

Child's Name: (Last, First, Middle)	Case Number:	Date of Birth:
Agency: State Disability Review Unit OCP-826 State of New York Department of Health Albany, NY 12237	Client ID Number:	Disability ID Number:
	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
	Worker Name:	
	Phone Number: 1-866-330-0591	Date:

Заявление на получение пособия по инвалидности было подано от имени указанного выше ребенка. Решение о получении ребенком пособия Medicaid по инвалидности будет принято на основании информации, приведенной вами ниже. Не заполняйте пункты, если вы не располагаете достаточной для этого информацией, или если в силу возраста ребенка вопрос не имеет к нему отношения. Благодарим за содействие.

Испытывает ли ребенок затруднения при движении или ходьбе? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, опишите:
Испытывает ли ребенок затруднения, находясь рядом с другими людьми (в том числе с вами, другими членами семьи, родственниками, посторонними)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, опишите:

Замечали ли вы какие-либо нарушения речи? Нет Да

Если да, опишите:

Испытывает ли ребенок затруднения при самообслуживании, например, есть ли ограничения способности самостоятельно ходить в туалет, мыться, принимать пищу, одеваться и т. д.? Нет Да

Если да, опишите:

Испытывает ли ребенок затруднения во время игр, самостоятельных либо с другими детьми? Нет Да

Если да, опишите:

Замечали ли вы какие-либо нарушения поведения? Нет Да

Если да, опишите:

Заполните следующие пункты, если ваш ребенок учится в школе.

Название школы:	
Фамилия, имя учителя:	Класс:
Ведется ли обучение по специальной программе? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, опишите:	
Нужна ли ребенку для учебы в школе специальная или дополнительная помощь? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, опишите:	
Известно ли вам о каких-либо проблемах с посещением школы или успеваемостью, возникающих у ребенка, например, о прогулах, пропуске занятий по болезни, об участии в драках, плохой успеваемости или проблемах с дисциплиной? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если да, опишите:	
Укажите дополнительные имеющиеся у вас комментарии или данные, касающиеся успеваемости ребенка:	

Ваши имя и фамилия:
Степень родства с ребенком:
Номер телефона: