

# 장애 정도 확인 양식



환자 이름	생년월일
-------	------

본인은 이 약식의 서명자로서 위에 언급된 개인이 다음의 진단을 받았거나 다음 중 하나의 상태로 진단을 받았음을 확인합니다:

<input type="checkbox"/> 약물 사용 장애
<input type="checkbox"/> 심각한 정신 질환
<input type="checkbox"/> 발달 장애 (42 U.S.C. 15002 에서 정의한 바와 같이)
<input type="checkbox"/> 외상 후 스트레스 장애
<input type="checkbox"/> 뇌 손상으로 인한 인지 장애
<input type="checkbox"/> 만성 신체 질환 또는 장애

위의 조건들이 장기간 지속되거나 무기한 지속 될 것으로 예상됨:  네.  아니요.

위와 같은 조건이 상기의 개인의 독립적인 생활 능력을 저해하고 있음:  네.  아니요.

상기의 개인의 독립적인 생활 능력이 적합 한 주거 조건에 의해 보다 향상될 것으로 예상 됨:  네.  아니요.

이 확인서는 의료 서비스 제공자, LMFT(Licensed Marriage and Family Therapist), LCSW(Licensed Clinical Social Worker), 의사 또는 치료 보건 제공자를 포함한 주 정부의 인증 근거에 의거하여 제공되어야 합니다(미국 사회 보장법 42 권 423 절).

이름. \_\_\_\_\_  
직함 \_\_\_\_\_  
주소. \_\_\_\_\_  
서명 \_\_\_\_\_

라이선스 번호 \_\_\_\_\_  
조직명/회사명 \_\_\_\_\_  
전화 번호 \_\_\_\_\_  
날짜 \_\_\_\_\_