

ПСИХИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

	НАЗВАНИЕ ДЕЛА	ДАТА
ИМЯ/ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА:	НОМЕР ДЕЛА	НОМЕР СОЦ. СТРАХ.

Пожалуйста, укажите, в какой степени настоящее психическое состояние данного лица мешает его/её возможности работать или принимать участие в занятиях по программе возможности трудоустройства и ответственности перед детьми в Калифорнии (CaWORKs). Пожалуйста, опишите конкретно те отклонения, которые могут повлиять на возможность данного лица выполнять задание, если задание указано ниже. Приложите дополнительную документацию, если необходимо.

Задание данного лица: _____

(Описание рода занятий и кол-во часов по программе CaWORKs)

- 1. Ежедневные занятия в настоящее время:** Опишите, в какой степени данному лицу необходимы помощь или указания для того, чтобы должным образом следить за делами, связанными со своей работой, обучением или образованием. Опишите, каким образом состояние пациента влияет на его/её ежедневные занятия по работе, обучению или образованию.
- 2. Функция общения:** Опишите способность пациента общаться эффективно и соответствующим образом с сотрудниками, инструкторами, другими студентами, представителями общественности, и т.д. Опишите, каким образом состояние пациента влияет на эти способности.
- 3. Выполнение заданий:** Опишите способность пациента выполнять ежедневные задания по работе, обучению или образованию, понимать простые письменные или словесные указания и следовать им, оставаться сосредоточенным, и т.д. Опишите каким образом состояние пациента влияет на эти способности.
- 4. Адаптация к работе или рабочей обстановке:** Опишите способность пациента адаптироваться к стрессовой обстановке, связанной с работой, обучением или образованием, и включающей в себя принятие решений, присутствие на работе, расписания, и взаимоотношения с начальниками и инструкторами. Опишите, каким образом состояние пациента влияет на эти способности.

ПОДПИСЬ ЛИЦА ИЛИ ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ УСЛУГИ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА
---	----------------	------

ИМЯ/ФАМИЛИЯ И АДРЕС ВЫШЕПОДПИСАВШЕГОСЯ ЛИЦА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ: