

कारण:

होम डिलिवर किए गए भोजन के लिए पोषण रेफ़रल/मूल्यांकन इस फॉर्म को पूरा भर कर उचित होम डिलिवर्ड मील पोषण प्रदान करने वाली एजेंसी को भेजा जाएगा।

🗆 नया ग्राहक 🛘 पुनर्मूल्यांकन 🗘 अयोग्य/बर्खास्तगी

च प्रबंधित देखभाल संगठन (N						
🗆 क्षेत्रीय वृद्धावस्था एजेंसी 🛭	-				_	
भोजन प्राप्त करने वाले वयस्क की आयु (लागू होने व		न करें): □	। सोमवार 🗆	1 मंगलवार 🗖 ब्	् धवार	
• "				_	सप्ताहांत 🗆 २रा भोजन	
भोजन के प्रकार □ गरम □ ठन्डे □ फ्रोज़न स्पेश	ाल नोट्स: -	J		· ·		
प्राथमिकता का स्तर:						
भोजन अवधि: (केवल एक को देखें) 🛘 अल्प कालिक 🗘 दीर्घ कालिक पुनर्मूल्यांकन तिथि:						
विशेष डाइट संबंधी आवश्यकताएं: 🗆 सामान्य 🗅 इ	डायबिटिक □िन	म्नि सोडिय	म 🗆 अन्य (स्पष्ट करें):		
वृद्ध वयस्क जनसांख्यिकीय जानकारी						
नाम:			जन्म तिथि:			
पताः फ़ोनः सेल फ़ोनः	शहर: राज्य: ज़िप:					
अधिकृत प्रतिनिधिः		 फोन:				
आपातकालीन संपर्क का नाम #1:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ालीन संपर्क	 का नाम #2:		
संबंध:		संबंध:	140101 01 14			
दिन के समय/सेल फोन:	1	दिन के र	मय/सेल फ़ो	नि:		
जातीयता: □ हिस्पैनिक या लैटीन	आपका लिंग क्		वैवाहिक सि		आवास का प्रकार:	
□ हिस्पैनिक या लैटीन नहीं	(केवल एक की □ पुरुष □ मा	,	□ शादीशुदा □ श ादीश दा	ं □ तलाकशुदा - □ निःप	□ घर □ अपार्टमेंट (#:)	
नस्ल (लागू होने वाले सभी का चयन करें):	। च युक्तय = च मा । □ अन्य	Cest	□ अवैवाहिक □ विधुर □ घरेलू साथी		□ अन्य (स्पष्ट करें):	
□ श्वेत □ अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी	क्या आप एक वे	ਟੇਟਜ਼ ਟੈਂ੨	□ कार्नुनी त	रुप से अलग		
□ मूल निवासी हवाईयन या प्रशांत द्वीपवासी	पद्मा आप एक) व □हां □ नहीं	10001 C:	रह रहे		रियायती आवास:	
□ अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी					□ हां 🗆 नहीं	
🗆 एशियाई या एशियाई अमेरिकी						
गरीबी रेखा से नीचे □ हां □ नहीं मारि	मासिक आयः # पारिवारिक सदस्यः				मदस्य:	
अंग्रेजी बोलने का सीमित स्तर: □ हां □ नहीं यदि ह	गं, तो बोली जाने व	वाली प्राथि	कि भाषा:			
पोषण जोखिम स्क्रीन (हां या न के तहत प्वाइंट्स को च	युमें)				हां/नहीं	
में ऐसी किसी बीमारी या समस्या से पीड़ित हं जिसके क	- ारण मेरे खाने के प्र	कार और/र	 II मात्रा में बदत	 ञाव हो गया है।		
मैं ऐसी किसी बीमारी या समस्या से पीड़ित हूं 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 हूं।						
मैं फल और सब्ज़ियां या दूध से बने उत्पाद कम ही खाता/खाती हूं।						
मैं लगभग हर दिन तीन या उससे ज़्यादा बीयर, शराब या वाइन पीता/पीती हूं।						
मुझे दांत या मुंह की समस्या है जिसके कारण मुझे खाना खाने में कठिनाई होती है।						
मेरे पास हमेशा अपनी ज़रुरत का भोजन खरीदने के लिए पर्याप्त पैसे नहीं होते हैं।						
मैं अक्सर अकेले ही खाना खाता/खाती हूं।						
मैं दिन में तीन या अधिक अलग-अलग निर्धारित या सीधे फ़ामेंसी से ली गई दवाएं खाता/खाती हूं।						
पिछले छह महीनों में न चाहते हुए भी मेरा वज़न या तो दस पाउंड कम हो गया है या बढ़ गया है।						
मैं ख़रीदारी करने, खाना बनाने और/या ख़ुद भोजन करने में हमेशा शारीरिक रूप से सक्षम नहीं होता/होती।						
				कुल	५ /२१ संभावति प्वाइंट्स	
				छह या अधिक	प्वाइंट्स = उच्च पोषण जोखिम	
🗆 ग्राहक को पोषण जोखिम के बारे में बताया गया।						
— □ ग्राहक को उच्च पोषण जोखिम है। स्वास्थ्य देखभाल प्र						

दैनिक जीवन की गतिविधि में बाधा/समस्या ० कोई सहायता नहीं = नहीं; १-३ सहायता = हां; ४ अज्ञात = नहीं			दैनिक जीवन की सहायक गतिविधियों में बाधा/समस्या ० कोई सहायता नहीं = नहीं; १-३ सहायता = हां; ४ अज्ञात = नहीं					
	PTS	हां/नह	_			PTS	हां/नहीं	
भोजन करना			लॉन्ड्री					
नहाना			खरीदारी	खरीदार <u>ी</u>				
ग्रुमिंग			हल्का घ	हल्का घरेलू काम				
ड्रेसिंग			-	भारी घरेलू काम				
शौच			टेलीफ़ो					
पैदल चलना/गतिशीलता			वित्तीय प्र	वित्तीय प्रबंधन				
स्थानांतरित करना (बिस्तर/कुर्सी से अंदर/बाहर)				परिवहन				
			भोजन की तैयारी					
			दवाई					
कुल प्वाइंट्स			,		कुल प्वाइंट्स			
कुल "हां"= कुल "न			कुल "ह	İ"	क्ल "न			
3.0.	<u> </u>			-	3	-0-		
अतिरिक्त पोषण संबंधी जानकारी								
किराने सामान की खरीदारी कौन करता है?				•	न कर सकते हैं? □ हां	□ नहीं		
			यदि नहीं, तो कौन सहायता करता है?					
कितनी बार?			किस प्रकार की सहायता: □ काटना □ भोजन कराना □ डब्बे र			डब्बे खोलना		
क्या भोजन बनाने के लिए कोई मौजूद रहता है? □हां □नहीं यदि र कौन-कौन से दिनों में?			यदि हां, तो क	दि हां, तो कौन? क्या वृद्ध वयस्क को चबाने में कठिव है/क्या उनके दांत खराब हैं?			ठिनाई होती	
कौन से भोजन?			□हां □ नहीं					
					। स्क इन उपकरणों का इत र सकते हैं (लागू होने व			
□ किचन □ किचन सुविधाएं □ उपलब्ध स्थान सहित फ्रीज़र								
⊐ रेफ्रीजिरेटर □ स्टोव □ माइक्रोवेव					रेटर			
सप्ताहांत के लिए वृद्ध वयस्क के भोजन के स्रोत:			डाइट संबंधी परहेज:					
फ़ूड एलर्जी: □ हां □ नहीं यदि हां, तो कृपया बताएं: <u>नोट:</u> साप्ताहिक मेन्यू की समीक्षा करना और एलर्जी संबंधी किसी भी चिंता को पोषण प्रदाता को बताना ग्राहक की ज़िम्मेदारी है। जब संभव होगा, प्रदाता ग्राहक की डाइट संबंधी जरूरतों को पूरा करने के लिए विशेष मील की आपूर्ति करेगा।								
क्या इस समय आपको भोजन सहायता सुविधा प्राप्त हो रही है? □ हां □ नहीं (उदाहरण: SNAP, SFMNP, TEFAP)								
होम डिलिवर किए गए भोजन के लिए कारण/पात्रता: (लागू होने वाले सभी का चयन करें) □ घर में रहने वाले □ स्थाई रूप से अक्षम □ अस्थाई रूप से अक्षम □ देखभाल करने वाले के लिए टालना □ घर पर जीवनसाथी या अक्षम वयस्क के लिए भोजन □ अन्य (स्पष्ट करें):								
होम डिलिवर किए गए भोजन से वृद्ध वयस्क को लाभ होगा क्योंकि (लागू होने वाले सभी का चयन करें):								
□ वृद्ध वयस्क को भोजन बनाने में कठिनाई होती है, वे जल्दी थक जाते हैं □ वृद्ध वयस्क सर्जरी, बीमारी से ठीक हो रहे हैं, आदि। □ भोजन से पोषक तत्व बढ़ेगा क्योंकि वृद्ध वयस्क की आय सीमित होती है □ अन्य (स्पष्ट करें):								
मौजूदा समय में किसी अन्य साधन से होम डिलिवर किया गया भोजन प्राप्त करना (उदाहरण परिवार, चर्च, आदि।) : \square हां \square नहीं								
प्रमुख स्वास्थ्य समस्याएं (लागू होने वाले सभी का चयन करें)								
चलने की क्षमताः □पूर्ण □ आंशिक □ सहाय □ बिस्तर पर रहना	ता के सा	च		•	N) स्कोर: (यदि जात है)			
दृष्टि: □पूर्ण □सीमित □चश्मा □अंधापन			जन्प प्रमुख	च्याच्च्य समस्य	ाएं (वर्णित करें):			
सुनने की क्षमता: □ पूर्ण □ ऊं	चा सुनन							
च हियरिंग सहायता विक		.						

प्राथमिकता स्तर के स्क्रीनिंग प्रश्न (ग्राह ्	ь के HDMs के लिए "पात्र" घ	षित होने के ब	ाद)				
1. (a): यदि आपके पास किराने का सामा	- *		आपके पास भ	भोजन बनाने के लिए भरोसेमंद सहायता			
उसका इस्तेमाल गरम भोजन बनाने के वि	े ए कर सकेंगे	उपलब्ध है?					
ा हां (प्रश्न 2a पर जाएं) ↓ ा नहीं (प्रश्न 1ь पर जाएं) →			२ पर जाएं) हं - उच्च प्राथमिकता स्तर की जांच करें)				
२. पिछले माह के दौरान				,			
(a)यह कथन कितने बार सही साबित हु टिका, और मेरे/हमारे पास और अधि	आ? मैं/हम जो भोजन खरीद क खरीदने के लिए पैसे नहीं ६	कर लाया/लाए थे?	र लंबे समय त	ाक नहीं			
(b) यह कथन कितने बार सही साबित हु	(b) यह कथन कितने बार सही साबित हुआ? मैं/हम संतुलित भोजन नहीं खा सकते हैं?						
(c)क्या आपने या आपके परिवार में अन भोजन के लिए पर्याप्त पैसे नहीं थे?				कि			
(d)क्या आपने या आपके परिवार में अन्य वयस्कों ने कभी भोजन नहीं किया क्योंकि भोजन के लिए पयप्ति पैसे की कमी थी?							
(e)क्या आपने कभी अपनी इच्छा से कव	म भोजन किया क्योंकि भोजव	न के लिए पर्याप	प्त पैसों की क	मी थी?			
(f) क्या आप कभी भूखे रहे थे लेकिन आपने भोजन नहीं किया क्योंकि आप पर्याप्त मात्रा में भोजन नहीं खरीद सकते थे?							
	कुल प्वाई	ंट्स 2a-2f					
3. क्या आप ज़रूरत पड़ने पर अपने घर में 							
	ा करते समय कुल प्वाइंट्स दे एडंट और "नहीं" = निम्न प्रार्थ		ाना खरीदारी त	सेवाएं या फ़ूड डिलिवरी से लाभ उठा सकते हैं)			
	२-६ प्वाइंट्स = मध	यम श्रेणी की प्र	ाथमिकता (३	भतिरिक्त पोषण सेवाओं से लाभ उठा सकते हैं)			
पे	ज १ के शीर्ष पर उचित प्राथमि	कता स्तर के ब	ॉक्स का चयन	१ करें			
अन्य संपर्क जानकारी							
प्रमुख चिकित्सक का नाम: प्रमुख चिकित्सक का फ़ोन नंबर:							
	होम डिलिवर किए गए ८	भोजन प्रदाताअ	ों के लिए:				
□ अतिरिक्त घरेलू और सामुदायिक आधारि □ HDM ग्राहक को इस संभावना के बारे में							
	<u>स्चना जारी कर</u>	ने का प्राधिकर	<u>ण</u>				
	मैं को होम डिलिवर किए गए भोजन (HDM) प्रदाता को इस मूल्यांकन पत्र की प्रति भेजने,,						
और HDM प्रदाता, देखभाल समन्वय यूनिट (CCU), प्रबंधित देखगभाल संगठन (MCO), और/या AAA से मेरी आवश्यकताओं पर चर्चा करने की अनुमति देता/देती हूं।							
वृद्ध वयस्क के हस्ताक्षरः □ * मौखिक सहमती प्रदान की गई तिथि:							
मैं प्रमाणित करता हूं 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:			फोन:				
संगठन:			ईमेल:				
HDM के प्रारंभ की तिथि:	पुनर्मूल्यांकन की तिथि:		-	समाप्ति की तिथि:			
ड्राईवर के लिए निर्देश: □ घंटी बजाएं □ जोर से खटखटाएं □ कुत्ते(कुत्तों) से सावधान रहें □ 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 पू	रा कयाि गया (केवल एर्जेंस	ायों को रेफ़र	र करने के ल	िए):			
रेफ़रगि एजेंसी का नाम:				फ़ोन #:			
Г тгт .							

पता: आईएल राज्य के प्राधिकारी द्वारा मुद्रित

डिजिटल

पेज ३ में से ३