15 Points**
- c) Sometimes cannot either, bend or kneel, or bend and kneel as if to pick up a piece of paper from the floor and straighten up again. **3 Points**
- d) No problem with bending or kneeling. **0 Points**

7. Manual Dexterity.

- a) Cannot turn the pages of a book with either hand. **15 Points**
- b) Cannot turn a sink tap or the control knobs on a cooker with either hand. **15 Points**
- c) Cannot pick up a coin which is 2.5 centimetres or less in diameter with either hand. **15 Points**
- d) Cannot use a pen or pencil. **15 Points**
- e) Cannot tie a bow in laces or string. **10 Points**
- f) Cannot turn a sink tap or the control knobs on a cooker with one hand, but can with the other. **6 Points**
- g) Cannot pick up a coin which is 2.5 centimetres or less in diameter with one hand, but can with the other. **6 Points**
- h) No problem with manual dexterity. **0 Points**

8. Lifting and Carrying by the Use of Upper Body and Arms (Excluding All Other Activities Specified in Part 1 of This Schedule).

- a) Cannot pick up a paperback book with either hand. **15 Points**

- b) Cannot pick up and carry a 0.5 litre carton of milk with either hand. **15 Points**
- c) Cannot pick up and pour from a full saucepan or kettle of 1.7 litre capacity with either hand. **15 Points**
- d) Cannot pick up and carry a 2.5 kilogramme bag of potatoes with either hand. **8 Points**
- e) Cannot pick up and carry a 0.5 litre carton of milk with one hand, but can with the other. **6 Points**
- f) Cannot pick up and carry a 2.5 kilogramme bag of potatoes with one hand, but can with the other. **0 Points**
- g) No problem with lifting and carrying. **0 Points**

9. Reaching.

- a) Cannot raise either arm as if to put something in the top pocket of a coat or jacket. **15 Points**
- b) Cannot raise either arm to his head as if to put on a hat. **15 Points**
- c) Cannot put either arm behind back as if to put on a coat or jacket. **15 Points**
- d) Cannot raise either arm above his head as if to reach for something. **15 Points**
- e) Cannot raise one arm to his head as if to put on a hat, but can with the other. **6 Points**
- f) Cannot raise one arm above his head as if to reach for something, but can with the other. **0 Points**
- g) No problem with reaching. **0 Points**

10. Speech.

- a) Cannot speak. **15 Points**
- b) Speech cannot be understood by family or friends. **15 Points**
- c) Speech cannot be understood by strangers. **15 Points**
- d) Strangers have great difficulty understanding speech. **10 Points**
- e) Strangers have some difficulty understanding speech. **8 Points**
- f) No problems with speech. **0 Points**

11. Hearing with a Hearing Aid or Other Aid if normally worn.

- a) Cannot hear sounds at all. **15 Points**
- b) Cannot hear well enough to follow a television programme with the volume turned up. **15 Points**
- c) Cannot hear well enough to understand someone talking in a loud voice in a quiet room. **15 Points**
- d) Cannot hear well enough to understand someone talking in a normal voice in a quiet room. **10 Points**
- e) Cannot hear well enough to understand someone talking in a normal voice on a busy street. **8 Points**
- f) No problem with hearing. **0 Points**

12. Vision in Normal Daylight or Bright Electric Light with Glasses or Other Aid to Vision if Such Aid is normally worn.

- a) Cannot tell light from dark. **15 Points**

- b) Cannot see the shape of furniture in the room. **15 Points**
- c) Cannot see well enough to read 16 point print at a distance greater than 20 centimetres. **15 Points**
- d) Cannot see well enough to recognise a friend across the room at a distance of at least 5 metres. **12 Points**
- e) Cannot see well enough to recognise a friend across the road at a distance of at least 15 metres. **8 Points**
- f) No problems with vision. **0 Points**

13. Continence Other than Enuresis (Bed Wetting).

- a) No voluntary control over bowels. **15 Points**
- b) No voluntary control over bladder. **15 Points**
- c) Loses control of bowels at least once a week. **15 Points**
- d) Loses control of bowels at least once a month. **15 Points**
- e) Loses control of bowels occasionally. **9 Points**
- f) Loses control of bladder at least once a month. **3 Points**
- g) Loses control of bladder occasionally. **3 Points**
- h) No problem with continence. **0 Points**

14. Remaining Conscious Other than for Normal Periods of Sleep

- a) Has an involuntary episode of lost or altered consciousness at least once a day. **15 Points**
- b) Has an involuntary episode of lost or altered consciousness at least once a week. **15 Points**
- c) Has an involuntary episode of lost or altered consciousness at least once a month. **15 Points**
- d) Has had an involuntary episode of lost or altered consciousness at least twice in the 6 months before the day in respect to which it falls to be determined whether he is incapable of work for the purpose of entitlement to any benefit, allowance or advantage. **12 Points**
- e) Has had an involuntary episode of lost or altered consciousness once in the 6 months before the day in respect to which it falls to be determined whether he is incapable of work for the purpose of entitlement to any benefit, allowance or advantage. **8 Points**
- f) Has had an involuntary episode of lost or altered consciousness once in the 3 years before the day in respect to which it falls to be determined whether he is incapable of work for the purpose of entitlement to any benefit, allowance or advantage. **0 Points**
- g) Has no problem with consciousness. **0 Points**

Mental Health Points

15. Completion of Tasks.

- a) Cannot answer the telephone and reliably take a message. **2 Points**
- b) Often sits for hours doing nothing. **2 Points.**
- c) Cannot concentrate to read a magazine article or follow a radio or television programme. **1 Point**
- d) Cannot use a telephone book or other directory to find a number. **1 Point**
- e) Mental condition prevents him undertaking leisure activities previously enjoyed. **1 Point**
- f) Overlooks or forgets the risk posed by domestic appliances or other common hazards due to poor concentration. **1 Point**
- g) Agitation, confusion or forgetfulness has resulted in potentially dangerous accidents in the 3 months before the day in respect to which it falls to be determined whether he is incapable of work for the purposes of entitlement to any benefit' allowance or advantage. **1 Point**
- h) Concentration can only be sustained by prompting. **1 Point**

16. Daily Living.

- a) Needs encouragement to get up and dress. **2 Points**
- b) Needs alcohol before midday. **2 Points**
- c) Is frequently distressed at some time of the day due to fluctuation of mood. **1 Point**
- d) Does not care about his appearance and living conditions. **1 Point**
- e) Sleep problems interfere with his daytime activities. **1 Point**

42

17. Coping with Pressure.

- a) Mental stress was a factor in making him stop work. **2 Points**
- b) Frequently feels scared or panicky for no obvious reason. **2 Points**
- c) Avoids carrying out routine activities because he is convinced they will prove too tiring or stressful. **1 Point**
- d) Is unable to cope with changes in daily routine. **1 Point**
- e) Frequently finds there are so many things to do that he gives up because of fatigue apathy or disinterest. **1 Point**
- f) Is scared or anxious that work would bring back or worsen his illness. **1 Point**

18. Interaction with Other People.

- a) Cannot look after himself without help from others. **2 Points**
- b) Gets upset by ordinary events and it results in disruptive behavioural problems. **2 Points**
- c) Mental problems impair ability to communicate with other people. **2 Points**
- d) Gets irritated by things that would not have bothered him before he became ill. **1 Point**
- e) Prefers to be left alone for six hours or more each day. **1 Point**
- f) Is too frightened to go out alone. **1 Point**

[부록 3] 뉴질랜드



Sickness Benefit, Invalid's Benefit and Independent Youth Benefit (Sickness)

GUIDE FOR HEALTH
PRACTITIONERS

The Guide

Purpose of this booklet

This booklet provides a step-by-step guide for health practitioners who are able to complete the medical certificate for people applying for the Sickness Benefit, Independent Youth Benefit (Sickness) or Invalid's Benefit through Work and Income.

It has been written to help you understand why questions have been asked in the certificate, and how your responses are likely to be interpreted by Work and Income case managers.

Table of Contents

About the medical certificate	3
Who can complete the medical certificate?	3
When should the medical certificate be completed?	3
About the benefits	4
Sickness Benefit	5
Who qualifies?	5
Independent Youth Benefit (Sickness)	6
Who qualifies?	6
Invalid’s Benefit.....	7
Who qualifies?	7
The medical certificate	8
Questions required to establish entitlement	8
‘Optional’ questions.....	9
Definition of work.....	9
Completing the medical certificate	10
Personal details	10
Client number	10
First name/ Surname or family name	10
Address.....	10
(Q1) Is the person enrolled with your practice?	11
(Q2) Who do you consider best placed to provide this information?	11
<i>Second opinion and designated doctors.....</i>	<i>12</i>
<i>Specialist opinions or assessments.....</i>	<i>12</i>
Pregnancy.....	13
(Q3 and Q4) Pregnancy details	13
<i>Complications from pregnancy</i>	<i>13</i>
(Q5 & Q6) Duration of work inability	13
Sickness, injury or disability	14
(Q7) What are the main clinical conditions affecting the person’s ability to work?	14
<i>READ codes.....</i>	<i>14</i>
<i>Provisional diagnosis.....</i>	<i>15</i>
<i>ACC covered condition</i>	<i>15</i>
(Q8) What is the ACC number?	15
Hospitalisation	15
(Q9) Is the person in hospital?	15

Treatment and interventions	16
(Q10) Is the person receiving active treatment for any of these conditions?	16
(Q11) Are there other interventions which could assist the person into work?	16
Impact on ability to work.....	17
(Q12) How do the above conditions affect the person's ability to work?	17
(Q13) When is the person likely to be capable of:.....	17
<i>Work Planning</i>	18
<i>Training</i>	18
<i>Light/Selected Duties</i>	18
<i>Part-time Work</i>	19
<i>Full-time Work</i>	19
(Q14 to Q17) Duration, severity and blindness	19
(Q18) Unable to work from	20
(Q19) Reassessment date.....	20
Comments.....	21
(Q20) Would you like Work and Income to contact you about this person's diagnosis or ability to work?	21
(Q21) Comments	21
Health Practitioner Identity	22
Consent to release information	22
Date of examination and date of completion.....	22
Further information and additional copies	23

About the medical certificate

THE WORK AND INCOME MEDICAL CERTIFICATE PROVIDES CASE MANAGERS WITH INFORMATION TO HELP THEM DETERMINE EACH PERSON'S ELIGIBILITY FOR A BENEFIT, AND TO ASSIST THEM TO DETERMINE WHETHER THE PERSON SHOULD ENGAGE IN PLANNING TOWARDS WORK.

AS WELL AS BEING USED TO VERIFY THE PERSON'S CONDITION AND ITS IMPACT ON THEIR ABILITY TO WORK OR PLAN FOR WORK, THE CERTIFICATE WILL ALSO BE USED TO ESTIMATE THE TIME THE PERSON IS LIKELY TO BE INCAPACITATED.

Who can complete the medical certificate?

The medical certificate can only be completed by registered medical practitioners or dentists. Midwives can complete the medical certificate where the person's incapacity is pregnancy related.

To complete the medical certificate, you must be registered to practice in New Zealand and have a current Annual Practicing Certificate. Students, practitioners who are not registered and allied health practitioners cannot complete the medical certificate.

When should the medical certificate be completed?

You should complete the medical certificate as soon as you become aware that the person may be eligible for, or wishes to apply for Sickness Benefit, Independent Youth Benefit (Sickness) or Invalid's Benefit.

About the benefits

BENEFITS COVERED BY THIS MEDICAL CERTIFICATE.

The medical certificate should be used for:

- Sickness Benefit
- Independent Youth Benefit (Sickness), *and*
- Invalid's Benefit.

These benefits are income tested.

An applicant also needs to meet the following residency criteria:

- be a New Zealand citizen or permanent resident who normally lives here, *and*
- needs to have been here for at least two years at any one time since becoming a New Zealand citizen or permanent resident.

Where a person does not meet these residency criteria, they may qualify for other benefits such as Sickness Benefit (Hardship).

Sickness Benefit

SICKNESS BENEFIT IS A TYPE OF INCOME SUPPORT PAID TO PEOPLE WHO ARE UNABLE TO WORK BECAUSE OF SICKNESS, PREGNANCY, INJURY OR DISABILITY.

Who qualifies?

To qualify for Sickness Benefit a person must:

- be incapacitated to the extent that they cannot work for more than 30 hours per week due to sickness, injury or disability (including pregnancy)
- be at least 18 years of age
- meet the residency criteria, *and*
- meet the income test.

If the person is 16 or 17 years old they must be married, in a civil union or defacto relationship and have one or more dependent children to qualify for Sickness Benefit. A 16 or 17 year old who is single may qualify if they are pregnant or attending a recognised rehabilitation programme.

Independent Youth Benefit (Sickness)

THE INDEPENDENT YOUTH BENEFIT (SICKNESS) IS A TYPE OF INCOME SUPPORT PAID TO YOUNG PEOPLE WHO ARE INDEPENDENT AND UNABLE TO WORK BECAUSE OF SICKNESS, PREGNANCY, INJURY OR DISABILITY.

Who qualifies?

To qualify for Independent Youth Benefit (Sickness) a person must:

- be 16 or 17 years old without children
- be unable to live with their parents and unable to get financial assistance from them or anyone else (note: there must be a serious reason why the young person cannot live at home or be supported by their parents).
- unable to work temporarily because of sickness, injury, pregnancy or disability
- meet the residency criteria, *and*
- meet the income test.

Invalid's Benefit

THE INVALID'S BENEFIT IS A TYPE OF INCOME SUPPORT PAID TO PEOPLE WHO ARE PERMANENTLY AND SEVERELY RESTRICTED IN THEIR ABILITY TO WORK BECAUSE OF SICKNESS, INJURY OR DISABILITY OR WHO ARE TOTALLY BLIND.

Who qualifies?

To qualify for Invalid's Benefit a person must be:

- 16 years old or over
- totally blind (visual acuity no greater than 1/20 or visual field contracted to a maximum of five degrees on either side of the fixation point) or
- severely restricted in his or her capacity for work (unable to regularly work 15 hours or more per week in open employment) because of sickness, or because of injury or disability from accident or congenital condition
- and either
 - permanently disabled (lasting more than 2 years), *or*
 - have a life expectancy of less than 2 years and be unable to regularly work 15 hours or more per week in open employment
- meet the residency criteria *and*
- meet the income test.

The medical certificate

THE MEDICAL CERTIFICATE IS AVAILABLE IN A RANGE OF FORMATS. PADS OF MANUAL FORMS ARE AVAILABLE FROM WORK AND INCOME VIA THE HEALTH AND DISABILITY CO-ORDINATORS OR YOUR LOCAL WORK AND INCOME SERVICE CENTRE.

Questions required to establish entitlement

To determine entitlement to benefit the case manager must have sufficient information to establish:

- the diagnosis
- the impact of the condition on the person's ability to work, *and*
- the likely duration of that effect.

For Sickness Benefit or Independent Youth Benefit (Sickness), the person must provide a medical certificate which certifies:

- that the applicant's capacity for work is affected by sickness, injury or disability
- the nature of the sickness, injury or disability
- the extent to which the applicant's capacity for work is affected by it, *and*
- the length of time that effect is likely to last

In the case of Invalid's Benefit (where a medical certificate is required) a medical practitioner or psychologist must certify whether, in his or her opinion, the person is, or is not (or whether there is doubt about whether he or she is or is not):

- permanently and severely restricted in his or her capacity for work, *or*
- totally blind.

A medical certificate must state the grounds upon which the opinion is founded and indicate a date for review of the permanency, severity (or both) of the person's sickness, injury or disability.

The case manager will consider all the information provided on the medical certificate when determining if the person will qualify for Sickness or Invalid's Benefit.

‘Optional’ questions

Questions 10 and 11 solely relate to planning and are not required to establish entitlement and so their completion is optional. However, they are important to the case manager when considering the person’s pathway into employment. Answering these questions will support the case manager in their decision on whether to invite the person to engage in planning.

With the person’s consent, we encourage you to answer questions 10 and 11 at the time you complete the medical certificate.

Definition of work

To establish entitlement, the person must have an illness, injury or disability that impacts on their ability to work.

For the purposes of Work and Income, work refers to any employment which the person is familiar with or other type of work which they might reasonably be expected to be able to undertake.

For the Invalid’s Benefit, work refers to open employment. Open employment is anything other than sheltered employment which is defined as employment conditions which have been substantially changed to accommodate the person’s impairment or illness.


A person may be unable to work if:

- they are medically unable to follow their current occupation now but will return to it soon – and it would be unreasonable to expect the person to undertake alternative work in the interim
- returning to work would be prejudicial to the person’s health in the interim
- they are unable to do any reasonable job full-time either for a short period or permanently.

Completing the medical certificate

Personal details

Client number

 Work and Income <small>Te Miranga Tangata</small>	CLIENT NUMBER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>This information will be used to establish the person's entitlement to benefit, and will assist in helping plan their entry into work.</small>								

The client number is the identifier used by Work and Income to uniquely identify a person who is, or has been, receiving some form of assistance from us, or who qualifies for a Community Service Card.

This number should appear on the top of any correspondence issued by Work and Income. The client number also appears on the lower left corner of the person's Community Service Card.

The client number should be supplied in any requests for or disclosure of health information to help identify the individual person.

First name/ Surname or family name

Personal details <small>Where the person is known by more than one name, please provide the person's last name</small>	First name(s)	Surname or family name
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Residential address		
<input type="text"/>		

Please record the person's legal name. Where the person has a number of names including colloquial names, the name that should be recorded is their legal name. It is this name that is used by Work and Income to verify the person's identity.

Address

<small>where the person is known by more than one name, please provide the person's last name as it appears on their passport or birth certificate.</small> <small>Address information is used to assist with identification. It is not used for contact</small>	Residential address
	<input type="text"/>

The address details recorded on the medical certificate are used to identify the person. Please supply the person's residential address.

(Q1) Is the person enrolled with your practice?

Where the person is not enrolled with your practice, you can still complete the form. The case manager may seek further advice before determining support. We may arrange a second opinion by a designated doctor or request a report from a

1. Is the person enrolled with your practice? No Yes

2. Who do you consider best placed to provide this information? Yourself Second opinion

Other

Over repeated appointments, you develop an understanding of a person’s health status, social circumstances and environment.

Some people choose to ask a doctor with whom they have little or no previous contact to complete the medical certificate. Where a person is not enrolled with your practice, they are likely to be casual visitors and you may not have a comprehensive understanding of the person and their circumstances.

If the person is not enrolled with your practice, you are welcome to complete the medical certificate. You may also recommend an alternate practitioner in Question 2. The case manager may seek further advice, either internally or by referral to a designated doctor, before determining the most appropriate support for the person.

(Q2) Who do you consider best placed to provide this information?

Case manager may seek further advice before determining support. We may arrange a second opinion by a designated doctor or request a report from a specialist.

2. Who do you consider best placed to provide this information? Yourself Second opinion

Other

Work and Income recognises that there are circumstances where you may be asked to complete the medical certificate, however you may not be best placed to provide the information. This could be because the person is under the care of a specialist, has a complex condition or the outcome from treatment is unclear. It could also be that you are placed in a situation of conflict – either through duress or because of the person’s complex social, financial or environmental factors.

If you signal that you are not the best person to complete the medical certificate, you can still continue to provide the information to the best of your knowledge. You may also choose not to complete the rest of the form. However, people applying for Sickness Benefit are required to provide a completed medical certificate. If you choose not to complete the medical certificate, the person will be required to get the medical certificate filled in by another medical practitioner before their entitlement to benefit can be assessed.

Please indicate who is the best person to complete the medical certificate – yourself, a second opinion or another person.

Where you indicate that the information should be sought from “Other”, this could include another medical practitioner such as a medical specialist, the person’s regular GP or a hospital doctor (if they have been hospitalised). Please use the space provided to give specific information such as speciality, name or phone number, of the most appropriate person to complete the assessment.

While waiting for the required information, the case manager can provide the client with a range of assistance including:

- a non-health related benefit
- an emergency benefit *or*
- other forms of financial assistance.

Second opinion and designated doctors

If you signal that a second opinion is appropriate or if benefit eligibility is unclear from the medical certificate, Work and Income will arrange for a second opinion by a designated doctor at Work and Income's cost.

Specialist opinions or assessments

When you recommend an opinion from a specialist, the medical certificate will be referred to the Work and Income Regional Health Advisor or Regional Disability Advisor. Where the client has already been assessed by that specialist, the Regional Health Advisor or Regional Disability Advisor may write to the specialist asking for a copy of the report from their most recent appointment. If the person has not seen the specialist before, the Regional Health Advisor or Regional Disability Advisor will determine if the assessment is required to establish entitlement (diagnosis, work impact and duration) or for planning purposes.

Where a decision is made by the Regional Health Advisor or Regional Disability Advisor that an assessment by a specialist is required for entitlement, Work and Income will consider funding the appointment. Where the assessment is required for planning, the Regional Health Advisor or Regional Disability Advisor may consider referral to a local Work and Income's Assessment and Treatment Service provider with the client's consent.

Pregnancy

THESE QUESTIONS RELATE TO CLIENTS WHO ARE APPLYING FOR SICKNESS BENEFIT OR INDEPENDENT YOUTH BENEFIT (SICKNESS) DUE TO PREGNANCY.

(Q3 and Q4) Pregnancy details

Pregnancy	
<p><i>The Sickness Benefit for pregnancy may start from the beginning of the 27th week of pregnancy or earlier in the case of associated illness or complications. The Sickness Benefit can be payable for up to 13 weeks after the birth of the baby.</i></p>	<p>3. Is the condition pregnancy related? No <input type="checkbox"/> (Go to Q2) Yes <input type="checkbox"/></p>
	<p>4. Has the baby been born? (Read code L20.) Yes <input type="checkbox"/> Date of delivery <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Go to Q20) <small>Day Month Year</small></p> <p>OR</p> <p>Is the person 27 or more weeks pregnant? (Read code ZV22.) Yes <input type="checkbox"/> Due date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Go to Q20) <small>Day Month Year</small></p>

A person may be entitled to Sickness Benefit or Independent Youth Benefit (Sickness) if they are 27 or more weeks pregnant.

Where the baby has been born, the person may be entitled to Sickness Benefit for up to 13 weeks, or they may elect to apply for the Domestic Purposes Benefit or another benefit from the time the baby is born.

Complications from pregnancy

after the birth of the baby.	
OR	Is the person less than 27 weeks pregnant with complications? Yes <input type="checkbox"/> Please give details
READ Code	Description
1	
2	

Sickness Benefit or Independent Youth Benefit (Sickness) may be payable to a person who is pregnant before the beginning of the 27th week if the person is experiencing complications of the pregnancy which directly interfere with their ability to work.

Please provide the appropriate READ code and description of the complications.

(Q5 & Q6) Duration of work inability

<p><i>Work and Income requires reassessment of Sickness Benefit at least every 13 weeks. The first reassessment will be after a maximum of 4 weeks.</i></p>	<p>5. Unable to work from <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Day Month Year</small></p>
	<p>6. When should the person's entitlement to benefit next be assessed? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Go to Q20) <small>Day Month Year</small></p>

Where the person is unable to work because of complications of pregnancy please indicate the date from which they were unable to work more than 30 hours per week.

You should also indicate if they will be able to return to work once the complications have resolved.

Work and Income requires reassessment for Sickness Benefit at least every 13 weeks. The first reassessment will be after a maximum of four weeks.

Sickness, injury or disability

TO ESTABLISH ENTITLEMENT, THE PERSON MUST HAVE AN ILLNESS, INJURY OR DISABILITY THAT CREATES INCAPACITY TO WORK.

(Q7) What are the main clinical conditions affecting the person's ability to work?

Sickness, injury or disability		7. What are the main clinical conditions affecting the person's ability to work?			
Please include mental health, pain or associated conditions such as obesity or stress. Please list the condition with the greatest impact on ability to work first. Provisional implies the exact nature of the diagnosis is uncertain at this stage.		READ Code	Description	Is it provisional?	Covered by ACC?
		1			
		2			
		3			
		4			

READ codes

You are asked to enter the READ codes that best describe the person's condition.

Codes should be listed in order of their impact on the person's ability to work. The condition contributing the most to their incapacity should be listed first.

Examples include such conditions as:

- mental health
- chronic pain
- loss of function or body part
- significant disabilities.

Also include those conditions that compound the person's work capacity. These may include:

- chronic health conditions
- obesity
- cognitive impairment
- substance abuse
- the need for mobility assistance.

Work and Income has prepared a list of preferred codes to assist you identify codes that are likely to apply to patients applying for Sickness, Independent Youth (Sickness) or Invalid's Benefit.

To request a copy of this list of READ codes, please contact your regional Health and Disability Co-ordinator, or call **0800 559 009** for the name and number of your regional Health and Disability Co-ordinator.

Provisional diagnosis

Where the diagnosis is provisional, please tick the appropriate box for each condition.

Generally, when considering the assistance that can be offered to a person, case managers will treat provisional diagnosis as conditions that are likely to change and will not consider the impact on employment as permanent.

ACC covered condition

Where the person is receiving ACC assistance, please tick the appropriate box for each condition.

ACC payments may affect the rate at which a benefit is paid.

Work and Income may be able to help with financial assistance while the person is waiting for ACC cover to be determined (Work and Income and ACC later reconcile this assistance). The person may also be entitled to other support from Work and Income, including a Community Service Card.

(Q8) What is the ACC number?

People who have ACC cover, or are awaiting a cover decision, may still be entitled to assistance from Work and Income. 8. If covered by ACC, what is the ACC Number?

If you have ticked the 'Covered by ACC' box for any diagnosis in Q7, please provide the ACC number.

Hospitalisation

(Q9) Is the person in hospital?

Hospitalisation
The benefit may be reduced after a person has been in hospital for 13 weeks or more.

9. Is the person in hospital? No (Go to Q10) Yes

Hospital name Date of admission Expected length of stay (days)

Day Month Year

We need to know the date of admission and expected length of stay as Sickness Benefit, Independent Youth Benefit (Sickness) or Invalid's Benefit may be reduced if the person is in hospital for more than 13 weeks.

There are a range of different entitlements a person may be able to receive where they are in residential care.

Treatment and interventions

QUESTIONS 10 AND 11 SOLELY RELATE TO PLANNING AND ARE NOT REQUIRED TO ESTABLISH ENTITLEMENT AND SO THEIR COMPLETION IS OPTIONAL. HOWEVER, ANSWERING THESE QUESTIONS AT THIS TIME WILL SUPPORT THE CASE MANAGER IN THEIR DECISION ON WHETHER TO INVITE THE PERSON TO ENGAGE IN PLANNING.

(Q10) Is the person receiving active treatment for any of these conditions?

<p>Treatment and interventions</p> <p><i>Please indicate if the person is receiving treatment which may interfere with their ability to work.</i></p>	<p>Questions 10 and 11 relate to planning rather than entitlement. Their completion is therefore optional.</p> <p>10. Is the person receiving active treatment for any of the conditions listed in Question 7? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Please give details</p> <input type="text"/>
--	--

A person's current treatment may have a material impact on their ability to participate in work planning. Where a person is undergoing intensive treatment such as chemotherapy or awaiting imminent surgery, their readiness for work will be quite different from a person who has a stable disability of many years duration.

We also need to know when the person is already accessing services such as mental health or vocational assistance to avoid duplication.

Please indicate treatments the person is receiving that could have a material impact on their ability or availability to work. These may include mental health treatment, care packages for chronic conditions, home based services or services such as counselling or addiction services.

(Q11) Are there other interventions which could assist the person into work?

<p><i>Where an intervention could assist the person into work, Work and Income may consider helping the person access this service.</i></p>	<p>11. Are there other interventions which could assist the person into work? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Please give details</p> <input type="text"/>
---	---

Work and Income would like to work with all our clients to plan for their future, including employment. Where an intervention could improve a person's ability to work, Work and Income may be able to facilitate access to that service.

You should note if there are assessments that would assist to establish the person's entitlement or treatments that would reduce the duration of their disability. Please also highlight the nature of the assessment or treatment.

Impact on ability to work

THIS SECTION OUTLINES THE IMPACT THE PERSON'S INCAPACITY HAS ON THEIR ABILITY TO WORK.

THESE QUESTIONS WILL HELP CASE MANAGERS DETERMINE WHETHER A PERSON WILL BE ELIGIBLE FOR SICKNESS BENEFIT, INDEPENDENT YOUTH BENEFIT (SICKNESS) OR INVALID'S BENEFIT OR WHETHER THE PERSON SHOULD BE OFFERED ALTERNATIVE ASSISTANCE, SUCH AS A DIFFERENT BENEFIT TYPE.

It helps case managers to determine:

- the person's ability to work
- how many hours per week the person can work, if at all
- what is the likely duration of the impact on the person's ability to work, *and*
- when you recommend that the person's incapacity should be reassessed.

(Q12) How do the above conditions affect the person's ability to work?

<p>Impact on ability to work Please provide a description of how these conditions contribute to the person's inability to work (eg difficulty walking, poor</p>	<p>12. How do the above conditions listed in Question 7 affect the person's ability to work?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
--	--

The basis for payment of the benefit is that the person has an illness, injury or disability that reduces their ability to work. While the person may have a certain condition, not all people with the same condition are unable to work. This question asks you to link the condition with the person's ability to work.

If a person could return to employment but there are restrictions on the type of work they can undertake or they need workplace modifications, please advise us so we can make suitable referrals.

(Q13) When is the person likely to be capable of:

<p><i>concentration, inability to stand for extended periods).</i> <i>Work and Income would like to work with all our clients to help them plan for their future, including employment, rehabilitation and social participation.</i></p>	<p>13. When is the person likely to be capable of:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;">Now</th> <th style="width: 10%;">< 1 month</th> <th style="width: 10%;">1-3 months</th> <th style="width: 10%;">3-6 months</th> <th style="width: 10%;">> 6 months</th> <th style="width: 10%;">Unlikely in foreseeable future</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Work planning</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Training</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Light/selected duties</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Part-time work (up to 30 hours per week)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Full-time work (over 30 hours per week)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>		Now	< 1 month	1-3 months	3-6 months	> 6 months	Unlikely in foreseeable future	Work planning							Training							Light/selected duties							Part-time work (up to 30 hours per week)							Full-time work (over 30 hours per week)						
	Now	< 1 month	1-3 months	3-6 months	> 6 months	Unlikely in foreseeable future																																					
Work planning																																											
Training																																											
Light/selected duties																																											
Part-time work (up to 30 hours per week)																																											
Full-time work (over 30 hours per week)																																											

Work and Income is asking your opinion on the person's ability to work. This will be used by the case manager to determine their entitlement for benefit.

It is expected that most people's ability to work will improve, allowing them to progress towards employment. Although it is not possible to determine the exact date on which a person will be able to start work, we are asking you to indicate what you think their likely progress will be.

In completing this section, please tick the appropriate boxes to show at what stage case managers should start to consider when the person may be able to undertake:

- work planning
- training
- light/selected duties
- part-time work (less than 30 hours per week), *or*
- full-time work (30 hours or more per week).

When indicating duration of incapacity, please focus on the person's condition and its impact on their ability to work, not their ability to gain employment. Although the person may focus on their previous employment, we are interested in their ability to work in any type of work that they might reasonably be expected to be able to undertake.

In determining a person's ability to work, you should consider the person's abilities without reference to local labour market conditions. If a person requires assistance to get a job, Work and Income have a range of services available to support people into work.

Where the person is able to work but is unable to find a job, they may be entitled to another benefit or range of support and assistance.

Work Planning

Work planning is the process of engaging with a case manager to determine what services are required to assist the person into work. These services may include health services, but could also include vocational, educational, social, cultural, environmental or legal services.

For persons on Sickness Benefit, Independent Youth Benefit (Sickness) and Invalid's Benefit, work planning may include a vocational assessment to identify likely employment options, though it would not normally include job seeking.

Work planning actively engages the person in the process of identifying the steps and services required for them to move into work, where appropriate.

Training

While a person may not be ready or able to start work, they may be able to undertake training. Training may include:

- secondary school (for 16 and 17 year old people)
- vocational training or retraining
- literacy skills
- self-care skills.

Light/Selected Duties

A person may require a gradual return to work, starting with part time hours or work place modifications or conditions. For example, they may not be able to stand for extended periods or need mobility assistance or aids. A person may also be able to undertake training leading to employment before they are ready to start work.

Part-time Work

When a person is capable of working less than 30 hours per week, they may continue to be eligible for Sickness Benefit.

Full-time Work

Work that is 30 hours or more per week is defined as full time work.

People who are able to work 30 hours or more per week are expected to be in work. However if they are able to work full-time and are looking for work they may receive Unemployment Benefit with the associated obligations to actively seek employment.

The case manager will consider all the information provided on the medical certificate when determining if the person will qualify for Sickness or Invalid's Benefit.

(Q14 to Q17) Duration, severity and blindness

	14. Is the person totally blind (VA \leq 1/20 with correction)?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	(Go to Q19)
	15. Does the person's sickness, injury or disability limit their capacity to seek, undertake or be available for employment for 30 hours or more per week?	No <input type="checkbox"/>	(Go to Q20)	Yes <input type="checkbox"/>
	16. Does the person's sickness, injury or disability prevent them from regularly being in open employment for 15 hours or more per week?	No <input type="checkbox"/>	(Go to Q18)	Yes <input type="checkbox"/>
Please indicate the date from which the person was first unable to work as a consequence of their medical condition.	17. Is the person's condition expected to last at least 2 years?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
	OR Is the person's life expectancy less than 2 years?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	

If the person is totally blind (visual acuity no greater than 1/20 or visual field contracted to a maximum of five degrees on either side of the fixation point), they have an entitlement to Invalid's Benefit irrespective of the number of hours they are able to work or the income they receive from employment.

Note: if a person is not totally blind as defined above, but is both permanently and severely restricted in their capacity for work because of blindness and other conditions or disabilities, they may have entitlement to Invalid's Benefit.

To qualify for Sickness Benefit a person must be incapacitated to the extent that they cannot work for more than 30 hours per week due to sickness, injury or disability.

To qualify for Invalid's Benefit a person, because of sickness, or because of injury or disability from accident or congenital condition, must be:

- severely restricted in his or her capacity for employment (unable to regularly work 15 hours or more per week in open employment), *and*
- permanently restricted in his or her capacity for employment (lasting more than 2 years or having a life expectancy of less than 2 years).

(Q18) Unable to work from

person was first unable to work as a consequence of their medical condition, or the date indicated on the client's re-assessment letter.
 OR
 Is the person's life expectancy less than 2 years?
 No Yes

18. Unable to work from

Day Month Year

The case manager will reference this information when working out the date from which any assistance should commence.

For the first medical certificate, the date should reflect when the person's illness, injury or disability first stopped them from working.

For subsequent medical certificates, it should reflect the date the person's entitlement was to be reviewed by Work and Income. Before the person's entitlement is due to cease, Work and Income sends the person a letter indicating that it is time to reassess their entitlement. The letter indicates the date on which entitlement ceases and suggests actions that may be appropriate. One action is for the person to return to their doctor for a medical assessment if they think they are unable to work.

(Q19) Reassessment date

Work and Income requires reassessment for Sickness Benefit at least every 13 weeks. The first reassessment will be after a maximum of 4 weeks.
 19. When should the person's entitlement to benefit next be assessed?

 2 years
 5 years
 Never

Day Month Year

Please indicate when you believe the person should be medically reassessed for the purpose of determining benefit entitlement. This may be several weeks where the diagnosis is provisional or unknown. For more stable conditions, it is suggested that the person be reassessed depending on their condition.

Work and Income currently sets the maximum duration for the first Sickness Benefit medical certificate at four weeks. Subsequent Sickness Benefit medical certificates may be used for durations up to 13 weeks.

Where the person has a permanent and severe sickness, injury or disability, the need for assessment may be quite infrequent. Medical cover can be granted to persons on Invalid's Benefit with reassessment periods of:

- 2 years
- 5 years, or
- never.

Comments

THERE ARE OFTEN ISSUES THAT ARE MATERIAL TO A PERSON'S ABILITY TO WORK THAT ARE NOT IDENTIFIED THROUGH THE STANDARD QUESTIONS ON THE MEDICAL CERTIFICATE. IF YOU ARE AWARE OF ISSUES IMPACTING ON THE PERSON'S ABILITY TO WORK PLEASE PROVIDE COMMENT.

(Q20) Would you like Work and Income to contact you about this person's diagnosis or ability to work?

Comments	20. Would you like Work and Income to contact you about this person's diagnosis or ability to work?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
<i>If the person has a chronic or severe</i>			

If you would like to discuss any aspect of the person's diagnosis or ability to work with a Work and Income Regional Health Advisor, Regional Disability Advisor or case manager, please tick the contact box.

Where you have indicated that you would like to be contacted by a Work and Income health professional and the client has declined to give their consent, we may seek a separate assessment if there are elements in the way the medical certificate is completed which raise concerns for case managers.

You should be aware that Work and Income staff comply with a range of relevant privacy statutes and so any information you provide during discussion will be recorded in our systems and may subsequently be discoverable by the person.

(Q21) Comments

<i>If the person has a chronic or severe condition, please attach a copy of any recent reports which would help determine appropriate support.</i>	21. Please provide any comments that would assist the case manager determine appropriate support for the person.
	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

Health Practitioner Identity

THIS SECTION CONTAINS YOUR DETAILS AND HELPS ENSURE ONLY THOSE PRACTITIONERS WHO ARE LEGALLY ABLE TO COMPLETE THE MEDICAL CERTIFICATE DO SO.

We use your HPI number to confirm your current registration status. If your HPI number indicates that you are not registered as a medical practitioner or dentist, we will be unable to accept the medical certificate from you.

If you are completing a manual medical certificate, you are encouraged to use a stamp which imprints the necessary name and address details.

Consent to release information

Health practitioner identity	HPI Number <input type="text"/>	Practitioner type: Doctor <input type="checkbox"/>	Dentist <input type="checkbox"/>	Midwife <input type="checkbox"/>
	I have discussed the information contained in this form with the person (their guardian or their legal representative) and they have agreed with the information being provided to Work and Income.			No <input type="checkbox"/>

This section lets us know that the person, their guardian or legal representative, has agreed that the information contained within the certificate can be disclosed to Work and Income.

All agencies that collect and store health information are bound by the Health Information Privacy Code (the Code). Work and Income needs to be assured that the person has given their consent to your disclosure of the information on the medical certificate to us. Please ensure that you have discussed the contents of the medical certificate with the person and that they are happy for the information to be passed onto Work and Income.

Where you have not met with the person (or their representative) or they have not agreed to the release of the information, you should select the “No” option.

Work and Income staff will ensure the person has given their consent to the collection of health related information (a stand-alone consent form has been developed) before processing the information you have provided on the medical certificate. Where the person has not given their consent, Work and Income will be unable to take the information into account when considering the application for benefit.

The stand-alone consent form also allows Work and Income to collect information from other parties who may hold information relevant to the person’s entitlement, and for planning.

Date of examination and date of completion

The medical certificate should be completed when the person visits the health practitioner. In this case the date of examination and date of completion will be the same date.

It is however recognised that some people request that the certificate be completed without being seen. Where the time between the dates a person was examined and the completion of the medical certificate is greater than four weeks, the case manager may ask for a new certificate which confirms the patient’s current diagnosis and ability to work.

Further information and additional copies

If you need more information or if you run out of medical certificates, contact your regional Health and Disability Co-ordinator, or call **0800 559 009** for the name and number of your regional Health and Disability Co-ordinator.



New Zealand Government

[부록 4] 프랑스

Dossier médical

Maison Départementale des Personnes Handicapées
(Tampon-date)

N° dossier



PH 03

CERTIFICAT MÉDICAL PERSONNE ADULTE HANDICAPÉE

Mon cher confrère,

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir remettre à votre patient sous pli confidentiel ce certificat médical pour qu'il le joigne à son dossier de demande.

Pour permettre aux médecins de l'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDA) une décision équitable, veuillez avoir l'obligeance de compléter les rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires que vous jugerez utiles.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont amenés à utiliser le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

Une déficience correspond à une atteinte des organes et des fonctions.

Une incapacité caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne.

Le désavantage social qui en résulte caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

Ce barème fixe les divers taux d'incapacité, d'après l'importance de la déficience, celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles et sur l'autonomie dans la vie quotidienne.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, l'ensemble des services et les membres de la CDA sont astreints au secret médical (art. 378 du Code pénal).

Le médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Cachet

État civil

N° d'immatriculation Sécurité sociale

NOM : _____ NOM DE JEUNE FILLE : _____

PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE : _____

Taille : _____ Poids : _____

Diagnostic principal motivant la présente demande : _____

Origine : _____ Congénitale : _____ Acquis depuis le : _____

Veuillez préciser s'il s'agit d'un(e) :

Accident du travail : _____ IPP % : _____ Date : _____

Maladie professionnelle : _____ IPP % : _____ Date : _____

Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécaux-obstétricaux ayant des conséquences sur l'état d'incapacité actuel : _____

Alcoolisme Toxicomanie Tabagisme

DESCRIPTION DES DÉFICIENCES (complétez les rubriques concernant votre patient)

Déficiences intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement

(Troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, de l'humeur, de la vigilance, de la vie émotionnelle et affective, du comportement...): _____

Déficiences liées à l'épilepsie (Joindre le compte rendu du dernier EEG)

Type : _____ Fréquence des crises : _____

Troubles de la personnalité associés _____

Déficiences de l'audition (Joindre un audiogramme OD-OG sans appareillage)

Troubles associés (acouphènes vertiges...) _____

Déficiences du langage et de la parole

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité, autre... : _____

En cas de mutité, une communication est-elle possible ? _____

Si oui, de quel type : _____

Déficiences de la vision

(Joindre un certificat médical ophtalmologique précisant après correction l'acuité visuelle pour chaque oeil, de loin, de près, ainsi qu'un champ visuel binoculaire)

Une amélioration est possible _____ Impossible _____
 Médicalement _____ Chirurgicalement _____ Envisagée vers quelle date : _____
 Autres troubles neuro-ophtalmiques (aphakies, annexes de l'œil) : _____

Déficiences de la fonction cardio-respiratoire

(Joindre les résultats des examens complémentaires : ECG, épreuve d'effort, EFR, gaz du sang...)

Signes fonctionnels : _____
 Assistance de décompensation cardiaque : _____
 Assistance respiratoire éventuelle : _____
 Greffe : _____ Date : | | | | | | | | | | Tolérance : _____

Déficiences de la fonction et de la sphère digestive

(Joindre les résultats des examens complémentaires.)

Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit, stomie, troubles hépatiques, troubles pancréatiques... : _____

Déficiences de la fonction urinaire

Troubles de l'élimination (rétention, incontinence diurne et/ou nocturne, sonde, protection) : _____

 Dialyse: oui non Fréquence hebdomadaire : _____
 Greffe: oui non Date : | | | | | | | | | | Tolérance : _____

Déficiences métaboliques, enzymatiques

(Joindre les résultats des examens complémentaires.)

Type de diabète, obésité, nanisme, autres... : _____

Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique

(Joindre les résultats des examens complémentaires.)

Répercussion sur l'état général et psychique : _____

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur

(Joindre les résultats des radios, scanners, etc.)

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés... : _____

 Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance : _____

Déficiences esthétiques

Séquelles de brûlures ou cicatrices ayant un retentissement sur la vie sociale et relationnelle, type, localisation : _____

Conséquences des déficiences

Autonomie

A : Fait seul totalement, habituellement, correctement

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : Ne fait pas

A, B ou C

COHÉRENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	
HABILLEMENT : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...	

ACTIVITÉ MÉNAGÈRES : ménage, préparation des repas...

Traitements médicamenteux

Nature : _____

Tolérance (préciser les effets indésirables notamment pour les psychotropes, la chimiothérapie, les immunosuppresseurs...): _____

Fréquence des hospitalisations et/ou nécessité de rééducations spécialisées : _____

Retentissement du handicap sur l'aptitude au poste de travail actuel

Aménagement du poste, horaires, difficultés, déplacement, absentéisme... : _____

Nom du médecin du travail et joindre la copie de la fiche d'aptitude : _____

A _____ le _____

Signature du médecin (cachet) :



Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice



12695*01

1 – Identification de la demande

- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne – ACTP
 Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels – ACFP
 Prestation de Compensation – PC

Si vous êtes bénéficiaire de l'allocation compensatrice, vous pouvez également demander la Prestation de Compensation.

Vous garderez la possibilité de choisir entre ces 2 prestations après la décision de la Commission des droits et de l'Autonomie des personnes handicapées si vous déposez les deux demandes en même temps.

Si vous n'exprimez pas votre choix, c'est la Prestation de Compensation – PC qui vous sera attribuée.

Précisez votre demande :

- aide humaine dans la vie quotidienne (adulte uniquement)
 aide technique, matériel ou équipement particuliers (adulte uniquement)
 aménagement du logement (adulte ou enfant)
 aménagement du véhicule ou surcoût de transport (adulte ou enfant)
 frais spécifiques ou exceptionnels (adulte uniquement)
 aide animalière (adulte uniquement)
 Vous ne savez pas comment préciser vos besoins et vous demandez l'aide de la MDPH pour les déterminer

2 – Identification de l'adulte ou de l'enfant concerné par la demande

Nom de naissance : _____

Nom d'époux(se) : _____

Prénom : _____

N° de sécurité sociale de l'assuré(e) :

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

3 – Situation du demandeur

- ▶ Percevez-vous déjà une Allocation Compensatrice pour Tierce Personne – ACTP ?
 OUI NON
- ▶ Percevez-vous déjà une Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels – ACFP ?
 OUI NON
- ▶ Percevez-vous déjà une Allocation d'Education pour Enfant Handicapé – AEEH ou ex AES ?
 OUI NON
- ▶ Bénéficiez-vous d'une Majoration Tierce Personne – MTP, versée par un organisme de la Sécurité Sociale ?
 OUI NON
- ▶ Faites-vous un ou plusieurs séjours à l'étranger ?
 - d'une durée totale de plus de 3 mois et de moins de 6 mois par an OUI NON
 - d'une durée totale de plus de 6 mois par an OUI NON
- ▶ Si oui, ce séjour à l'étranger est nécessaire pour :
 - poursuivre vos études
 - apprendre une langue étrangère
 - parfaire votre formation professionnelle
- ▶ Si vous avez plus de 60 ans, travaillez-vous ? OUI NON
- ▶ Pour permettre la détermination du taux de prise en charge de votre demande de prestation, veuillez déclarer vos ressources :

Montant total de vos revenus fonciers,
de vos revenus des valeurs et capitaux mobiliers,
de vos plus-values et gains divers :

_____ euros

Les ressources à déclarer dans cette rubrique sont celles de l'année civile précédant celle de votre demande.

Le montant de ces revenus est celui que vous avez reporté dans votre déclaration de revenus n° 2042.

Si vous demandez la prestation de compensation pour un enfant, indiquez vos ressources ou celles de votre ménage si vous vivez en couple (vous êtes marié, vous vivez en concubinage, vous avez conclu un PACS).

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

4 – Aides Humaines (Adultes uniquement)

Identification de la demande

- Première demande
 Ré-examen
 Renouvellement – date d'échéance :
 Demande de forfait pour personne déficiente visuelle
 Demande de forfait pour personne déficiente auditive

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Bénéficiez-vous actuellement de l'aide d'une ou plusieurs personnes à domicile ?

OUI NON

Coordonnées de la personne ou du service	
Aides à domicile	
Infirmière ou aide soignante	
Membre de la famille ou de l'entourage	
Autre (garde ...) A préciser	

Avez-vous besoin d'une aide humaine pour exercer votre activité professionnelle, une fonction élective ou participer à des instances consultatives et organismes où siègent de droit des représentants des associations ou organismes regroupant des personnes handicapées ?

OUI NON

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

5 – Aides Techniques (Adultes uniquement)

Identification de la demande

- Première demande
- Ré-examen
- Renouvellement – date d'échéance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Utilisez-vous actuellement des matériels ou équipements liés à votre handicap ?

- OUI NON

Si oui lesquels :

et depuis quand :

_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _

Avez-vous besoin d'autres matériels ou équipements liés à votre handicap ?

- OUI NON

Si oui lesquels :

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

6 – Aménagement du logement (Adultes ou Enfants)

Identification de la demande

- Première demande
 Ré-examen
 Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Si la personne handicapée est un enfant, bénéficie-t-il d'un complément d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (ex AES) ?

- OUI NON En attente de réponse de la CDA

Si oui, complément perçu : _____ euros

Logement du demandeur (résidence principale)

- Êtes-vous : propriétaire
- locataire – nom du propriétaire : _____
- hébergé(e) – nom de l'hébergeant : _____
- degré de parenté de l'hébergeant : _____

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de ce logement ? OUI NON

Si oui de quel type : _____

Date de réalisation :

De quel type d'aménagements, en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant, avez-vous besoin pour ce logement ?

En cas d'impossibilité d'aménagement de votre logement et si vous décidez de déménager dans un logement accessible, auriez-vous besoin d'une participation aux frais de déménagement et d'installation ?

- OUI NON

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

7 – Aménagement du véhicule ou surcoût de transport (Adultes ou Enfants)

Identification de la demande

- Première demande
 Ré-examen
 Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Si le demandeur est un enfant, reçoit-il une Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé – AEEH (ex AES) ? OUI NON En attente de réponse de la CDA

Si oui, complément perçu : _____ euros

Véhicule

Etes-vous titulaire d'un permis de conduire ? OUI NON

Etes-vous propriétaire du véhicule à aménager ? OUI NON

Si non, à qui appartient le véhicule que vous utilisez ? _____

Conduisez-vous ce véhicule ? OUI NON

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de véhicule ?

OUI NON Si oui de quel type ? Accès au véhicule

Poste de conduite

Aménagement pour le passager

Autre

Depuis quand ?

Avez-vous besoin de nouveaux aménagements de ce véhicule ou d'aménagement d'un nouveau véhicule en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant ?

OUI NON Si oui de quel type d'aménagement ? _____

Surcoût de transport

Avez-vous un surcoût financier occasionné par des déplacements réguliers et fréquents y compris lors d'un départ annuel en congé ? OUI NON

Si oui de quels moyens de déplacement s'agit-il ?

Véhicule particulier Kilométrage parcouru par an : _____

Autres moyens de transport (taxi, transport spécialisé, transport collectif ...)

Pour quels motifs ? Travail Se rendre en établissement médico-social Autres trajets

Selon quelle fréquence ? _____

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

8 – Frais spécifiques et exceptionnels (Adultes uniquement)

Identification de la demande

- Première demande
 Ré-examen
 Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Décrivez vos frais spécifiques ou exceptionnels **liés à votre handicap**, ne relevant pas des rubriques précédentes (exemples : assurances, entretien d'un fauteuil roulant électrique, couches, usure des vêtements, lessives ...)

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

9 – Aide animalière (Adultes uniquement)

Identification de la demande

- Première demande
- Ré-examen
- Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

Situation du demandeur

Avez-vous un chien guide ou un chien d'assistance ? OUI NON

Si oui, quelle est l'association qui l'a éduqué ?

Numéro de labellisation : _____

A quelle date ce chien est-il arrivé chez vous ?

Si non, avez-vous déjà pris contact avec un organisme qui met à disposition des animaux éduqués ?

OUI NON

Si oui, quelle est la date prévisible de mise à disposition ?

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

10 – Procédure simplifiée

- Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée
 Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Le choix de la procédure simplifiée et ses conséquences sont expliqués dans le mode d'emploi figurant à l'intérieur de la chemise de demande qui vous a été fournie avec ce formulaire.

11 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : _____ Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (*Article L 114-13 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles*).
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.
 Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

12 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

► **Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes du dossier) :**

- Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois
- Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen* :**
Photocopie lisible : de la carte nationale d'identité
 ou du livret de famille
 ou du passeport
 ou un extrait d'acte de naissance
- Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen* :**
Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité
- Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :**
Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice
- Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer...)

► **Pièces nécessaires à l'instruction (spécifiques à cette demande) :**

- Déclaration de ressources de l'année antérieure
- Attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant)
- Justificatif de fonction élective (le cas échéant)
- Attestation de l'attribution d'une Majoration Tierce Personne – MTP : pension d'invalidité, vieillesse et rente accident du travail)
- Relevé d'identité bancaire ou postal – RIB RIP

* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.

Mon cher confrère,

*En application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, je vous serais obligé(e) de bien vouloir remettre à votre patient **sous pli confidentiel ce certificat médical**, pour qu'il le joigne à son dossier de demande.*

*Le nouveau guide-barème s'appuie sur les concepts de l'Organisation Mondiale de la Santé (**déficience - incapacité - désavantage**).*

- Une **déficience** correspond à une atteinte des organes et des fonctions.*
- Une **incapacité** caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne.*
- Le **désavantage social** qui en résulte caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.*

*Ce barème fixe les divers taux d'incapacité, **d'après l'importance de la déficience**, celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles, ainsi que l'autonomie dans la vie quotidienne.*

*Pour permettre aux médecins de l'équipe technique d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer à la C.D.E.S. un taux d'incapacité équitable, veuillez avoir l'obligeance de **compléter les rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires**.*

Je me permets de vous rappeler que l'équipe technique, l'ensemble des services et les membres de la commission de la C.D.E.S. sont astreints au secret médical (article 378 du Code Pénal).

Le médecin de l'équipe technique de la C.D.E.S.

PS : Le médecin de la C.D.E.S. est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Cachet de la C.D.E.S.

Ce certificat, remis au demandeur sous pli fermé confidentiel et à n'ouvrir que par un médecin de la C.D.E.S., sera joint à l'ensemble du dossier destiné à la Commission Spéciale qui étudiera la demande présentée.



COMMISSION DÉPARTEMENTALE D'ÉDUCATION SPÉCIALE

CERTIFICAT MÉDICAL

Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993

Veillez cocher les cases correspondant à vos réponses

- A
Demande d'Allocation d'Éducation Spéciale
Article 6 de la loi 75-534 du 30 juin 1975. Décret 75-1166 du 15 décembre 1975.
- B
Demande de carte d'Invalidité
Article 173 du C.F.A.S.
- C
Demande de carte S D P (Station Debout Pénible)
Arrêté du 30 juillet 1979.
- D
Demande d'Orientation
Articles 4 et 6 de la loi 75-534 du 30 juin 1975. Décret 75-1166 du 15 décembre 1975.

L'enfant pour lequel la demande est présentée

Nom _____

Prénom _____

Sexe F M Date de naissance

Lieu de naissance _____

Classe suivie _____

S'il s'agit d'une classe spécialisée, préciser laquelle _____

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté _____

Le demandeur responsable de l'enfant

Nom _____

Prénom _____

Parenté avec l'enfant _____

Adresse _____

Code postal

Commune _____

Caisse d'allocations familiales _____

N° d'allocations familiales _____

Diagnostic principal motivant la présente demande :

Croissance : Taille Poids

Renseignements périnataux : Poids de naissance Age gestationnel Gémellité

Antécédents périnataux (réanimation ...)

Antécédents médicaux et chirurgicaux

D é f i c i e n c e s

Déficiences psychiques et/ou intellectuelles

- Troubles de l'identité et de l'image du corps
- Troubles psychomoteurs
- Perturbations du langage oral et/ou écrit portant sur la compréhension et/ou l'expression et entravant la communication
- Difficultés relationnelles et de comportement à apprécier en particulier dans les situations de jeux et d'apprentissages
- Existence d'une déficience intellectuelle - Résultat du bilan psychométrique éventuellement pratiqué

Préciser la nature des tests utilisés

Déficiences liées à l'épilepsie *Joindre le compte rendu du dernier EEG*

Type Fréquence des crises

Déficiences de l'audition *Joindre un audiogramme oreille droite/oreille gauche sans appareillage*

Déficiences du langage de la parole et de l'écrit *Joindre un compte rendu d'orthophonie et, s'il y a lieu, un bilan neuropédiatrique*

- Dysphasie - Dyslexie - Dysorthographe - Dyscalculie - Dysarthrie - Dysgraphie ...

• Mode de communication habituel de l'enfant : verbal autre (préciser ci-dessous) :

Déficiences de la vision

- Acuité visuelle bilatérale corrigée de loin/de près
- Champ visuel binoculaire (si utile)

Cécité : unilatérale bilatérale Baisse de l'acuité visuelle : unilatérale bilatérale

Déficience de l'oculomotricité : Non Oui Autres

Une amélioration est-elle possible? Non Oui

Déficiences de la fonction cardiovasculaire *Joindre les résultats des examens complémentaires*

- Signes fonctionnels

• Degré d'insuffisance cardiaque

• Tension artérielle /

Déficiences de la fonction respiratoire *Joindre les résultats des examens complémentaires dont Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR)*

• Signes fonctionnels

• Moyens d'assistance respiratoire
oxygénothérapie : Continue Discontinue

assistance respiratoire

• Trachéostomie : Non Oui

• Autres :

Déficiences de la fonction ou de la sphère digestive *Joindre les résultats des examens complémentaires*

• Troubles de la prise alimentaire • Troubles du transit • Troubles sphinctériens • Iléostomie...

• Régime ou mode d'alimentation particulier Non Oui Lequel ?

Déficiences de la fonction rénale ou génito-urinaire *Joindre les résultats des examens complémentaires*

• Fonction rénale

Dialyse : Non Oui Fréquence hebdomadaire

• Fonction urinaire
Rétention • Incontinence diurne et/ou nocturne • Sonde • Couches...

Déficiences endocriniennes, métaboliques, enzymatiques *Joindre les résultats des examens complémentaires*

Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique *Joindre les résultats des examens complémentaires*

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur *Joindre les résultats des examens complémentaires*

• Type de déficience : paralysie - ankylose - amputation - incoordination - déformations orthopédiques

• Troubles du tonus • Mouvements anormaux • Troubles de l'équilibre...

• Troubles sensitifs associés : Non Oui

• Localisation : membres - tête - tronc...

• Appareillage : Tolérance :

• Station debout pénible : Non Oui Fauteuil roulant : Non Oui

Déficiences esthétiques : séquelles de brûlure ou cicatrice ayant un retentissement sur la vie sociale et de la relation

• Type • Localisation

Nature des soins ■ Contraintes ■ Tolérance

	Nature des soins	Fréquence et lieu des interventions
•Traitement médicamenteux		
•Traitement chirurgical		
•Greffe •Transplantation		
•Soins psychothérapeutiques		
•Rééducations		
•Autres prises en charge		

Retentissement des difficultés de l'enfant et des contraintes thérapeutiques sur la vie familiale

Autonomie

<i>L'autonomie sera évaluée par rapport à celle d'un enfant du même âge, non déficient</i>	Normalement ou seul	Difficilement ou avec une aide	Impossible ou avec une aide totale	Inappréciable compte tenu de l'âge
L'enfant est capable de :				
1 . se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux				
2 . communiquer oralement				
3 . se comporter de façon logique et sensée				
4 . se lever/se coucher ou passer du lit au fauteuil/fauteuil au lit				
5 . se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant				
6 . se déplacer à l'extérieur				
7 . utiliser les transports en commun non spécialisés				
8 . boire et manger				
9 . s'habiller et se déshabiller				
10 . faire sa toilette				
11 . contrôler l'excrétion urinaire				
12 . contrôler l'excrétion fécale				

Certificat médical établi par le Docteur :

Coordonnées	ou	Cachet	Date
Docteur			
Spécialité			
Adresse			
Téléphone			
			Signature

Fiche d'identification du demandeur

1 Identification de la personne concernée par la présente demande

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Nom d'usage:

Prénoms :

Tél : _____ Mobile : _____

Courriel : _____

Fax : _____

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité : Française EEE * Autre

* Les pays de l'Espace Economique Européen : Allemagne Autriche Belgique Chypre Danemark Espagne Estonie Finlande Grèce Hongrie Irlande Islande Italie Lettonie Liechtenstein Lituanie Luxembourg Malte Pays-Bas Pologne Portugal République Tchèque Royaume-Uni Slovaquie Slovénie Suède

Situation familiale : Célibataire Marié Divorcé
 Vie maritale Pacsé Veuf

Depuis le :

Nombre d'enfants à charge :

2 Adresse actuelle

Vous résidez à cette adresse depuis le :

N° Rue :

Code postal : Ville :

Précisez s'il s'agit :

- de votre domicile
- d'un établissement d'hébergement pour personnes handicapées ou âgées (1)
- de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux (2)

Pour les cas (1) et (2) veuillez préciser l'adresse qui était la vôtre 3 mois avant votre entrée en établissement ou en accueil familial

Nom de la structure ou de la famille d'accueil :

Adresse :

N° Rue :

Code postal : Ville :

Si vous ne pouvez pas justifier d'un domicile, merci d'indiquer le nom de l'association (ou de l'organisme à but non lucratif) agréé par le Président du Conseil Général auprès de laquelle vous avez élu domicile :

3 Médecin traitant

Médecin traitant ou autre professionnel pouvant donner des renseignements médico-sociaux :

Qualité : _____

Nom : _____

Adresse :

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

4 Organismes d'affiliation

Numéro de sécurité sociale :

Nom de l'organisme : _____

Si vous êtes déjà allocataire CAF/MSA, quelle CAF ou MSA gère votre dossier ?

Nom : _____

Adresse :

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

Numéro d'allocataire CAF / MSA : _____

5 Mineurs ou majeurs sous protection juridique

Pour les mineurs

Nom et prénom de chacun des parents (et/ou du représentant légal) :

Adresse des parents et/ou du représentant légal :

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

Détenteur de l'autorité parentale (si détenue par un seul parent) :

Pour les majeurs

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ?

OUI NON Demande de mesure en cours

Si oui, Tutelle Cette mesure est exercée par : Famille
 Curatelle Organisme
 Curatelle renforcée Autre
 Sauvegarde de justice
 Tutelle aux prestations sociales

Coordonnées du tuteur / curateur :

Nom :

Prénom :

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

Tél : _____

Courriel : _____

6 Historique administratif

Avez-vous déjà un dossier à la Maison départementale des personnes handicapées ?

OUI NON

Si oui, quel est votre numéro de dossier MDPH ? : _____

Si non,

Aviez-vous un dossier à la COTOREP ? OUI NON

Si oui, votre numéro de dossier COTOREP : _____

Aviez vous un dossier à la CDES ? OUI NON

Si oui, votre numéro de dossier CDES : _____

Dans quel département ?

7 Procédure simplifiée

Je ne souhaite pas que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Si vous choisissez cette procédure, vos droits seront étudiés mais vous ne pourrez pas être entendu par la CDAPH (Commission des droits pour l'autonomie de la personne handicapée)

8 Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications relatives à cette déclaration

Fait à : _____ Le :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L 554-1 L 835 5 du Code de la sécurité sociale - Article L 351.13 du Code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du Code pénal).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Votre CAF ou votre MSA procède à des échanges d'informations avec le Fisc, l'Assedic. Déclarez bien votre situation exacte. À défaut, vous risqueriez de devoir rembourser les sommes perçues à tort.

MDPH 35

MON PROJET DE VIE**Nom et Prénom du bénéficiaire :**

Adresse :

Commune :

Code Postal :

Tel :

Courriel :

Vous allez fournir ce document à la MDPH :

- Il est confidentiel.
 - Il vous permet d'exprimer librement vos souhaits et besoins en relation avec votre situation ou ceux de la personne que vous représentez. Vous pourrez le modifier à tout moment.
 - Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan Personnalisé de Compensation.
- Je ne souhaite pas exprimer mes souhaits et besoins concernant les différents aspects de ma vie** (n'oubliez pas de dater et de signer ce formulaire en deuxième page)
- Je souhaite exprimer mes souhaits et besoins concernant les différents aspects de ma vie**
(Communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...)

1 - Quels sont mes souhaits ?**2 - Quels sont mes besoins ?**

TSVP →

3 – Je souhaite formuler les observations complémentaires suivantes :

(Si vous manquez de place n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

Date et Signature :

Nom et fonction de la personne qui vous a accompagné dans cette formulation :

Nom et Prénom du demandeur ou du représentant légal *(quand il existe)*

.....Lien de parenté :

Adresse :

Commune :

Code Postal :

Tel :

Signature du représentant légal

Maison départementale des personnes handicapées d'Ille-et-Vilaine

19 B rue de Châtillon – CS 13103 – 35031 RENNES CEDEX

Tél : 0 810 01 19 19

[부록 5] 네덜란드

FUNCTIONELE MOGELIJKHEDENLIJST

Deze lijst geeft een overzicht van mogelijkheden om **in het algemeen** gedurende een hele werkdag (tenminste 8 uur) te functioneren. **Beperkingen** van deze mogelijkheden ten opzichte van **normale waarden** worden in aparte rubrieken weergegeven, voor zover deze naar het oordeel van de verzekeringsarts uitgingen zijn van ziekten, gebreken of ongevallen. Als normale waarden zijn die niveaus van functioneren gekozen die het dagelijks leven regelmatig vereist. Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld, zijn incidentele **piekbelastingen** boven de aangegeven niveaus van functioneren eveneens mogelijk.

Deze lijst is niet geschikt voor toepassing los van een **verzekeringsgeneeskundige rapportage** waarin de mogelijkheden en beperkingen aan de hand van een probleemanalyse in hun onderlinge samenhang beoordeeld, gemotiveerd en beschreven zijn.

Naam:

Sofinummer: **geslacht:** m/v

Diagnosecode:

Laatste/huidige werk: (uren per week:)

Werkhervatting: (uren per week:)

Conclusie:

- De cliënt beschikt over duurzaam benutbare mogelijkheden
- De cliënt beschikt niet over duurzaam benutbare mogelijkheden

Toelichting:

- De cliënt is in staat om het eigen werk volledig uit te voeren
- De cliënt is in staat tot normaal functioneren (zie rubrieken)
- De cliënt heeft beperkingen ten opzichte van normaal functioneren (zie rubrieken)
- Anders, zie rapportage verzekeringsarts

- De cliënt is sterk beperkt in het persoonlijk en/of sociaal functioneren (zie rubrieken I, II)
- De cliënt is opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling
- De cliënt is bedlegerig (grootste deel van de dag en langdurig)
- De cliënt is in grote mate ADL-afhankelijk
- De cliënt heeft sterk wisselende mogelijkheden/verlies van mogelijkheden < 3 maanden - 1 jaar

Datum: **Verzekeringsarts:**

RUBRIEK I: PERSOONLIJK FUNCTIONEREN

1. Concentreren van de aandacht

- 0 normaal, kan zich tenminste een half uur concentreren op één informatiebron (boek, documentaire op radio of tv)
- 1 beperkt, kan zich niet langer dan een half uur concentreren op één informatiebron (krant, actualiteitenprogramma op radio of tv)
- 2 sterk beperkt, kan zich niet langer dan 5 minuten concentreren op één informatiebron (reclamefolder, reclamespots op radio of tv)

2. Verdelen van de aandacht

- 0 normaal, kan tenminste een half uur de aandacht verdelen over meerdere informatiebronnen (zichzelf verplaatsen met auto of fiets in druk stadsverkeer)
- 1 beperkt, kan niet langer dan een half uur de aandacht verdelen over meerdere informatiebronnen (zichzelf verplaatsen met auto of fiets in druk stadsverkeer)
- 2 sterk beperkt, kan niet langer dan 5 minuten de aandacht verdelen over meerdere informatiebronnen (zelfstandig een drukke straat oversteken)

3. Herinneren

- 0 normaal, kan zich meestal tijdig, zonder ongebruikelijke hulpmiddelen, relevante zaken herinneren
- 1 beperkt, moet regelmatig dingen apart opschrijven als geheugensteun om de continuïteit van het handelen te waarborgen
- 2 sterk beperkt, weet zich voortdurend onontbeerlijke alledaagse gegevens (tijd, plaats, persoon, onderwerp) niet te herinneren en kan dit niet compenseren met hulpmiddelen

4. Inzicht in eigen kunnen

- 0 normaal, schat meestal de eigen mogelijkheden en beperkingen redelijk in
- 1 beperkt, overschat meestal ernstig de eigen mogelijkheden
- 2 beperkt, overschat meestal ernstig de eigen beperkingen

5. Doelmatig handelen (taakuitvoering)

(gecoördineerd handelen, eigen activiteiten afstemmen op het realiseren van een doel)

- 0 normaal, geen specifieke beperkingen in het doelmatig handelen in de routine van het dagelijks leven (staat op tijd op, wast zich, kleedt zich aan, maakt ontbijt klaar, ontbijt, sluit de huisdeur af en verschijnt op tijd op afspraken)
- 1 beperkt, start niet tijdig activiteiten om het gestelde doel te bereiken
- 2 beperkt, voert de benodigde activiteiten niet in een logische volgorde uit
- 3 beperkt, controleert het verloop van de activiteiten niet
- 4 beperkt, beëindigt de activiteiten niet als het gestelde doel bereikt is, of niet bereikt kan worden
- 5 anderszins beperkt in doelmatig handelen, namelijk

6. Zelfstandig handelen (zelfstandige taakuitvoering)

- 0 normaal, geen specifieke beperkingen in het zelfstandig handelen in het dagelijks leven
- 1 beperkt, neemt meestal niet uit zichzelf het initiatief tot handelen
- 2 beperkt, stelt zichzelf meestal geen doelen
- 3 beperkt, bedenkt meestal zelf geen handelingsvarianten
- 4 beperkt, besluit meestal zelf niet welke aanpak de meest geëigende is
- 5 beperkt, onderkent meestal zelf niet wanneer de gevolgde aanpak tekortschiet
- 6 beperkt, kiest in dat geval meestal niet zelf voor een alternatieve aanpak of een ander doel
- 7 beperkt, gaat uit zichzelf meestal niet door totdat het doel bereikt is
- 8 beperkt, doet niet zelf tijdig een beroep op hulp van anderen, wanneer de situatie dat gebiedt
- 9 anderszins beperkt in het zelfstandig handelen, namelijk

7. Handelingstempo

- 0 normaal, er zijn geen specifieke beperkingen in het handelingstempo in het dagelijks leven
- 1 beperkt, het handelingstempo is aanmerkelijk vertraagd

8. Overige beperkingen in het persoonlijk functioneren

- 0 normaal, geen specifieke overige beperkingen in het persoonlijk functioneren in het dagelijks leven
- 1 beperkt, specifieke overige beperkingen, namelijk

9. Specifieke voorwaarden voor het persoonlijk functioneren in arbeid

(is het functioneren in arbeid door de genoemde beperkingen, of het daarop gerichte compensatiegedrag, afhankelijk van specifieke voorwaarden?)

- 0 nee, er gelden geen specifieke voorwaarden voor het persoonlijk functioneren in arbeid
- 1 ja, de cliënt is aangewezen op volledig vóórgestructureerd werk: concrete enkelvoudige opdrachten (wat, wanneer, hoe lang; één taak per opdracht) en voorgeschreven uitvoeringswijzen (hoe)
- 2 ja, de cliënt is aangewezen op vaste, bekende werkwijzen (routine-afhankelijk)
- 3 ja, de cliënt is aangewezen op werk dat onder rechtstreeks toezicht (veelvuldig feedback) en/of onder intensieve begeleiding wordt uitgevoerd
- 4 ja, de cliënt is aangewezen op werk waarbij hij niet wordt afgeleid door activiteiten van anderen
- 5 ja, de cliënt is aangewezen op een voorspelbare werksituatie, kan niet flexibel inspelen op sterk wisselende uitvoeringsomstandigheden en/of taakinhoud
- 6 ja, de cliënt is aangewezen op een werksituatie zonder veelvuldige storingen en onderbrekingen
- 7 ja, de cliënt is aangewezen op werk zonder veelvuldige deadlines of productiepieken
- 8 ja, de cliënt is aangewezen op werk waarin geen hoog handelingstempo vereist is
- 9 ja, de cliënt is aangewezen op werk zonder verhoogd persoonlijk risico
- 10 ja, er gelden overige specifieke voorwaarden voor het persoonlijk functioneren in arbeid, namelijk

Toelichting: zie verzekeringsgeneeskundige rapportage

RUBRIEK II: SOCIAAL FUNCTIONEREN

1. **Zien**
 - 0 normaal, geen specifieke beperking in het dagelijks functioneren
 - 1 beperkt, namelijk
2. **Horen**
 - 0 normaal, geen specifieke beperking in het dagelijks functioneren
 - 1 beperkt, namelijk
3. **Spreken**
 - 0 normaal, geen specifieke beperking in het dagelijks functioneren
 - 1 beperkt, namelijk
4. **Schrijven**
 - 0 normaal, geen specifieke beperking in het dagelijks functioneren
 - 1 beperkt, namelijk
5. **Lezen**
 - 0 normaal, geen specifieke beperking in het dagelijks functioneren
 - 1 beperkt, namelijk
6. **Emotionele problemen van anderen hanteren**
 - 0 normaal, kan zich meestal wel inleven in problemen van anderen, maar kan daarvan ook afstand nemen in gedrag en beleving
 - 1 beperkt, trekt zich meestal problemen van anderen erg aan; kan desondanks wel voldoende afstand nemen in gedrag, echter niet in beleving
 - 2 sterk beperkt, identificeert zich meestal met problemen van anderen en kan daarvan noch in gedrag, noch in beleving afstand nemen
7. **Eigen gevoelens uiten**
 - 0 normaal, kan meestal persoonlijke gevoelens op een voor anderen duidelijke en acceptabele manier in woord en gedrag tot uiting brengen
 - 1 beperkt, brengt anderen in verwarring door onduidelijke, onvoorspelbare of onconventionele wijze van gevoelsuitingen
 - 2 sterk beperkt, is meestal niet in staat gevoelens te uiten (blokkeert zichzelf) of uit deze ongecontroleerd (ongeremd), ongeacht de reacties van anderen
8. **Omgaan met conflicten**
 - 0 normaal, kan een conflict met agressieve of onredelijke mensen in rechtstreeks contact hanteren
 - 1 beperkt, kan een conflict met agressieve of onredelijke mensen uitsluitend in telefonisch of schriftelijk contact hanteren
 - 2 sterk beperkt, kan meestal geen conflicten hanteren
9. **Samenwerken**
 - 0 normaal, kan in onderlinge afstemming met anderen een taak gezamenlijk uitvoeren (werken in teamverband)
 - 1 beperkt, kan met anderen werken, maar met een eigen van tevoren afgebakende deeltaak
 - 2 sterk beperkt, kan in de regel niet met anderen werken

10. **Vervoer**
- 0 normaal, kan autorijden of fietsen, of zelfstandig gebruik maken van het openbaar vervoer
 - 1 beperkt, is voor vervoer aangewezen op hulp van anderen
11. **Overige beperkingen in het sociaal functioneren**
- 0 normaal, geen specifieke overige beperkingen in het sociaal functioneren in het dagelijks leven
 - 1 beperkt, specifieke overige beperkingen, namelijk.....
12. **Specifieke voorwaarden voor het sociaal functioneren in arbeid**
(is het sociaal functioneren in arbeid door de genoemde beperkingen, of het daarop gerichte compensatiegedrag, afhankelijk van specifieke voorwaarden?)
- 0 nee, er gelden geen specifieke voorwaarden voor het sociaal functioneren in arbeid
 - 1 ja, de cliënt is aangewezen op werk waarin meestal weinig of geen rechtstreeks contact met klanten vereist is (sommige beroepen in de dienstverlening)
 - 2 ja, de cliënt is aangewezen op werk waarin meestal weinig of geen direct contact met patiënten of hulpbehoevenden vereist is (sommige beroepen in de zorg- en hulpverlening)
 - 3 ja, de cliënt is aangewezen op werk waarin zo nodig kan worden teruggevallen op directe collega's of leidinggevenden (géén solitaire functie)
 - 4 ja, de cliënt is aangewezen op werk waarin meestal geen direct contact met collega's vereist is
 - 5 ja, de cliënt is aangewezen op werk dat geen leidinggevende aspecten bevat
 - 6 ja, er gelden overige specifieke voorwaarden voor het sociaal functioneren in arbeid, namelijk.....

Toelichting: zie verzekeringsgeneeskundige rapportage

RUBRIEK III: AANPASSING AAN FYSIEKE OMGEVINGSEISEN

1. **Hitte**
 - 0 normaal, geen specifieke beperkingen
 - 1 beperkt, namelijk.....
2. **Koude**
 - 0 normaal, geen specifieke beperkingen
 - 1 beperkt, namelijk.....
3. **Tocht**
 - 0 normaal, geen specifieke beperkingen
 - 1 beperkt, namelijk.....
4. **Huidcontact**
 - 0 normaal, geen specifieke beperkingen
 - 1 beperkt, namelijk.....
5. **Beschermende middelen**
 - 0 normaal, geen specifieke beperkingen
 - 1 beperkt, namelijk.....
6. **Stof, rook, gassen en dampen**
 - 0 normaal, geen specifieke beperkingen
 - 1 beperkt, namelijk.....
7. **Geluidsbelasting**
 - 0 normaal, geen specifieke beperkingen
 - 1 beperkt, namelijk.....
8. **Trillingsbelasting**
 - 0 normaal, geen specifieke beperkingen
 - 1 beperkt, namelijk.....
9. **Overige beperkingen van de fysieke aanpassingsmogelijkheden**
 - 0 normaal, geen spec. overige beperkingen in de aanpassing aan fysieke omgevingseisen
 - 1 allergie, namelijk.....
 - 2 verhoogde vatbaarheid voor infecties, namelijk.....
 - 3 verzwakte huidbarrière, namelijk.....
 - 4 andere beperkingen, namelijk.....
10. **Specifieke voorwaarden voor de aanpassing aan de fysieke arbeidsomgeving**
 (is de aanpassing aan de arbeidsomgeving door de genoemde beperkingen, of het daarop gerichte compensatiegedrag, afhankelijk van specifieke voorwaarden?)
 - 0 nee, er gelden geen spec. voorwaarden voor aanpassing aan fysieke arbeidsomgeving
 - 1 ja, er gelden specifieke voorwaarden voor de aanpassing aan de fysieke arbeidsomgeving, namelijk.....

Toelichting: zie verzekeringsgeneeskundige rapportage

RUBRIEK IV: DYNAMISCHE HANDELINGEN

1. **Dominantie**
 - 0 niet van toepassing
 - 1 rechts
 - 2 links
2. **Localisatie beperkingen**
 - 0 niet van toepassing
 - 1 rechts
 - 2 links
 - 3 tweezijdig
3. **Hand- en vingergebruik**
 - 0 normaal, geen specifieke beperkingen bij het gebruik van handen en vingers in het dagelijks leven
 - 1 beperkt, kan de bolgreep niet of nauwelijks uitvoeren
 - 2 beperkt, kan de pengreep niet of nauwelijks uitvoeren
 - 3 beperkt, kan de pincetgreep niet of nauwelijks uitvoeren
 - 4 beperkt, kan de sleutelgreep niet of nauwelijks uitvoeren
 - 5 beperkt, kan de cilindergreep niet of nauwelijks uitvoeren
 - 6 beperkt, kan niet of nauwelijks knijp/grijpkracht uitoefenen
 - 7 beperkt, is niet of nauwelijks in staat tot fijn-motorische hand/vingerbewegingen
 - 8 beperkt, is niet of nauwelijks in staat tot repetitieve hand/vingerbewegingen
4. **Tastzin**
 - 0 normaal, geen specifieke beperkingen in het dagelijks leven
 - 1 beperkt, namelijk.....
5. **Toetsenbord bedienen en muis hanteren**
 - 0 normaal, kan alle hiervoor benodigde bewegingen uitvoeren
 - 1 beperkt, namelijk.....
6. **Werken met toetsenbord en muis**
 - 0 normaal, kan zo nodig gedurende het merendeel van de werkdag toetsenbord bedienen en muis hanteren (professioneel tekstverwerken, programmeren, CAD/CAM werk, elektronische verkoop)
 - 1 licht beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag (ongeveer 4 uren) toetsenbord bedienen en muis hanteren (beleidsmedewerker)
 - 2 beperkt, kan zo nodig gedurende een beperkt deel van de werkdag (ongeveer 1 uur) toetsenbord bedienen en muis hanteren ("e-mailen")
 - 3 sterk beperkt, kan gedurende minder dan een half uur per werkdag toetsenbord bedienen en muis hanteren
7. **Schroefbewegingen met hand en arm**
 - 0 normaal, geen specifieke beperkingen in het dagelijks leven
 - 1 beperkt, namelijk.....

8. Reiken

- 0 normaal, kan met gestrekte arm reiken (kopje koffie serveren)
- 1 licht beperkt, kan met licht gebogen arm reiken (afstand schouder-hand: ongeveer 50-60 cm)
- 2 beperkt, kan met sterk gebogen arm reiken (afstand schouder-hand minder dan ongeveer 50 cm)

9. Frequent reiken tijdens het werk

- 0 normaal, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 1200 keer reiken (kassawerk in grootwinkelbedrijf, inpakwerk)
- 1 licht beperkt, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 600 keer reiken
- 2 beperkt, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 450 keer reiken
- 3 sterk beperkt, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 300 keer reiken

10. Buigen

- 0 normaal, kan ongeveer 90 graden buigen (papiertje van de grond oprapen)
- 1 beperkt, kan ongeveer 60 graden buigen (tas van de grond oppakken)
- 2 sterk beperkt, kan ongeveer 45 graden buigen (kruimels uit stoelzitting oprapen)

11. Frequent buigen tijdens het werk

- 0 normaal, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 600 keer buigen
- 1 licht beperkt, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 300 keer buigen
- 2 beperkt, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 150 keer buigen
- 3 sterk beperkt, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 50 keer buigen

12. Torderen

- 0 normaal, kan de romp tenminste 45 graden draaien (achterom kijken op de fiets; vóórin zittend een tas van de achterbank van de auto pakken)
- 1 beperkt, namelijk.....

13. Duwen of trekken

- 0 normaal, kan ongeveer 15 kgf duwen of trekken (klemmende deur openen)
- 1 beperkt, kan ongeveer 10 kgf duwen of trekken (volle vuilniscontainer)
- 2 sterk beperkt, kan ongeveer 5 kgf duwen of trekken (deur met dranger openen)

14. Tillen of dragen

- 0 normaal, kan ongeveer 15 kg tillen of dragen (kleuter)
- 1 licht beperkt, kan ongeveer 10 kg tillen of dragen (peuter)
- 2 beperkt, kan ongeveer 5 kg tillen of dragen (zak aardappelen)
- 3 sterk beperkt, kan ongeveer 1 kg tillen of dragen (literpak melk)

15. Frequent lichte voorwerpen hanteren tijdens het werk

- 0 normaal, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 600 keer voorwerpen van ruim 1 kg hanteren (orderverzamelaar)
- 1 licht beperkt, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 300 keer voorwerpen van ruim 1 kg hanteren.
- 2 beperkt, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 150 keer voorwerpen van ruim 1 kg hanteren.
- 3 sterk beperkt, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag ongeveer 50 keer voorwerpen van ruim 1 kg hanteren.

16. **Frequent zware lasten hanteren tijdens het werk (ongeveer 10 keer per uur)**
- 0 normaal, kan zo nodig tijdens ong. 1 uur per werkdag freq. lasten van ong. 15 kg hanteren.
 - 1 beperkt, kan niet tijdens ong. een uur per werkdag frequent lasten van ong. 15 kg hanteren
17. **Hoofdbewegingen maken**
- 0 normaal, kan het hoofd ongehinderd bewegen
 - 1 beperkt, kan het hoofd beperkt bewegen
 - 2 sterk beperkt, kan het hoofd niet of nauwelijks zijwaarts draaien
 - 3 sterk beperkt, kan het hoofd niet of nauwelijks op en neer bewegen
18. **Lopen**
- 0 normaal, kan ongeveer een uur achtereen lopen (wandeling)
 - 1 licht beperkt, kan ongeveer een half uur achtereen lopen (ommetje)
 - 2 beperkt, kan ongeveer een kwartier achtereen lopen (naar de brievenbus)
 - 3 sterk beperkt, kan minder dan ongeveer 5 minuten achtereen lopen (binnenshuis)
19. **Lopen tijdens het werk**
- 0 normaal, kan zo nodig gedurende het merendeel van de werkdag lopen (postbode)
 - 1 licht beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag (ongeveer 4 uren) lopen
 - 2 beperkt, kan zo nodig gedurende beperkt deel van de werkdag (ongeveer 1 uur) lopen
 - 3 sterk beperkt, kan gedurende minder dan ongeveer een half uur per werkdag lopen
20. **Trappenlopen**
- 0 normaal, kan tenminste in één keer twee trappen op en af (2 verdiepingen woonhuis)
 - 1 licht beperkt, kan tenminste in één keer een trap op en af (1 verdieping woonhuis)
 - 2 beperkt, kan tenminste in één keer één trap op of af (1 verdieping woonhuis)
 - 3 sterk beperkt, kan in één keer slechts een bordstrapje op- of aflopen
21. **Klimmen**
- 0 normaal, kan tenminste een ladder op en af (1 verdieping)
 - 1 licht beperkt, kan tenminste een huishoudtrap op en af
 - 2 beperkt, kan tenminste een opstapje op en af
 - 3 sterk beperkt, kan geen opstap maken
22. **Knielen of hurken**
- 0 normaal, kan knielend of hurkend met handen de grond bereiken (een muntstuk oprapen)
 - 1 beperkt, kan niet of nauwelijks knielend of hurkend met de handen de grond bereiken
23. **Overige beperkingen van het dynamisch handelen**
- 0 normaal, geen spec. overige beperkingen van dynamisch handelen in het dagelijks leven
 - 1 specifieke overige beperkingen, namelijk.....
24. **Specifieke voorwaarden voor het dynamisch handelen in arbeid**
(Is het dynamisch handelen in arbeid door de genoemde beperkingen, of het daarop gerichte compensatiegedrag, afhankelijk van specifieke voorwaarden?)
- 0 nee, er gelden geen specifieke voorwaarden voor het dynamisch handelen in arbeid
 - 1 ja, er gelden specifieke voorwaarden voor het dynamisch handelen, namelijk

Toelichting: zie verzekeringsgeneeskundige rapportage

RUBRIEK V: STATISCHE HOUDINGEN**1. Zitten**

- 0 normaal, kan ongeveer 2 uur achtereen zitten (autorit)
- 1 licht beperkt, kan ongeveer een uur achtereen zitten (film)
- 2 beperkt, kan ongeveer een half uur achtereen zitten (maaltijd)
- 3 sterk beperkt, kan minder dan een kwartier achtereen zitten (tv-journaal)

2. Zitten tijdens het werk

- 0 normaal, kan zo nodig gedurende vrijwel de gehele werkdag zitten (assemblagewerk, kassawerk, uitvoerend administratief werk)
- 1 licht beperkt, kan zo nodig gedurende het grootste deel van de werkdag zitten (ongeveer 6-8 uur)
- 2 beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag zitten (ongeveer 4 uren)
- 3 sterk beperkt, kan gedurende minder dan 4 uren per werkdag zitten

3. Staàn

- 0 normaal, kan ongeveer 1 uur achtereen staan (toeschouwer bij sportwedstrijd)
- 1 licht beperkt, kan ongeveer een half uur achtereen staan (wachtijd voor attractie in pretpark)
- 2 beperkt, kan ongeveer een kwartier achtereen staan (afwassen)
- 3 sterk beperkt, kan minder dan ongeveer 5 minuten achtereen staan (tanden poetsen)

4. Staàn tijdens het werk

- 0 normaal, kan zo nodig gedurende het merendeel van de werkdag staan (verkoopfuncties, productiefuncties)
- 1 licht beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag staan (ongeveer 4 uren)
- 2 beperkt, kan zo nodig gedurende een beperkt deel van de werkdag staan (ongeveer 1 uur)
- 3 sterk beperkt, kan gedurende minder dan ongeveer een half uur per werkdag staan

5. Gekniel of gehurkt actief zijn

- 0 normaal, kan tenminste 5 minuten achtereen gekniel of gehurkt actief zijn (tuinieren)
- 1 beperkt, kan minder dan 5 minuten achtereen gekniel of gehurkt actief zijn (deur aanrechtkastje afnemen)

6. Gebogen en/of getordeerd actief zijn

- 0 normaal, kan tenminste 5 minuten achtereen gebogen en/of getordeerd actief zijn (stoep vegen)
- 1 beperkt, kan minder dan 5 minuten achtereen gebogen en/of getordeerd actief zijn (schoenveters strikken)

7. Boven schouderhoogte actief zijn

- 0 normaal, kan tenminste 5 minuten achtereen boven schouderhoogte actief zijn (gordijnen ophangen)
- 1 beperkt, kan minder dan 5 minuten achtereen boven schouderhoogte actief zijn (gloeilamp verwisselen)

8. **Het hoofd in een bepaalde stand houden tijdens het werk**
- 0 normaal, kan zo nodig gedurende het merendeel van de werkdag het hoofd in een bepaalde stand houden (beeldschermwerk, kwaliteitscontrole)
 - 1 licht beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag het hoofd in een bepaalde stand houden (ongeveer 4 uren)
 - 2 beperkt, kan zo nodig gedurende een beperkt deel van de werkdag het hoofd in een bepaalde stand houden (ongeveer 1 uur)
 - 3 sterk beperkt, kan gedurende minder dan ongeveer een half uur per werkdag het hoofd in een bepaalde stand houden
9. **Afwisseling van houding**
- 0 normaal, geen specifieke opeenvolging van verschillende houdingen vereist
 - 1 specifieke eisen aan afwisseling van houdingen, namelijk
10. **Overige beperkingen van statische houdingen**
- 0 normaal, geen specifieke overige beperkingen van statische houdingen in het dagelijks leven
 - 1 specifieke overige beperkingen, namelijk
11. **Specifieke voorwaarden voor statische houdingen in arbeid**
(zijn statische houdingen in arbeid door de genoemde beperkingen, of het daarop gerichte compensatiegedrag, afhankelijk van specifieke voorwaarden?)
- 0 nee, er gelden geen specifieke voorwaarden voor statische houdingen in arbeid
 - 1 ja, er gelden specifieke voorwaarden voor statische houdingen, namelijk

Toelichting: zie verzekeringsgeneeskundige rapportage

RUBRIEK VI: WERKTIJDEN

1. Perioden van het etmaal

- 0 normaal, kan zo nodig op elk uur van het etmaal werken, ook 's nachts
- 1 beperkt, kan 's nachts niet werken (00.00 - 06.00 uur)
- 2 beperkt, kan 's avonds niet werken (18.00 - 24.00 uur)

2. Uren per dag

- 0 normaal, kan gemiddeld tenminste 8 uur per dag werken
- 1 enigszins beperkt, kan gemiddeld niet meer dan ongeveer 8 uur per dag werken
- 2 licht beperkt, kan gemiddeld niet meer dan ongeveer 6 uur per dag werken
- 3 beperkt, kan gemiddeld niet meer dan ongeveer 4 uur per dag werken
- 4 zeer beperkt, kan gemiddeld niet meer dan ongeveer 2 uur per dag werken

3. Uren per week

- 0 normaal, kan gemiddeld tenminste 40 uur per week werken
- 1 enigszins beperkt, kan gemiddeld ongeveer 40 uur per week werken
- 2 licht beperkt, kan gemiddeld ongeveer 30 uur per week werken
- 3 beperkt, kan gemiddeld ongeveer 20 uur per week werken
- 4 zeer beperkt, kan gemiddeld ongeveer 10 uur per week werken

4. Overige beperkingen ten aanzien van werktijden

- 0 normaal, er zijn geen specifieke overige beperkingen ten aanzien van werktijden
- 1 specifieke overige beperkingen, namelijk

Toelichting: zie verzekeringsgeneeskundige rapportag

[부록 6] 노르웨이

Medical declaration for Norwegian social security claims

This form should be used for:

- Working incapacity due to illness/injury exceeding 8 weeks
- Claim of/and reconsideration of Medical rehabilitation
- Claim of Vocational rehabilitation
- Claim of Disability pension

Why – Intentions – Use

This is in accordance with the Norwegian Social Insurance Act.

In order to help the patient back to work as soon as possible and for the patient to obtain the correct benefit in time, we need the information of this form properly filled in by the treating physician/ specialist. One form for all these cases was made for efficiency reasons.

If the sickleave exceeds 8 weeks and the first claim of medical og vocational rehabilitation and disability persjon, the form must give a detailed picture of the medical situation. All questions should be answered. Succeeding forms for rehabilitation should be filled in with new, supplementary and/or changed medical information, and in addition - answers to specific requirements mentioned in the decision-letter to the patient from our office. It is the patient's duty to obtain necessary medical information and forward this to our office (exceptions in special cases).

The patient's expenses for this form may be refunded to him/her as follows, provided the form has been filled in properly and the patient forwards a receipt from the physician stating the date the physician filled in the form and that this form has been filled in:

(July 2002)

Local physician (house doctor): ~~NOK 551 (T-L45)~~

Specialist : ~~NOK 1.103 (T-L90)~~

NORWEGIAN SOCIAL INSURANCE OFFICE FOR SOCIAL INSURANCE ABROAD (FFU)

Adress: P.O.BOX 8138 DEP.
N-0033 OSLO
NORWAY

FAX: (+47) 23 31 13 01

E-MAIL: ffu@trygdeetaten.no

Contacts in other matters than sending this form please refer to the kind of benefit and the patient's Norwegian Insurance No.

0 Claim of:

0.1 Sick leave exceeding 8 weeks <input type="checkbox"/>	0.2 Medical rehabilitation <input type="checkbox"/>	0.3 Vocational rehabilitation <input type="checkbox"/>	0.4 Disability pension <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

1 Information of the patient and occupation

1.1 Family name, given name	1.2 Norwegian birth/insurance number	1.3 Norwegian insurance office
1.4 Postal address		1.5 Occupation
1.5 Employers address		

2 Diagnoses and medical history

2.1 Main diagnoses	2.1.1 and 2.3 Code ICD-10	
2.2 Other diagnoses	2.2.1 Code ICD - 10	2.4 Completely unfit for work from
2.5 Short medical history -- symptoms and treatment		
2.5.1 Expected time of treatment before improved capability to work		
2.6 Status presents included results of relevant tests/investigation		
2.7 Is illness caused by occupational injury or illness <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		2.7.1 If yes in 2.7 Date of injury:

Name	Norwegian Birth/Insurance No.(11 dig)
------	---------------------------------------

3. Plan for Medical Investigation and Treatment

3.1 Is the patient referred to: Investigation	Specify	3.1.1 Date of referral	3.1.2. Waiting period in weeks
Treatment	Specify	3.1.3 Date of referral	3.1.4. Waiting period in weeks
3.2 Medical Investigation Plan. Specify- dates time/duration of tests/investigation			
3.3. Medical Treatment Plan. Specify dates – time/duration			
3.3 New assessment of previous investigation-/treatment plan			
3.4. According to investigation-/treatment plan- suggest when the Insurance Office should ask for new medical information			
3.5. If there are no plans for further treatment, state reasons why			

4. Suggestions exceeding Medical Treatment

From a medical point of view, is any of the following actions necessary/suggested Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, which?	Further information
a) Specialist-investigation <input type="checkbox"/> b) Work-training at the Employer's <input type="checkbox"/> c) Technical aid <input type="checkbox"/> d) Vocational Rehabilitation <input type="checkbox"/> e) Fit for Employment Office <input type="checkbox"/> f) Others (specify) <input type="checkbox"/> _____	
If yes, inform about special limitations in connection with suggestions	If no, state reasons

324 장애인 근로능력 평가 도구 외국사례 연구

Name	Norwegian Birth/Insurance No.(11 dig)
------	---------------------------------------

5. Medical Assessment of Function and Working Ability

5.1. Describe how the ability is decreased due to illness/injury			
5.2. Is the patient Employed <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Other (if so, what?) <input type="checkbox"/>			
Shortly describe type of work and requirements in patients tasks			
5.3. Assessment of working ability			
Is the patient able to?	Now	After Medical Treatment	Vocational Rehabilitation
a) Resume previous occupation	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> if yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Take other kinds of work	yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> if yes →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. a) Which tasks may the patient <u>not</u> do in his/her occupation?			
b) Any other consideration to be taken in chose of another occupation/(work)?			

6. Prognosis

a) Is medical treatment expected to improve working capacity →	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) Assessment of duration of illness/injury	
c) Assessment of duration of function/working ability(capacity)	
Months	1-3 <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> 6-12 <input type="checkbox"/> more than 12 <input type="checkbox"/> permanently <input type="checkbox"/>

7. Assessment on how much of decreased working ability is due to the illness/injury

Description:

8. Other information

--

9. Suggestions of contacts /co-operations

With treating physician	Employer	Employment Office	Others	Is copy of the decision(in Norwegian) desired?	Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Restriction

Is there in this medical certificate any information the patient may not be told due to his/her illness?
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
If yes, specify:

11. Physician's signature and date

11.1 Physician's signature and date of signing the declaration
11.2 Physician's office address
11.3 Phone/Fax No.

Norwegian Social Insurance Scheme

**Claim of Medical rehabilitation
Claim of Vocational rehabilitation**

- Medical rehabilitation
- Rehabilitation allowance awaiting Vocational rehabilitation
- Vocational rehabilitation
- Supplement for children under age of 18 years

1. Personal Information

Family name, First name		Insurance number (Norway)
Address		Occupation
		Phone / Fax- E-mail
Citizenship <input type="checkbox"/> Norwegian <input type="checkbox"/> Foreign - which country?.....		
Unmarried <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widow-er <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Co-habitant <input type="checkbox"/>		
Children under 18 years that you provide for (own or adopted children)	Name	Date of birth (Norwegian insurance number)
	Name	Date of birth (Norwegian insurance number)
	Name	Date of birth (Norwegian insurance number)
	Name	Date of birth (Norwegian insurance number)
Did you ever live / work outside Norway? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, when?.....		
<input type="checkbox"/> Lived <input type="checkbox"/> Worked		From - to Country
Other Norwegian Insurance (disability pension/pension)		

2. Situation when claim is put forward

Working full time <input type="checkbox"/>	Working part time <input type="checkbox"/>	Unemployed <input type="checkbox"/>	Student <input type="checkbox"/>
Sickness Allowance <input type="checkbox"/>	Medical rehabilitation <input type="checkbox"/>	Vocational rehabilitation <input type="checkbox"/>	
Disability pension <input type="checkbox"/>	Others <input type="checkbox"/>	Describe what.....	

3. Acknowledged Occupational Injury/illness

Yes No

4. Information about illness and treatment

Give a description of your illness/ injury and how it affects your ability to function:	
Are you undergoing any treatment now? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, what kind of treatment.....	
Did you ever receive other kinds of treatment for this illness/ injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, what kind of treatment.....	
What kind of treatment, besides the one you receive now, do you believe may improve your working ability?	
Treating physician's name, address and phone or E-mail:	
Have you been treated by any specialist? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, name/address/fax/phone og E-mail for specialist:	

Family name, First name	Insurance number (Norway)
-------------------------	---------------------------

5. Information about last employment

Employers name/address/fax/phone or E-mail		Your occupation there:	
Working contract ended: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, date: _____		Do you still receive any kind of wages from this employer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Did you work? <input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Part time		Number of days per week:	Hours per week:

6. Previous employment

Employer	Kind of work	From/ to

7. Previous Vocational rehabilitation

Did you ever go through Vocational rehabilitation before? Yes No

8. Information about work, working capacity, suggestions

Give a description of your working tasks:

What may you still do?	What are you unable to do?
Did you discuss your situation with the employer/ health service at work/ internal vocational rehabilitation group? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have any improvements been made for you at your work-place= <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, what?	
What may be done to get you back to work? <input type="checkbox"/> Improvements of work-place? <input type="checkbox"/> New tasks <input type="checkbox"/> Technical Aid <input type="checkbox"/> Vocational rehabilitation(all kinds) <input type="checkbox"/> Others	
Give a closer description:	

9. Previous education

School/courses/work training/certificates	Duration	Year of exam

10. Other information you believe is important to the handling of your claim

Other information you believe is important to the handling of your claim:

11. Payment/ signature

Please state your Norwegian bank account number	I am familiar with the fact that the Social Insurance office/ Actat (Employment Office) may gather the information necessary to decide the claim
Date:	Signature:

Tilleggsopplysninger i forbindelse med krav om barnetillegg.

1. Opplysninger om søkeren

Etternavn, fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse og bokommune	Telefonnummer

2. Opplysninger om ektefellen/ samboeren/ partneren

Etternavn, fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)
--------------------	---------------------------

3. Opplysninger om barn under 18 år

Etternavn, fornavn	Hvis fosterbarn, fra hvilken dato?			Fødselsnummer (11 siffer)
1		Ja	Nei	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2		Ja	Nei	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3		Ja	Nei	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4		Ja	Nei	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barn nr.				
har underholdsbidrag		har underholdsbidrag		
har underholdsbidrag		har underholdsbidrag		
Hvis barnet ikke bor sammen med begge foreldrene, oppgi barnets adresse	Barn nr.	Adresse	Barn nr.	Adresse
	Barn nr.	Adresse	Barn nr.	Adresse

Dokumentasjon på forsørgeransvar for barna må vedlegges.

4. Underskrift

Dato (dag, måned, år)	Underskrift
-----------------------	-------------

[부록 7] 아일랜드



SOCIAL WELFARE SERVICES
Medical Review and Assessment (MRA) Section



MR1

REQUEST FOR MEDICAL ASSESSMENT

TYPE OF CLAIM: _____

Panel No. _____ PPS Number: _____

Dr. _____ Claimant: _____

Date of Birth : _____ Occupation: _____ Incap. Comm. _____

Incapacity : _____ Incap. Code: _____

Date of last assessment: _____ Result: _____ MRA Centre: _____ MR. _____

Reason for referral: _____

Date: _____ Remarks: _____

Disablement Cases Only		Issue MR33	Date Issued
Date of accident/development of prescribed disease: _____		First Reference YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Disablement Benefit now claimed from: _____			
Is Incapacity Supp. Assessment required: _____			
Previous Occupational Injury Benefit:	Injury Benefit From _____ To _____		
	Disablement Pension/Gratuity (____) % From _____ To _____		
Medical Adviser			
Reference Justified: <input type="checkbox"/>	Refer _____		
	Review _____		
DNRA <input type="checkbox"/>			
Medical Adviser : _____	Date _____		

MRA Centre : _____

Date of Assessment : _____

Time of Assessment : _____

MR Code : _____

Travel Category : _____

NOT ASSESSED

Claimant Did Not Attend _____

Certified Unfit To Attend _____

Final Certificate Submitted _____

Maternity Benefit EDD _____

Attended Not Assessed _____

1. **Certified Cause of Incapacity or Disablement** _____

2. Age Date of Accident/Illness Working If NO, state the date of last employment
DD MM YY YES NO DD MM YY
Occupation

3. **Medical History**

4. **Surgical / Obstetrical History**

5. **Work History**

6. **Educational / Vocational History**

8. Systems Review and Medical Examination

General state of health _____ Height _____ Weight _____

BP: _____ Urine: _____

	NORMAL	ABNORMAL
Mental Health:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervous System:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratory System:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circulatory System:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentary System:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musculo - skeletal System:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other (Please Specify)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Relevant Clinical Findings

(Continue on page 6 if necessary)

10. Clinical description of effects of claimant's illness/Accident/Disablement

Indicate, if any, the degree to which the claimant's condition has affected his/her ability in the following areas:

	Normal	Mild	Moderate	Severe	Profound
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Learning/Intelligence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consciousness/Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balance/Co-ordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manual Dexterity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lifting / Carrying	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bending / Kneeling / Squatting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Climbing Stairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Observations / Comments

DISABLEMENT CASES ONLY

12. Relevant Conditions

Enter below only such conditions as are relevant to the assessment of the disablement resulting from the accident / prescribed disease. Each condition should be classified in column (2) as follows:-

- F** (Fully relevant) means that all the disablement from the condition described results from the accident / prescribed disease: example, injury to a limb which was previously normal.
- P** (Partly relevant) means that only part of the disablement results from the accident / prescribed disease: for example, a previously damaged joint rendered worse by the injury or the loss of a previously deformed limb.
- C** (Connected) denotes a condition which does not itself result from the accident / prescribed disease, but which makes a fully or partly relevant condition more disabling than it would in a normal person; for example, an existing lameness, necessitating the use of a crutch or stick, might make the loss of a hand more disabling than usual.

Conditions thus classified are referred to hereafter as the "Relevant Conditions"

1. Condition	2. Relevance (Use above symbols)	3. Reason for opinion stated in Col. 2, where not self-evident

DISABLEMENT CASES ONLY

Note 1 Only the "relevant conditions" should be considered in these conclusions.

Note 2 The injury benefit / previous assessment period ends on _____

Or the earliest date from which disablement benefit could be paid is _____

13. Has the accident / prescribed disease resulted in a loss of physical or mental faculty?

YES

NO

If the answer is "NO", do not complete question 14.

14. (a) At what degree do you assess the disablement resulting from the loss of faculty (net assessment on which award is to be based)?

.....per cent.

(b) (i) is the assessment to begin on

.....
(as indicated in Note 2 above.)

YES

NO

If NO, from what date

.....

(c) To what date does the assessment continue?

.....(date / life)

(d) Provisional

Final

Notes on degree of Disablement Assessed.

(i) If more than one relevant condition, show how the assessment is made up.

Condition % Loss of faculty.

(ii) If an offset has been made because of a condition classified as P. in item 12 show the % offset

Condition Percentage offset

(iii) If an add-on is warranted because of a condition classified as C. in item 12, show % add-on.

Condition Percentage Add-on

15. Do you consider the claimant to require Constant Attendance YES NO N/A

(OIB cases where claimant has been assessed as being severely disabled for a period of 6 months or more)

If yes, form OB53 should be completed and attached.

WORK CAPACITY ASSESSMENT (if appropriate)

16. Do you consider the claimant capable of his/her usual work? YES NO N/A

16(a) If YES, describe in functional terms the reasons why. _____

16(b) If NO or N/A, do you consider the claimant capable of any of the work categories described. (See list WC1). YES NO

16(c) If YES, indicate which and describe in functional terms the reasons why.
A B C D E F G H I

16(d) If NO, describe in functional terms the reasons why not. _____

16(e) Is there any non-functional incapacitating factor present? YES NO
If YES, please describe. _____

INCAPABLE CASES		YES	NO	N/A
17.	Has Certified Cause of Incapacity been confirmed as incapacitating?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17(a)	If NO, specify incapacitating condition, starting date of onset: _____ _____			
17(b)	Is incapacity a result of Occupational injury / disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPINION REGARDING MEDICAL ELIGIBILITY		YES	NO	N/A
18.	Has the person satisfied the medical criteria for receipt of			
18(a)	Illness Benefit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(b)	Invalidity Pension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(c)	Disability Allowance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(d)	Incapacity Supplement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(e)	Carer's Allowance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(f)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18(g)	Expected date of recovery/recommended date for review _____			

REHABILITATION		YES	NO	N/A
19.	Is Occupational Rehabilitation feasible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19(a)	If YES, is claimant willing to undergo same?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.

Medical Assessor's Signature: _____ Date: _____

21.

Chief Medical Adviser: _____ Date: _____

WORK CAPACITY ASSESSMENT

WC1

Category	Job Effort/Skill	Examples of work in each category
A	Light/Skilled	Professional Managers Academics Supervisors
B	Light/Semi-skilled	Office Workers (e.g. Typist, Receptionist, Telephonist) Sales Persons, Taxi Drivers, Couriers
C	Light/Lesser skilled	Shop Assistants Caretakers Security Officers
D	Moderate/Skilled	Tradespersons (e.g. Fitter, Electrician, Plumber, Printer, Hairdresser) Health Care Paraprofessionals (e.g. Nurse, Physiotherapist)
E	Moderate/Semi-skilled	Factory Workers Machine Drivers (e.g. Forklift) Cleaners Waiter/Waitress Postal Workers Child Care Workers
F	Moderate/Lesser skilled	Domestic Attendants Kitchen Workers
G	Heavy/Skilled	Tradesperson (e.g. Bricklayer, Carpenter, Machinist, Mechanic, Panel Beater, Baker, Cook, Butcher) Transport Drivers (HGV/PCV)
H	Heavy/Semi-skilled	Nursing Assistants Industrial Cleaners
I	Heavy/Lesser skilled	General Operatives (e.g. Construction, Farm Workers) Refuse Collectors

[부록 8] 핀란드

Kela/Työeläkejärjestelmä

Selvitys työkyvystä kuntoutustuen jatkoa varten

1 Kuntoutustuen saajan henkilötiedot

Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
Lähiosoite		Puhelinnumero
Postinumero	Postitoimipaikka	Sähköpostiosoite

2 Hoito tai kuntoutuminen

Miten hoitonne tai kuntoutumisenne on toteutunut kuntoutustuen aikana?

Millaisia muutoksia terveydentilassanne on tapahtunut kuntoutustuen myöntämisen jälkeen?

Millaiseksi arvioitte työkykyne tällä hetkellä?

- Olen edelleen työkyvytön.
- Olen osittain työkykyinen. – Millaista työtä ja miten paljon pystytte tekemään?
- Olen täysin työkykyinen. – Millaista työtä ja miten paljon pystytte tekemään?

3 Työelämään paluu ja ammatillinen kuntoutus

Millaisiksi arvioitte mahdollisuutenne palata työelämään?

Oletteko kokeillut tai onko Teille suunniteltu työelämään palaamista? Miten?

Miten työelämään paluutanne voisi auttaa ammatillisella kuntoutuksella? Ammatillisen kuntoutuksen keinoja ovat esim. työkokeilu, työhönvalmennus, koulutus ja elinkeinotuki.

4 Terveydentilaselvitykset

Milloin viimeksi kävitte vastaanotolla? | Seuraava käynti

Lääkärintausunto B nykyisestä terveydentilastanne on

liitteenä Kelassa muualla – missä? toimitetaan myöhemmin – milloin?

Mitä tutkimuksia Teille on tehty kuntoutustuen aikana ja missä (esim. röntgentutkimuksia, rasisuskokeita, kuntoutustutkimuksia ja työkykyarvioita)?

Teitä nykyisin hoitavien lääkärin nimet ja vastaanottoapaikat

Muut lääkärit, sairaalat, kuntoutus- ja tutkimuslaitokset tai mielenterveystoimistot yms., joissa olette ollut tutkittavana tai hoidettavana kuntoutustuen myöntämisen jälkeen

Nimi	Hoitoajat	Seuraava käynti

5 Työskentely kuntoutustuen myöntämisen jälkeen

Oletteko ollut työsuhteessa **kuntoutustuen myöntämisen jälkeen**

En ole Olen – missä tehtävissä?

Työnantajan nimi, osoite ja puhelinnumero

Työtunnit viikossa	Bruttoansiot kuukaudessa
Milloin työ alkoi?	Työ <input type="checkbox"/> jatkuu – mihin asti? <input type="checkbox"/> on päättynyt – milloin?

6 Yrittäjätoiminta kuntoutustuen myöntämisen jälkeen

Oletteko toiminut yrittäjänä **kuntoutustuen myöntämisen jälkeen**

En ole

Olen – millaista yrittäjätoimintaa olette harjoittanut?

Mistä alkaen?	Toiminta <input type="checkbox"/> jatkuu edelleen <input type="checkbox"/> on päättynyt – milloin?
---------------	--

Montako tuntia viikossa työskentelette, ja mikä on arvionne omasta keskimääräisestä kuukausitulostanne?

7 Lisätietoja

8 Suostumus

Suostuttko siihen, että lääkäri tai hoito- tai tutkimuslaitos, jolla on tietoja terveydentilastanne, saa antaa niitä eläkelaitokselle ja eläkelaitos puolestaan saa antaa asiakirjoissa olevia tietoja Teitä tutkivalle lääkärille tai hoitolaitokselle?

Suostun En suostu

9 Allekirjoitus

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja ilmoitan, jos tiedot muuttuvat.

Päiväys

Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Jos allekirjoittajana on joku muu kuin hakija, syy on ilmoitettava.

Eläkeasianteen käsittelyyn tarvittavia tietoja voidaan hankkia työnantajalta sekä Kelalta, lääkäriltä, hoito- tai tutkimuslaitokselta ja muilta tahoilta, joita laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta koskee. Eläkeasianteen tietoja annetaan asiaanne hoitaville eläkelaitoksille. Hakemuksen käsittelyn yhteydessä saatuja tietoja tallennetaan Kelan, työeläkelaitosten ja Eläketurvakeskuksen rekistereihin. Lisätietoja tietojen rekisteröinnistä saatte hakuohjeesta (ETK/Kela 7007o) ja edellä mainituista laitoksista.

Lähettiläjä

TYÖNANTAJAN KUVAUS eläkkeenhakijan **TAK**
 työstä, työolosuhteista ja selviytymisestä työstä

Vastaanottaja

Palautusosoite

Tarvitsemme tietoja eläkehakemuksen käsittelyä varten. Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan lomakkeella esitettyihin kysymyksiin. Eläkkeenhakijan työn ja hänen työssään selviytymisensä parhaiten tuntevan henkilön tulisi olla mukana lomakkeen täyttämässä.

Toivomme, että saamme vastauksenne / 20 mennessä, jotta eläkeasian käsittely ei viivästyisi.

1 ELÄKKEEN HAKIJA	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
2 TYÖSSÄOLO- AIKA	Minkä ajan eläkkeenhakija on ollut palveluksessaan nykyisessä tehtävässään? Päivittäinen / viikottainen työaika?	
3 TYÖTEHTÄVÄT JA TYÖOLO- SUHTEET	<p>a) Hakijan työ on ollut</p> <p><input type="checkbox"/> päivätyötä <input type="checkbox"/> kokopäivätyötä <input type="checkbox"/> aikapalkkaista</p> <p><input type="checkbox"/> vuorotyötä <input type="checkbox"/> osapäivätyötä <input type="checkbox"/> suoritepalkkaista</p> <p>b) Minkälaisia tehtäviä hakijan työhön sisältyy? Onko työssä ruumiillisesti rasittavia tehtäviä tai henkisesti rasittavia piirteitä (työtahti, työasennot jne.)? Millaisia?</p> <p>c) Kuvaus työtiloista ja työolosuhteista (melu, pöly, veto, kuumuus, kylmyys, altistavat aineet, tapaturmariski jne.)</p> <p>d) Ovatko työtehtävät muuttuneet? Jos on, milloin, miten ja onko muutos vaikuttanut hakijan ansioihin? Mitä työtä hakija teki aikaisemmin?</p>	

<p>4 SELVIYTY- MINEN TYÖSSÄ</p>	<p>a) Kuvaile miten hakija suoriutuu työssään. Onko sairaus haitannut työntekoa? Jos on, mistä alkaen ja miten? Onko hakijan työkyky heikentynyt työn asettamien vaatimusten suhteen?</p> <p>b) Tiedot sairauspoissaoloista kolmen viime vuoden ajalta.</p> <p>c) Onko hakijalle järjestettävissä muuta hänelle paremmin soveltuvaa työtä tai osa-aikatyötä?</p>
<p>5 KUNTOUTUS</p>	<p>a) Onko kuntoutusmahdollisuuksia selvitetty? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On; lopputulos:</p> <p>b) Onko hakijalla mielestänne edellytyksiä uudelleen koulutettavaksi? Millaisiin tehtäviin?</p>
<p>6 TYÖTERVEYS- HUOLTO</p>	<p>Mistä hakijaa koskevat työterveyshuollon tiedot ovat saatavissa? Voidaan liittää myös mukaan.</p> <p>Osoite _____ Puhelinnumero, myös suunta _____</p>
<p>7 TYÖSUHTEEN JATKUMINEN</p>	<p>Jatkuuko hakijan työsuhde? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei; milloin työsuhde päättyy / on päättynyt?</p>
<p>8 LISÄTIETOJA</p>	
<p>9 TIETOJEN ANTAJA</p>	<p>Nimi _____ Puhelinnumero, myös suunta _____</p> <p>Asema _____</p>
<p>10 ALLE- KIRJOITUS</p>	<p>Päivämäärä ja allekirjoitus _____</p>

Lähettiläjä

TYÖNANTAJAN KUVAUS hakijan TAK 2
työstä ja työjärjestelymahdollisuuksista

Vastaanottaja

Palautusosoite

Tarvitsemme tietoja kuntoutusasian käsittelyä varten. Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan lomakkeella esitettyihin kysymyksiin. Hakijan työn ja hänen työssään selviytymisensä parhaiten tuntevan henkilön tulisi olla mukana lomakkeen täyttämässä.

Toivomme, että saamme vastauksenne / 20 mennessä, jotta asian käsittely ei viivästyisi.

1 HAKIJA	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
2 TYÖSSÄOLO- AIKA	Minkä ajan hakija on ollut palveluksessanne nykyisessä tehtävässään?	
3 TYÖTEHTÄVÄT JA TYÖOLO- SUHTEET	<p>a) Hakijan työ on ollut</p> <p><input type="checkbox"/> päivätyötä <input type="checkbox"/> aikapalkkaista <input type="checkbox"/> kokopäivätyötä</p> <p><input type="checkbox"/> vuorotyötä <input type="checkbox"/> suoritepalkkaista <input type="checkbox"/> osapäivätyötä; päivittäinen työaika tuntia</p> <p>b) Minkälaisia tehtäviä hakijan työhön sisältyy? Kuvaus hakijan työolosuhteista.</p>	
	<p>c) Onko hakijan työtehtäviä vaihdettu sairauden vuoksi? Jos on, milloin, miten ja onko muutos vaikuttanut hakijan ansioihin?</p>	

<p>4 SELVIYTY- MINEN TYÖSSÄ</p>	<p>a) Kuvaile miten hakija suoriutuu työssään. Onko sairaus haitannut työntekoa? Jos on, mistä alkaen ja miten? Onko hakijan työkyky heikentynyt työn asettamien vaatimusten suhteen?</p>
	<p>b) Miten hakijan kuntoutusmahdollisuuksia on selvitetty?</p>
<p>5 TYÖN VAIHTAMIS- MAHDOLLI- SUUDET JA LISÄKOULU- TUSTARVE</p>	<p>a) Onko hakijalle järjestettävissä muuta hänelle paremmin soveltuvaa työtä tai osa-aikatyötä? Voidaanko hakijalle järjestää työkokeilu sopivimman työn löytämiseksi?</p>
	<p>b) Tarvitseeko hakija lisäkoulutusta sopivan työn järjestämiseksi? Mitä koulutusta?</p>
	<p>c) Onko Teillä tarjota työtä hakijalle uudelleen koulutuksen jälkeen?</p>
<p>6 TYÖTERVEYS- HUOLTO</p>	<p>a) Mistä hakijaa koskevat työterveyshuollon tiedot ovat saatavissa? Voidaan liittää myös mukaan.</p> <p>Osoite Puhelinnumero, myös suunta</p>
	<p>b) Tiedot sairauspoissaoloista kolmen viime vuoden ajalta.</p>
<p>7 TYÖSUHTEEN JATKUMINEN</p>	<p>Jatkuuko hakijan työsuhde?</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei; milloin työsuhde päättyy / on päättynyt?</p>
<p>8 LISÄTIETOJA</p>	
<p>9 YHTEYS- HENKIÖ</p>	<p>Kenen puoleen kuntoutusasiassa voidaan kääntyä? Puhelinnumero, myös suunta</p> <p>Nimi</p>
<p>10 ALLE- KIRJOITUS</p>	<p>Päivämäärä ja allekirjoitus</p>

Kela/Työeläkejärjestelmä

Työkyvyttömyyseläkehakemus

Hakemuksen vastaanottomerkinnät

1 Hakija

Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
Lähiosoite		Puhelinnumero
Postinumero	Postitoimipaikka	Asuinkunta
Ammatti		Sähköpostiosoite
Haluan päätöksen <input type="checkbox"/> suomeksi <input type="checkbox"/> ruotsiksi		Palkan veronpidätyksessä käytetty perusprosentti
Asuinmaa <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Muu – mikä?		Kansalaisuus <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Muu – mikä?

2 Maksuosoite

Pankin nimi	Tilinumeron
Kansainväliset pankkiyhteistyötiedot Pankin BIC- tai SWIFT-koodi	Tilinumeron IBAN-muodossa

3 Hakemus

Työeläke <input type="checkbox"/> Haen <input type="checkbox"/> En hae	Kansaneläke <input type="checkbox"/> Haen <input type="checkbox"/> En hae
<input type="checkbox"/> Kuntoutustuki / työkyvyttömyyseläke	<input type="checkbox"/> Yksilöllisen varhaiseläkkeen ennakkopäätös / yksilöllinen varhaiseläke
<input type="checkbox"/> Työeläkelakien mukainen osatyökyvyttömyyseläkkeen ennakkopäätös / osatyökyvyttömyyseläke	

4 Hakemus ulkomaan eläkkeestä

Eläkelaitos on velvollinen lähettämään työkyvyttömyyseläkehakemuksenne Sveitsiin ja EU- ja ETA-valtioihin, jos olette ollut näissä maissa eläkevakuutettuna. Lisäksi voitte hakea eläkettä sosiaaliturvasopimusmaista.

Haetteko sosiaaliturvasopimusmaan työkyvyttömyyseläkettä? Mistä maista?

Haen En hae

5 Asuminen ja työskentely ulkomailla

Oletteko asunut muualla kuin Suomessa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen – täyttäkää U-liite.	Oletteko työskennellyt muualla kuin Suomessa? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Olen – täyttäkää U-liite.
--	---

6 Sairaudet

Mikä sairaus, vika tai vamma on aiheuttanut työkyvyttömyytenne tai työkykyenne heikentymisen?

Milloin sairauteenne alkanut? Milloin työkyvyttömyytenne on alkanut?

Kuvaillkaa omin sanoin, miten ja mistä lähtien sairauteenne on häitannut työntekoanne.

Millaista työtä ja miten paljon pystytte vielä tekemään?

Mitä muita päivittäisiä toimia kuin työntekoa oireet vaikeuttavat? Jos olette työskennellyt kotona, kuka hoitaa ne työt, joita ette voi enää tehdä? Keitä perheeseenne kuuluu (sukulaisuussuhteet ja iät)?

Käytättekö apuvälineitä?
 En käytä Käytän – mitä?

7 Lääkärintlausunto B

Liitteenä Kelassa Muualla – missä? Toimitetaan myöhemmin – milloin, pvm.?

8 Lääkärit ja hoitolaitokset viimeisten kahden vuoden ajalta

Sairaalat, kuntoutus- ja tutkimuslaitokset, mielenterveyslaitokset tai psykiatrian poliklinikat, joissa olette ollut tutkittavana tai hoidettavana (laitoksen / toimiston nimi)	Hoitoajat	Seuraava käynti
Muut Teitä hoitaneet lääkärit (nimi ja vastaanottoaika)	Milloin viimeksi kävitte lääkärin vastaanotolla?	Seuraava käynti

9 Tutkimukset

Mitä tutkimuksia ja missä Teillä on tehty terveydentilanne arvioimiseksi viimeisten kahden vuoden aikana (esim. röntgentutkimuksia, räsituskokeita, kuntoutustutkimuksia ja työkykyarvioita)?

10 Hoito ja kuntoutus

Missä työterveyshuoltoon on järjestetty?

Mitä hoitoa ja kuntoutusta olette saanut viimeisten kahden vuoden aikana (esim. fysioterapiaa, leikkauksia)?

Onko tämänhetkisiä mahdollisuuksianne ammatilliseen tai lääkinälliseen kuntoutukseen selvitetty esim. työterveyshuollossa tai Kelan, työeläkelaitoksen tai työvoimatoimiston toimesta taikka liikennevahingon tai tapaturman yhteydessä?

Ei On – milloin ja missä?

Millaiseksi arvioitte mahdollisuutenne palata työelämään sairausloman jälkeen?

Miten työelämään paluutanne voisi auttaa esimerkiksi koulutuksella tai työjärjestelyin?

11 Koulutus

Peruskoulutus ja muu koulutuksenne (esim. tutkinnot, ammattikoulutus ja -kurssit ja suoritusajankohdat)

12 Työtehtävät

Mikä on nykyinen ammattinne tai työnne?

Kuinka pitkään olette ollut tässä ammatissa?

Millainen työaika Teillä on ollut?

Säännöllinen päivätö Kokoaikatyö

Vuorotyö Osa-aikatyö; päivittäinen työaika tunteja

Millainen palkkaus Teillä on ollut?

Aikapalkkainen

Suoritepalkkainen

Kuvailekaa omin sanoin työtänne ja työolosuhteitanne (esim. työtehtävät, -asennot, nostaminen, kantaminen, työtahti, henkinen paine).

348 장애인 근로능력 평가 도구 외국사례 연구

Ovatko työtehtävänne muuttuneet?
 Eivät Ovat – milloin, miten ja miksi?

Onko mahdollisuuksianne työtehtävien vaihtoon selvitetty?
 Ei On – milloin ja miten?

Missä muissa ammateissa tai tehtävissä olette aiemmin työskennellyt? Miten kauan?

13 Työnteon lopettaminen tai vähentäminen

Olen lopettanut työnteon. Viimeinen työssäolopäivä ennen sairausloman alkamista oli ____ . ____ . ____

Palkkaa on maksettu ____ . ____ . ____ saakka.

Olen vähentänyt työntekoa ____ . ____ . ____ alkaen.

Jatkan työntekoa edelleen.

Mitä työtä teette? Kuinka paljon?

Viikoittainen työaikani on _____ tuntia. Työtuloni on kuukaudessa luontoisetuineen bruttona _____ euroa.

14 Viimeisimmät työ- tai virkasuhteet

Työnantajan nimi, osoite ja puhelinnumero

Työtehtävä

Työsuhteen alkamispäivä	Työsuhde <input type="checkbox"/> jatkuu	Päätymispäivä	Työsuhde <input type="checkbox"/> on päättynyt	Päätymispäivä
-------------------------	---	---------------	---	---------------

Työnantajan nimi, osoite ja puhelinnumero

Työtehtävä

Työsuhteen alkamispäivä	Työsuhde <input type="checkbox"/> jatkuu	Päätymispäivä	Työsuhde <input type="checkbox"/> on päättynyt	Päätymispäivä
-------------------------	---	---------------	---	---------------

15 Eläkepalkan harkinnanvarainen tarkistaminen

Onko ansionne jonkin ennen 1.1.2005 alkaneen työntekijän eläkelain (TEL) mukaisen työsuhteen aikana pienentynyt huomattavasti sairauden, lomautuksen tai muun poikkeuksellisen syyn vuoksi?
 Ei On – missä työssä, milloin ja miksi?

Onko ansionne jonkin julkisen palvelussuhteen aikana pienentynyt huomattavasti sairauden, lomautuksen tai muun poikkeuksellisen syyn vuoksi ennen 1.1.2005?
 Ei On – missä työssä, milloin ja miksi?

16 Yrittäjätoiminta tai itsenäisen ammatin harjoittaminen

Oletteko harjoittanut yrittäjätoimintaa?
 En Olen – yrityksen nimi, toimiala ja työntekijämäärä?

Minkä alan yrittäjä olette ollut?
 Maa- tai metsätalouden (täyttäkää erillinen TM-liite), ammatillisen kalastuksen tai poronhoidon
 Muun alan yrittäjä tai itsenäisen ammatin harjoittaja – minkä alan?

Toiminnan alkamispäivä	Toimitteko edelleen yrittäjänä tai itsenäisen ammatin harjoittajana? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Toimin
------------------------	---

Millaisia muutoksia yrityksenne toiminnassa on tapahtunut? Jos Teillä on ollut useita yrityksiä, ilmoittakaa, mitä yritystä muutokset koskevat.
 Yrityksen toiminta jatkuu entisessä laajuudessaan.
 Toimintaa supistettu – millä tavoin ja mistä alkaen?
 Toiminta lopetettu – lopetuspäivä

Yrityksen hallinta
 Yritys on edelleen omistuksessani tai puolisoni omistuksessa. Yritys on myyty. Yritys on vuokrattu.

Myynti- tai vuokrauspäivä	Kenelle yritys on myyty tai vuokrattu?
---------------------------	--

17 Toiminta perhe- tai omaishoitajana

Toimitteko perhe- tai omaishoitajana siten, että saatte hoitopalkkiota kunnalta?
 En Toimin – aloituspäivä ____ . ____ . ____ ja palkkion määrä _____ €/kk

18 Opintovapaa

Oletteko ollut opintovapaalain tarkoittamalla opintovapaalla viimeisten 10 vuoden aikana?
 En Olen – milloin?

19 Lapsenhoito

Oletteko ollut palkattomalla äitiys- tai vanhempainlomalla tai hoitovapaalla viimeisten 10 vuoden aikana?
 En Olen – milloin?

20 Eläkkeeseen vaikuttavat etuudet

Saatteko tai haetteko korvausta tapaturmasta, ammattitaudista tai liikennevahingosta? Jos haette kansaneläkettä, ilmoittakaa myös työeläkkeet, perhe-eläkkeet ja muut korvaukset.
 En saa enkä hae.
 Saan tai haen – mitä korvausta tai eläkettä, mistä yhtiöstä ja mistä alkaen?

Saatteko eläkkeitä tai korvauksia ulkomailta?
 En Saan – mitä, mistä maasta ja laitoksesta, mistä alkaen?

Oletteko saanut tai hakenut kuluvan ja edeltävän vuoden aikana edellä mainittujen lisäksi joitakin muita työeläkkeeseen vaikuttavia etuuksia? (Esim. sairaus-, kuntoutus- tai työttömyyspäivärahaa. Katsokaa muut etuudet hakuohjeesta.)
 En ole saanut enkä hakenut. Olen saanut tai hakenut – mitä, mistä ja milloin?

21 Lapsikorotus

Jos olette toiminut yrittäjänä tai maatalousyrittäjänä ja syntynyt ennen vuotta 1947, ilmoittakaa kahden nuorimman alle 18-vuotiaan lapsenne nimi ja syntymäaika.

Kelan lapsikorotus

Kela voi maksaa lapsikorotusta alle 16-vuotiaasta lapsesta kansaneläkkeen tai työeläkkeen saajalle. Sitä haetaan Kelan lomakkeella LA (EV 264).

TÄYTTÄKÄÄ KOHTA 22, KUN HAETTE KANSANELÄKETTÄ.

22 Perhesuhteet

Perhesuhteenne?
 Naimaton Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa Leski Eronnut Avoliitossa – mistä alkaen, pvm.?
 Asun erillään puolisoistani – mistä alkaen ja miksi?
 Päivämäärä _____ Syy erillään asumiseen _____
 alkaen Välien rikkoutuminen Laitoshoito Muu syy – mikä?
 Avio-/avopuolison/rekisteröidyn parisuhteen osapuolen sukunimi ja etunimet _____ Henkilötunnus _____

23 Suostumus

Suostutteko siihen, että lääkäri tai hoito- tai tutkimuslaitos, jolla on tietoja terveydentilastanne, saa antaa niitä eläkelaitokselle ja eläkelaitos puolestaan saa antaa asiakirjoissa olevia tietoja Teitä tutkivalle lääkärille tai hoitolaitokselle?
 Suostun En suostu

24 Edunvalvoja

Onko Teillä edunvalvoja?
 Ei On – liittääkö hakemukseenne jäljennös päätöksestä. On haettu

25 Allekirjoitus

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja ilmoitan, jos tiedot muuttuvat.
Annas suostumukseni siihen, että pankki palauttaa tiilieni tulleet aiheettomat eläkesuoritukset eläkkeen maksajalle.
 Päiväys _____ Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys _____
 Jos allekirjoittajana on joku muu kuin hakija, syy on ilmoitettava.

Hakemuksenne käsittelyyn tarvittavia tietoja voidaan hankkia työnantajalta sekä Kelalta, lääkäriltä, hoito- tai tutkimuslaitokselta ja muilta tahoilta, joita laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta koskee. Hakemuksenne tietoja annetaan asiaanne hoitaville eläkelaitoksille. Hakemuksen käsittelyyn yhteydessä saatuja tietoja tallennetaan Kelan, työeläkelaitosten ja Eläketurvakeskuksen rekistereihin. Lisätietoja tietojen rekisteröinnistä saatte hakuohjeesta ja em. laitoksista.

[부록 9] 스페인



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INCAPACIDAD PERMANENTE

- A INSTANCIA DE:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ENTIDAD COLABORADORA | <input type="checkbox"/> TRABAJADOR |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO PÚBLICO DE SALUD | <input type="checkbox"/> INSPECCIÓN DE TRABAJO |
| | <input type="checkbox"/> INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL |

ATENCIÓN: Si ha trabajado usted en el EXTRANJERO debe pedir otro modelo de solicitud.

– Comience por esta misma página, pero antes lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su prestación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

1. DATOS PERSONALES

1.1 DEL FUTURO TITULAR DE LA PRESTACIÓN (SOLICITANTE)

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Sexo	Está usted:	Tiene reconocida discapacidad	Nombre de:	Número DNI - NIE - pasaporte
Día	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> de 33% a 64%	Padre	Nº afiliación a Seguridad Social
Mes	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Separado/a legalmente	<input type="checkbox"/> más de 64%	Madre	Nacionalidad
Año		<input type="checkbox"/> Casado/a	¿Necesita ayuda de 3ª persona o por movilidad reducida?		
		<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Domicilio habitual: (calle o plaza)			Número	Bloque	Escalera
			Piso	Puerta	Teléfono fijo
Código postal	Localidad	Provincia			Teléfono móvil
					País

1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Sexo / E. civil	Nº DNI - NIE - pasaporte	Nº afiliación a Seguridad Social	Nacionalidad	
Actúa en nombre del solicitante como: <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Apoderado					
Si actúa en nombre de una persona jurídica, indique: Cargo que ostenta					
Nombre o razón social				CIF:	
Domicilio habitual: (calle o plaza)			Número	Bloque	Escalera
			Piso	Puerta	Teléfono fijo
Código postal	Localidad	Provincia			Teléfono móvil
					País

2. DATOS PROFESIONALES

1) Formación académica y profesional que posee

2) En el año anterior al de la baja ha desempeñado los siguientes:

Puestos de trabajo	Tareas que realizaba en el mismo
.....
.....
.....
.....

3) Última empresa en la que trabaja o ha trabajado:

4) Dificultades que encuentra para realizar las tareas de su profesión habitual:

Apellidos y nombre:	Núm. DNI - NIE - pasaporte:	②
---------------------	-----------------------------	---

3. DATOS SOBRE PARTOS DE LA SOLICITANTE

Indique, en su caso, la fecha de todos los partos que ha tenido siendo residente en territorio español, así como el número de abortos de más de seis meses de gestación y de hijos nacidos vivos en cada uno de ellos, siempre que unos y otros consten inscritos en el Registro Civil, con independencia de que los últimos sobrevivan o no actualmente y de su edad en este momento.

Fecha del parto			
Nº de hijos vivos más de 24 horas			
Nº de abortos e hijos fallecidos antes de las 24 horas			

4. DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN

Causa de la posible incapacidad: enfermedad común enfermedad profesional accidente de trabajo accidente no laboral

SI ESTÁ DE BAJA MÉDICA: Fecha de la baja / / ¿Trabajaba en esa fecha?: NO SÍ

Ingresos que previsiblemente obtendrán el solicitante (S) y su cónyuge (C) o pareja de hecho (P) durante todo el año actual, distintos de los del trabajo del que se deriva la incapacidad y de la prestación que ahora solicita. Si prevé que van a ser iguales a los del año anterior, ponga esa cantidad descontando los que obtuvo por el trabajo que origina la incapacidad. Si no tiene ingresos, ponga cero (0)

Perceptor	Rendimientos netos de trabajo o actividades profesionales o empresariales	Rendimientos brutos de capital mobiliario o inmobiliario	Ganancias patrimoniales (saldo neto positivo)	Valor de los bienes patrimoniales por los que no perciba rendimientos, excluida la vivienda habitual	Pensiones públicas de organismos extranjeros	
					Importe bruto	País
S	€	€	€	€	€	
C	€	€	€	€	€	
P	€	€	€	€	€	

Cuando obtenga su prestación:
 Va a seguir trabajando y cotizando a la Seguridad Social: NO SÍ:
 en la Administración por cuenta propia por cuenta ajena de establecimiento abierto al público

Va a ser titular, propietario o arrendatario: NO SÍ:
 de explotación agraria de explotación marítimo pesquera

PERÍODO ELEGIDO PARA EL CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN: (Sólo en el caso de accidente no laboral) Desde Hasta

¿Ha cotizado alguna vez al régimen de Clases Pasivas del Estado? SÍ NO

5. DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL SOLICITANTE Y A SU CARGO

5.1 CÓNYUGE o PAREJA DE HECHO : Es funcionario/a SÍ NO Pertenece a un colegio profesional SÍ NO

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Nº DNI - NIE - pasaporte
Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Nº afiliación S. Social
			Convivencia de más de 1 año con su pareja: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

5.2 HIJOS PROPIOS O APORTADOS, OTROS FAMILIARES Y ACOGIDOS LEGALES O DE HECHO

1º apellido	2º apellido	Nombre	Parentesco	Nacionalidad	Nº DNI-NIE-pasaporte	Nº Afiliación S.S.	Fecha nacimiento y Estado civil	Discapacidad y ayuda de 3ª persona o movilidad reducida	Convive también con el otro progenitor	Meses al año que convive con usted	Rentas anuales de trabajo	Otras rentas anuales y/o pensiones	Pertenece a un colegio profesional	Es funcionario/a de alguna Administración Pública
..... /	<input type="checkbox"/> de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ayuda <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	€	€	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
..... /	<input type="checkbox"/> de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ayuda <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	€	€	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
..... /	<input type="checkbox"/> de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ayuda <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	€	€	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

6-010 Servicio de Producción Gráfica/2007

Hoja blanca para la Administración, amarilla para el interesado

Apellidos y nombre:	Núm. DNI - NIE - pasaporte:	3
---------------------	-----------------------------	---

6. ALEGACIONES

7. OTROS DATOS

7.1 A EFECTOS FISCALES	
Residencia fiscal: Provincia	Pais
Si alguna de las personas consignadas en el punto 5.2 es un menor adoptado o acogido legalmente, indique:	
Nombre y apellidos	Año de acogimiento Año de adopción
- Si sus padres (o abuelos) conviven durante el año con otros hijos (o nietos), indique su número (incluido usted): - Cuantía anual de pensión compensatoria a favor del cónyuge: € - Cuantía anual de alimentos a favor de los hijos: € - Tipo voluntario de retención por IRPF: %	
Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique: <input type="checkbox"/> Tabla general. Nº de hijos..... <input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas <input type="checkbox"/> Tipo voluntario: %	
7.2 LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia:	
7.3 DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)	
Domicilio (calle o plaza)	Número Bloque Escalera Piso Puerta
Código postal Localidad	Provincia
	Teléfono fijo
	Teléfono móvil
	Pais
7.4 SI DESEA recibir información por correo electrónico, indiquenos su dirección:	

8. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

<input type="checkbox"/> POR BANCO O CAJA DE AHORROS <input type="checkbox"/> POR GIRO POSTAL	
PAGO EN ESPAÑA <input type="checkbox"/> en ventanilla <input type="checkbox"/> en cuenta del: <input type="checkbox"/> interesado <input type="checkbox"/> representante legal	
CÓDIGO CUENTA CLIENTE	ENTIDAD SUCURSAL D. CONTROL NÚMERO DE CUENTA
PAGO EN EL EXTRANJERO <input type="checkbox"/> cheque <input type="checkbox"/> transferencia: imprescindible aportar certificación bancaria con todos los códigos vigentes en ese país. PAÍS:	

Servicio de Producción Gráfica 2007 6-910

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en el presente formulario, que suscribo para que se me reconozca la prestación de incapacidad que corresponda, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, y

AUTORIZO, asimismo, la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la O.M. de 18-11-99 (BOE del día 30), o en cualquier otro organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, manifestando, igualmente, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico custodiado por los servicios públicos de salud o centros concertados, con garantía de confidencialidad, así como la consulta de mis datos de identificación personal y residencia, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

....., a de de 20

Firma

Hoja blanca para la Administración, amarilla para el interesado



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

4



A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre:	Núm. DNI - NIE - pasaporte:
Clave de identificación de su expediente:	Registro del INSS
Funcionario de contacto:	

FORMULARIO DE PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE

- A INSTANCIA DE:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ENTIDAD COLABORADORA | <input type="checkbox"/> TRABAJADOR |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO PÚBLICO DE SALUD | <input type="checkbox"/> INSPECCIÓN DE TRABAJO |
| | <input type="checkbox"/> INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL |

DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DEL FORMULARIO POR EL INSS:	DOCUMENTOS NO NECESARIOS PARA EL TRÁMITE, QUE APORTA VOLUNTARIAMENTE EL SOLICITANTE:
<p>1 <input type="checkbox"/> DNI, pasaporte o equivalente y NIE de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Otros familiares y acogidos <p>2 <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación legal.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Documentos de cotización de los últimos meses, facilitados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> SPEE <p>4 <input type="checkbox"/> Parte de accidente de trabajo o enfermedad profesional.</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Certificado empresarial de salarios reales</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Certificado/tarjeta de demandante de empleo del solicitante que esté en paro involuntario.</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Historial clínico.</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Libro de familia, certificación literal o actas de matrimonio, de existencia de abortos, parentesco, y convivencia con el solicitante.</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Testimonio de resolución judicial (pensión compensatoria o alimentos).</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Auto judicial o certificado de acogimiento familiar</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento o tarjeta de residencia</p> <p><input type="checkbox"/> Otros documentos:</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>Recibí los documentos requeridos a excepción de los núms.</p> <p style="text-align: right;">Firma</p> <p>Cargo y nombre del funcionario</p> <p>Fecha Lugar</p> <p>DILIGENCIA DE COMPULSA:</p> <p>A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario y los que aparecen en dichos documentos coinciden fielmente en su contenido.</p> <p style="text-align: right;">Firma</p> <p>Cargo y nombre del funcionario</p> <p>Fecha Lugar</p>
Recibí	Firma

Servicio de Producción Gráfica 2007 6-010

Hoja blanca para la Administración, rosa para el interesado

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 27-7-1994 (BOE del día 29) para el cálculo, control y revalorización de la pensión que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del I.N.S.S. (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).

INCAPACIDAD

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO

- 1.- DATOS PERSONALES.-** Si la petición no se formula en nombre propio sino a través de otra persona, rellene también el apartado de los datos del representante legal.
- Si el interesado está acogido en algún Centro oficial o privado que actúa como guardador; indique el establecimiento y especifique en calidad de qué actúa usted en su nombre (director; secretario, administrador, etc.)
- Los datos sobre separación, divorcio y discapacidad son información operante a efectos fiscales (cálculo del % de retención de IRPF de la prestación) excepto en los Territorios Forales y su cumplimentación es totalmente voluntaria. Si no lo hace no se tendrán en cuenta estos datos a los efectos mencionados. Si los cumplimenta se entenderá que presta su consentimiento para que puedan ser tratados informáticamente con ese fin.
- 2.- DATOS PROFESIONALES.-** Sea lo más conciso posible al poner esta información.
- 3.- DATOS SOBRE PARTOS DE LA SOLICITANTE.-** Los hijos que han sobrevivido más de 24 horas fuera del seno materno dan derecho a computar días de cotización aunque no se estuviese en situación de activo. Los hijos fallecidos antes de las 24 horas de vida y los abortos de más de 6 meses de gestación también pueden dar derecho a ese cómputo. Todos ellos deben figurar inscritos en el Registro Civil para producir efectos.
- 4.- DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN.-** Reseñe los ingresos que usted o su cónyuge/pareja de hecho previsiblemente vayan a obtener en el año en curso y que se correspondan con los conceptos que se indican en las casillas. Esta información es necesaria para calcular un posible complemento a mínimos de su prestación y la inclusión en Asistencia Sanitaria. Si piensa trabajar una vez que tenga concedida la prestación, debe decirnos dónde porque ambas situaciones pueden ser incompatibles; incluya los trabajos en las Administraciones Públicas y otros organismos constitucionales.
- Cumplimente el apartado "Período elegido para el cálculo de la prestación" únicamente si la incapacidad es debida a un accidente no laboral y en el momento en el que aquél se produjo se encontraba usted en la Seguridad Social en situación de alta o asimilada al alta. Indique el período de 24 meses ininterrumpidos dentro de los 7 últimos años que considere más beneficioso para el cálculo. Si lo desconoce o lo deja en blanco por otra causa tomaremos el que, a nuestro juicio, resulte más favorable para usted.
- 5.- DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL INTERESADO Y A SU CARGO.-** Son necesarios para incluirlas en su Cartilla de Asistencia Sanitaria. Es preciso que esas personas convivan y dependan económicamente de usted y que no tengan reconocida la Asistencia Sanitaria por derecho propio.
- Los datos referentes a estado civil, discapacidad y tiempo de convivencia de los hijos y ascendientes se utilizan para calcular correctamente la retención por IRPF y pueden disminuir su cuantía, excepto en los Territorios Forales; su cumplimentación es totalmente voluntaria. También puede optar por suministrarlos directamente a la Administración Tributaria a fin de que sea ella la que calcule y comunique el % de retención aplicable a su pensión (STS 18-3-2000 y 20-5-2000)
- 6.- ALEGACIONES.-** Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en el formulario, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
- 7.- OTROS DATOS.**
- DATOS FISCALES.** Si el futuro titular de la prestación tiene establecida su residencia fiscal (más de 180 días al año) en un país extranjero o en una Comunidad o Ciudad Autónoma o Territorio Foral distinto del lugar en donde se tramita su expediente, debe indicarlo así ya que el tratamiento de retenciones por IRPF puede ser diferente.
- Los pagos de pensión compensatoria al cónyuge o de alimentos por hijos pueden disminuir la base de cálculo a esos mismos efectos. Su declaración es totalmente voluntaria; si los cumplimenta se entenderá que presta su consentimiento para que puedan ser tratados informáticamente con esa finalidad. Si no lo hace no se tendrán en cuenta a los efectos antedichos. También puede optar por suministrar estos datos directamente a la Administración Tributaria
- La elección de LENGUA COOFICIAL sólo surtirá efectos en las Comunidades Autónomas que la tengan reconocida.
- El DOMICILIO DE COMUNICACIONES a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro distinto del suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados.
- 8.- MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.-** Ponga especial cuidado al rellenar las casillas de la cuenta corriente para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.
- Si reside en el extranjero y quiere recibir allí el pago, debe aportarnos todos los datos que le proporcionen en su entidad bancaria en ese país para hacerlo posible.

DOCUMENTOS A ENTREGAR PARA EL TRÁMITE DE SU PRESTACIÓN
(Original acompañado de copia para su compulsión o fotocopia ya compulsada,
excepto para los documentos de identidad en los que será suficiente la exhibición del original)

EN TODOS LOS CASOS

- 1.- Acreditación de identidad del interesado, representante legal y demás personas que figuran en la solicitud mediante la siguiente documentación en vigor:
 - Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI)
 - Extranjeros residentes o no residentes en España: Pasaporte o, en su caso, documento de identidad vigente en su país y NIE (Número de Identificación de Extranjero) exigido por la AEAT a efectos de pago.
- 2.- Documentación acreditativa de la representación legal, en su caso.
- 3.- Bases de cotización de los últimos meses a través de:
 - Certificación de la última empresa o empresas en las que ha trabajado.
 - Justificantes de pago de cuotas si es usted el obligado al ingreso de las mismas.
 - Certificado expedido por el SPEE u organismo competente en su Comunidad Autónoma, si está usted en desempleo.

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

- 4.- Parte administrativo de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- 5.- Certificado empresarial de salarios reales del año anterior.

OTROS DOCUMENTOS:

- 6.- Tarjeta de demandante de empleo del SPEE u organismo competente, si se encuentra en situación de paro involuntario no subsidiado.
- 7.- Si está en su poder; Historial Clínico elaborado por el Servicio de Salud Pública competente en su Comunidad Autónoma o, en su caso, Informe de la Inspección Médica de dicho Servicio.
- 8.- Si ha tenido algún aborto de más de seis meses o hijos fallecidos antes de las 24 horas de vida, certificado del Registro Civil donde conste su existencia.

PARA INCLUIR EN ASISTENCIA SANITARIA:

- 9.- Libro de Familia, Certificación literal o Actas del Registro Civil que acrediten el parentesco con el solicitante.
- 10.- Certificado del Ayuntamiento que acredite la convivencia con el solicitante (no se exige para el cónyuge y los hijos) cuando el funcionario lo considere necesario.
- 11.- Auto judicial o Certificado de acogimiento familiar expedido por la Comunidad Autónoma.
- 12.- Resolución judicial de separación o divorcio donde conste la custodia de los hijos menores y, en su caso, la cuantía de la pensión compensatoria al cónyuge o la anualidad por alimentos a hijos.
- 13.- Acreditación de residencia habitual en España de extranjeros, mediante certificado de empadronamiento del Ayuntamiento o tarjeta de residencia, cuando el funcionario lo considere necesario.

En todo momento puede usted solicitar asesoramiento y apoyo de nuestro personal de atención al público

INCAPACIDAD

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 135 días contados desde la fecha en la que su formulario ha sido registrado en esta Dirección Provincial.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de su expediente, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71.3 del Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral (BOE del día 11).

Si este formulario no va acompañado de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el siguiente a aquel en el que se le haya notificado su requerimiento.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos 1 (acreditación de identidad del futuro titular y, en su caso, del representante legal) y 2 a 5: si la petición se ha instado por el propio trabajador se entenderá que desiste de la misma, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-92 y 14-1-99). Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.
- Documentos 1 (acreditación de identidad de las demás personas que figuran en el formulario) y 6 a 13: su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art. 80 de la citada Ley 30/1992.

RECUERDE:

Si se produce alguna variación en los datos declarados, tanto en lo referente a situación económica (ingresos laborales u otro tipo de rentas de usted o su cónyuge), familiar (cambio de estado civil, defunciones, etc.) o de su domicilio (de residencia, fiscal) debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto más cercano.

La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser actos constitutivos de delito.

Si va a enviar por correo postal este formulario, puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello.

www.seg-social.es

NO OLVIDE PEDIR COPIA O EXTRACTO DE ESTE FORMULARIO UNA VEZ PRESENTADO



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



CERTIFICACIÓN DE EMPRESA



Nombre y apellidos de la persona que certifica		Cargo que desempeña	
Denominación de la Empresa		Actividad	Código de cuenta de cotización
Domicilio (calle o plaza y número)		Número de teléfono	Número de telefax
C. postal	Localidad	Provincia	

CERTIFICA:

1º Que el trabajador que a continuación se indica ha prestado servicios en esta Empresa

Apellidos y nombre		Núm. DNI o NIE	Fecha de nacimiento
Localidad de nacimiento		Provincia	Núm. afiliación a la Seguridad Social
Domicilio (calle o plaza y número)		C. postal	Localidad
Categoría profesional		Descripción de las tareas realizadas	

2º Que en la actualidad se encuentra en la siguiente situación

En servicio activo	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En situación de baja por:	Fecha de la baja
--------------------	---	---------------------------	------------------

3º Que los servicios han sido prestados en los siguientes periodos

Del día de de al día de de	Del día de de al día de de
Del día de de al día de de	Del día de de al día de de

4º Que en el periodo que a continuación se detalla cotizó a la Seguridad Social por las bases que se señalan(*)

Mes y año	Núm. de días	Grupo cotización	Bases de cotización	Mes y año	Núm. de días	Grupo cotización	Bases de cotización

5º Que existen los periodos de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas que a continuación se indican

Del día de de al día de de	Bases de cotización
Del día de de al día de de	Bases de cotización

Y para que conste ante la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, firma la presente certificación en, a de de 20

(Firma y sello de la empresa)

La certificación deberá expedirse:

- A petición de una Entidad Gestora o Servicio Común de la Seguridad Social.
- A petición de un trabajador que preste o haya prestado servicios en la Empresa o a solicitud de sus derechohabientes.

(*) Las bases de cotización que han de certificarse serán, como máximo, de 6 mensualidades sucesivas que deberán coincidir siempre con las que figuren en las relaciones nominales (modelo TC-2) referidas a iguales meses.

Las empresas que tramitan la cotización por vías telemáticas mediante el sistema RED desde hace más de 6 meses, no necesitan certificar las bases anteriores a los 3 últimos meses.

MSS/Seminario/2006 C-007 (C-5)

[부록 10] 스웨덴

 **Försäkringskassan**
0771-524 524
www.forsakringskassan.se

**Ansökan
Handikappersättning**

1 (2)

Om det är mycket att skriva kan du välja att lämna upplysningar i en bilaga istället för att skriva direkt i blanketten.

1. Personuppgifter

Förnamn och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och postort
Telefon hem, även riktnummer	Telefon arbete, även riktnummer	Mobiltelefon

2. Från och med vilken månad gäller ansökan?

Månad, år

3. Har du funktionshinder på grund av syn- eller hörselskada?

Ja. Fyll i nedan

Saknar du ledsyn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har du svårt att uppfatta tal när du använder hörapparat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--

4. Har du någon annan typ av funktionshinder än syn- eller hörselskada?

Ja. Fyll i nedan

Beskriv ditt funktionshinder	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga

5. Behöver du hjälp av någon annan för att klara ditt dagliga liv?

Ja. Fyll i nedan

Beskriv vilken typ av hjälp du behöver och varför. Vem hjälper dig? Hur lång tid tar det att hjälpa dig?	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga

6. Behöver du hjälp av någon annan för att kunna arbeta eller studera? **Ja. Fyll i nedan**

Beskriv vilken typ av hjälp du behöver och varför	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga

7. Har du extra kostnader på grund av ditt funktionshinder? **Ja. Fyll i nedan**

Skriv om kostnaden är per månad, per år, eller om det är en engångskostnad.	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
Kostnad för	Kronor

8. Kontouppgifter

<input type="checkbox"/> Personkonto i Nordea. Kryssa här om kontonumret är samma som ditt personnummer	<input type="checkbox"/> PlusGiro-konto	PlusGironummer
<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnummer	Kontonummer

9. Vilka bilagor skickar du med?

<input type="checkbox"/> Läkarutlåtande	<input type="checkbox"/> Läkarutlåtande skickas senare
<input type="checkbox"/> Övriga bilagor: _____	

10. Övriga upplysningar

	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga

11. Medgivande till Försäkringskassan

Försäkringskassan får kontakta läkare, dietist, habilitering eller någon annan som har uppgifter om mitt funktionshinder

Ja Nej

12. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan.

Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.

Datum Namnteckning

FK 3070 (008 F 001) Fastställt av Försäkringskassan

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".