



कारण:

होम डिलिवर किए गए भोजन के लिए पोषण रेफरल/मूल्यांकन

इस फॉर्म को पूरा भर कर उचित होम डिलिवर्ड मील पोषण प्रदान करने वाली एजेंसी को भेजा जाएगा।

रेफरल स्रोत:		<input type="checkbox"/> देखभाल समन्वय यूनिट (CCU) _____	
		<input type="checkbox"/> प्रबंधित देखभाल संगठन (MCO) _____	
		<input type="checkbox"/> क्षेत्रीय वृद्धावस्था एजेंसी <input type="checkbox"/> पोषण प्रदाता	
भोजन प्राप्त करने वाले वयस्क की आयु (लागू होने वाले सभी का चयन करें): <input type="checkbox"/> सोमवार <input type="checkbox"/> मंगलवार <input type="checkbox"/> बुधवार			
<input type="checkbox"/> गुरुवार <input type="checkbox"/> शुक्रवार <input type="checkbox"/> सभी महिला-पुरुष <input type="checkbox"/> सप्ताहांत <input type="checkbox"/> 2रा भोजन			
भोजन के प्रकार <input type="checkbox"/> गरम <input type="checkbox"/> ठण्डे <input type="checkbox"/> फ्रोज़न स्पेशल नोट्स:			
प्राथमिकता का स्तर:			
भोजन अवधि: (केवल एक को देखें) <input type="checkbox"/> अल्प कालिक <input type="checkbox"/> दीर्घ कालिक पुनर्मूल्यांकन तिथि:			
विशेष डाइट संबंधी आवश्यकताएं: <input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> डायबिटिक <input type="checkbox"/> निम्न सोडियम <input type="checkbox"/> अन्य (स्पष्ट करें):			
वृद्ध वयस्क जनसांख्यिकीय जानकारी			
नाम:		जन्म तिथि:	
पता:	शहर:	राज्य:	ज़िप:
फ़ोन:	सेल फ़ोन:		
अधिकृत प्रतिनिधि:		फोन:	
आपातकालीन संपर्क का नाम #1:		आपातकालीन संपर्क का नाम #2:	
संबंध:		संबंध:	
दिन के समय/सेल फोन:		दिन के समय/सेल फोन:	
जातीयता: <input type="checkbox"/> हिस्पैनिक या लैटीन <input type="checkbox"/> हिस्पैनिक या लैटीन नहीं	आपका लिंग क्या है? (केवल एक की जांच करें) <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य	वैवाहिक स्थिति: <input type="checkbox"/> शादीशुदा <input type="checkbox"/> तलाकशुदा <input type="checkbox"/> अवैवाहिक <input type="checkbox"/> विधुर <input type="checkbox"/> घरेलू साथी <input type="checkbox"/> कानूनी रूप से अलग रह रहे	आवास का प्रकार: <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> अपार्टमेंट (#: _____) <input type="checkbox"/> अन्य (स्पष्ट करें):
नस्ल (लागू होने वाले सभी का चयन करें): <input type="checkbox"/> श्वेत <input type="checkbox"/> अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी <input type="checkbox"/> मूल निवासी हवाईयन या प्रशांत द्वीपवासी <input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी <input type="checkbox"/> एशियाई या एशियाई अमेरिकी	क्या आप एक वेटेरन हैं? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं		रियायती आवास: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
गरीबी रेखा से नीचे <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	मासिक आय:	# पारिवारिक सदस्य:	
अंग्रेजी बोलने का सीमित स्तर: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं यदि हां, तो बोली जाने वाली प्राथमिक भाषा:			

पोषण जोखिम स्कीन (हां या न के तहत प्वाइंट्स को चुनें)	हां/नहीं
मैं ऐसी किसी बीमारी या समस्या से पीड़ित हूँ जिसके कारण मेरे खाने के प्रकार और/या मात्रा में बदलाव हो गया है।	
मैं एक दिन में दो बार से भी कम खाना खाता/खाती हूँ।	
मैं फल और सब्जियों या दूध से बने उत्पाद कम ही खाता/खाती हूँ।	
मैं लगभग हर दिन तीन या उससे ज़्यादा बीयर, शराब या वाइन पीता/पीती हूँ।	
मुझे दांत या मुँह की समस्या है जिसके कारण मुझे खाना खाने में कठिनाई होती है।	
मेरे पास हमेशा अपनी ज़रूरत का भोजन खरीदने के लिए पर्याप्त पैसे नहीं होते हैं।	
मैं अक्सर अकेले ही खाना खाता/खाती हूँ।	
मैं दिन में तीन या अधिक अलग-अलग निर्धारित या सीधे फ़ार्मैसी से ली गई दवाएं खाता/खाती हूँ।	
पिछले छह महीनों में न चाहते हुए भी मेरा वज़न या तो दस पाउंड कम हो गया है या बढ़ गया है।	
मैं खरीदारी करने, खाना बनाने और/या खुद भोजन करने में हमेशा शारीरिक रूप से सक्षम नहीं होता/होती।	
कुल	/21 संभावित प्वाइंट्स
छह या अधिक प्वाइंट्स = उच्च पोषण जोखिम	
<input type="checkbox"/> ग्राहक को पोषण जोखिम के बारे में बताया गया।	
<input type="checkbox"/> ग्राहक को उच्च पोषण जोखिम है। स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से मिलने की सलाह दी गई।	

प्राथमिकता स्तर के स्क्रीनिंग प्रश्न (ग्राहक के HDMs के लिए "पात्र" घोषित होने के बाद)	
1. (a): यदि आपके पास किराने का सामान उपलब्ध हो, तो क्या आप उसका इस्तेमाल गरम भोजन बनाने के लिए कर सकेंगे <input type="checkbox"/> हाँ (प्रश्न 2a पर जाएँ) ↓ <input type="checkbox"/> नहीं (प्रश्न 1b पर जाएँ) →	1. (b): क्या आपके पास भोजन बनाने के लिए भरोसेमंद सहायता उपलब्ध है? <input type="checkbox"/> हाँ (प्रश्न 2 पर जाएँ) <input type="checkbox"/> नहीं (रुकें - उच्च प्राथमिकता स्तर की जांच करें)
2. पिछले माह के दौरान...	
(a)...यह कथन कितने बार सही साबित हुआ? मैं/हम जो भोजन खरीद कर लाया/लाए लंबे समय तक नहीं टिका, और मेरे/हमारे पास और अधिक खरीदने के लिए पैसे नहीं थे?	
(b)...यह कथन कितने बार सही साबित हुआ? मैं/हम संतुलित भोजन नहीं खा सकते हैं?	
(c)...क्या आपने या आपके परिवार में अन्य वयस्कों ने कभी अपने भोजन की मात्रा कम की है क्योंकि भोजन के लिए पर्याप्त पैसे नहीं थे?	
(d)...क्या आपने या आपके परिवार में अन्य वयस्कों ने कभी भोजन नहीं किया क्योंकि भोजन के लिए पर्याप्त पैसे की कमी थी?	
(e)...क्या आपने कभी अपनी इच्छा से कम भोजन किया क्योंकि भोजन के लिए पर्याप्त पैसों की कमी थी?	
(f)...क्या आप कभी भूखे रहे थे लेकिन आपने भोजन नहीं किया क्योंकि आप पर्याप्त मात्रा में भोजन नहीं खरीद सकते थे?	
कुल प्वाइंट्स 2a-2f	
3. क्या आप ज़रूरत पड़ने पर अपने घर में किराने का सामान ला सकते हैं?	
<i>*चयन करते समय कुल प्वाइंट्स देखें*</i>	
0-1 प्वाइंट और "नहीं" = निम्न प्राथमिकता (किराना खरीदारी सेवाएं या फूड डिलिवरी से लाभ उठा सकते हैं)	
2-6 प्वाइंट्स = मध्यम श्रेणी की प्राथमिकता (अतिरिक्त पोषण सेवाओं से लाभ उठा सकते हैं)	
पेज 1 के शीर्ष पर उचित प्राथमिकता स्तर के बॉक्स का चयन करें	

अन्य संपर्क जानकारी		
प्रमुख चिकित्सक का नाम:	प्रमुख चिकित्सक का फ़ोन नंबर:	
होम डिलिवर किए गए भोजन प्रदाताओं के लिए:		
<input type="checkbox"/> अतिरिक्त घरेलू और सामुदायिक आधारित सेवाओं के लिए ग्राहक को सामुदायिक देखभाल कार्यक्रम (CCP) के लिए रेफ़र किया <input type="checkbox"/> HDM ग्राहक को इस संभावना के बारे में सूचित किया गया कि भोजन में फूड एलर्जी या तो हो सकते हैं या उनके संपर्क में आ सकते हैं।		
सूचना जारी करने का प्राधिकरण		
मैं _____ को होम डिलिवर किए गए भोजन (HDM) प्रदाता को इस मूल्यांकन पत्र की प्रति भेजने, _____ और HDM प्रदाता, देखभाल समन्वय यूनिट (CCU), प्रबंधित देखभाल संगठन (MCO), और/या AAA से मेरी आवश्यकताओं पर चर्चा करने की अनुमति देता/देती हूँ।		
वृद्ध वयस्क के हस्ताक्षर: <input type="checkbox"/> * मौखिक सहमती प्रदान की गई तिथि:		
मैं प्रमाणित करता हूँ कि यह वृद्ध वयस्क वृद्ध अमेरिकी अधिनियम के तहत होम डिलिवर किए गए भोजन के लिए पात्रता मानदंड को पूरा करता/करती है।		
हस्ताक्षर:	तिथि:	
मामला प्रबंधक का नाम:	फ़ोन:	
संगठन:	ईमेल:	
HDM के प्रारंभ की तिथि:	पुनर्मूल्यांकन की तिथि:	समाप्ति की तिथि:
ड्राइवर के लिए निर्देश: <input type="checkbox"/> घंटी बजाएं <input type="checkbox"/> जोर से खटखटाएं <input type="checkbox"/> कुत्ते(कुत्तों) से सावधान रहें <input type="checkbox"/> अन्य:		
(लागू होने वाले सभी का चयन करें)		

* महामारी, दंगे या अन्य परिस्थिति जिसकी वजह से कोई ग्राहक अपनी लिखित सहमती/हस्ताक्षर प्रदान नहीं कर सकता है, के मामले में मौखिक सहमती दी जा सकती है।

द्वारा पूरा किया गया (केवल एजेंसियों को रेफ़र करने के लिए):	
रेफ़रिंग एजेंसी का नाम:	फ़ोन #:
पता:	