



사유:

가정 배달식 영양 추천/평가

이 양식을 작성하여 담당 가정 배달식 영양 제공 기관에 전달해야 합니다.

위탁 기관:		<input type="checkbox"/> 케어 코디네이션 유닛(CCU) _____	
		<input type="checkbox"/> 관리형 돌봄 조직(MCO) _____	
		<input type="checkbox"/> 지역 노인 기관(AAA) <input type="checkbox"/> 영양 제공 업체	
고령자 식사 제공 일정 (해당하는 항목에 모두 표시하세요): <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 화 <input type="checkbox"/> 수 <input type="checkbox"/> 목 <input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 월~금 전체			
<input type="checkbox"/> 주말 <input type="checkbox"/> 2번째 식사			
음식 종류 <input type="checkbox"/> 뜨거운 음식 <input type="checkbox"/> 차가운 음식 <input type="checkbox"/> 냉동 식품 특별 주의 사항:			
우선 순위:			
식사 제공 기간: (하나만 표시하세요) <input type="checkbox"/> 단기 <input type="checkbox"/> 장기 재평가 일자:			
특별 식단 필요 <input type="checkbox"/> 일반식 <input type="checkbox"/> 당뇨식 <input type="checkbox"/> 저염식 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 적어주세요):			
고령자 인구 통계 정보			
이름:		생년월일:	
주소:	시:	주:	우편번호:
전화:	휴대전화		
공인 대리인:		전화:	
비상 연락처 이름 #1:		비상 연락처 이름 #1:	
관계:		관계:	
주간/휴대전화:		주간/휴대전화:	
민족: <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계가 아님	귀하는 성별이 어떻게 되십니까? (하나만 표시하세요) <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타	혼인 상태: <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 동거 중인 파트너 <input type="checkbox"/> 법적 별거 상태	주거 유형: <input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 아파트 (# : _____) <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 적어주세요):
인종(해당하는 항목에 모두 표시하세요): <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 태평양 제도민 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 또는 아시아계 미국인	귀하는 제대 군인이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		정부 보조 주택: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
빈곤층: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	월 수입:	가구원 수:	
제한적인 언어 능력: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요... '예'인 경우, 주요 사용 언어:			

영양 위험 선별 검사(예 또는 아니요 아래의 점수 선택)	예/아니요
먹는 음식의 종류나 양을 바꿔야 하는 병이나 질환이 있다.	
식사 횟수가 하루 2회 미만이다.	
과일 및 채소, 유제품을 거의 먹지 않는다.	
매일 세 잔 이상의 맥주, 주류 또는 포도주를 마신다.	
치아 또는 구강 문제로 음식을 먹는 것이 어렵다.	
필요한 음식을 살 돈이 충분하지 않을 때가 있다.	
주로 혼자 식사를 한다.	
매일 세 가지 이상의 처방약 또는 일반 의약품을 복용한다.	
의도하지 않았는데 지난 6개월간 체중이 10파운드(4-5킬로그램) 정도 줄거나 늘었다.	
신체적으로 쇼핑, 요리 및/또는 식사를 스스로 하지 못하는 상태일 때가 있다.	
합계	/21점(최고 점수)
6점 이상 = 영양 위험 높음	
<input type="checkbox"/> 영양 위험을 고객에게 설명함. <input type="checkbox"/> 고객의 영양 위험이 높은 수준으로 판단됨. 의료기관에서 후속 조치를 취하도록 권고함.	

일상 활동 장애/문제 0 도움 없음 = 아니요; 1-3 도움 = 예; 4 미확인 = 아니요			수단적 일상 활동 장애/문제 0 도움 없음 = 아니요; 1-3 도움 = 예; 4 미확인 = 아니요		
	PTS	예/아니요		PTS	예/아니요
식사			세탁		
목욕			쇼핑		
몸단장			간단한 집안일		
옷 입기			힘든 집안일		
화장실 사용			전화 통화		
걷기/이동			돈 관리		
침대/의자에 눕거나/앉거나 일어나기			교통 수단 이용		
			식사 준비		
			약 복용		
	총점			총점	
'예' 합계=		'아니요' 합계=	'예' 합계=		'아니요' 합계=

추가 영양 정보	
누가 식료품을 구입합니까? 얼마나 자주 구입합니까?	고령자가 스스로 식사를 할 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 할 수 없는 경우, 누가 도와줍니까? 도움의 유형: <input type="checkbox"/> 잘라주기 <input type="checkbox"/> 먹여주기 <input type="checkbox"/> 용기 열기
식사 준비를 해 줄 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 있는 경우, 누구입니까? 무슨 요일입니까? 어떤 식사입니까?	고령자가 씹는 데 어려움이 있거나 치아 건강이 안 좋은 상태입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
고령자의 주방 시설/설비 (해당하는 항목에 모두 표시하세요) <input type="checkbox"/> 주방 <input type="checkbox"/> 사용 권한이 있는 주방 <input type="checkbox"/> 사용 가능 공간이 있는 냉동고 <input type="checkbox"/> 냉장고 <input type="checkbox"/> 스토브 <input type="checkbox"/> 전자레인지	고령자가 이러한 설비를 혼자 사용할 수 있는가(해당하는 항목에 모두 표시하세요): <input type="checkbox"/> 스토브 <input type="checkbox"/> 전자레인지 <input type="checkbox"/> 냉동고 <input type="checkbox"/> 냉장고
고령자의 주말 음식 공급처:	식단 제약 사항:
음식 알레르기: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 있는 경우, 구체적으로 적어주세요: 주의: 주간 메뉴를 확인하고 알레르기 관련 문제를 영양 제공 업체에 전달하는 것은 고객의 책임입니다. 가능한 경우 제공 업체에서 고객의 식단 요구에 맞춰 특수 식단을 제공할 것입니다.	
현재 식품 지원 혜택을 받고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (예: SNAP, SFMNP, TEFAP)	
가정 배달식 사유/자격: (해당하는 항목에 모두 표시하세요) <input type="checkbox"/> 외출 곤란 <input type="checkbox"/> 영구 장애 <input type="checkbox"/> 일시 장애 <input type="checkbox"/> 간병인 휴가 기간 <input type="checkbox"/> 배우자 또는 가정의 성인 장애인을 위한 식사 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 적어주세요):	
고령자가 가정 배달식 혜택을 받아야 하는 이유 (해당하는 항목에 모두 표시하세요): <input type="checkbox"/> 고령자가 요리를 힘들어 하고 쉽게 지침 <input type="checkbox"/> 고령자가 수술, 질환 등에서 회복 중. <input type="checkbox"/> 고령자가 저소득층이어서 배달식으로 영양 섭취를 늘릴 수 있음 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 적어주세요):	
현재 다른 공급처 (예: 가족, 교회 등)에서 가정 배달식을 받고 있음: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
주요 건강 문제(해당하는 항목에 모두 표시)	
보행: <input type="checkbox"/> 전체 <input type="checkbox"/> 일부 <input type="checkbox"/> 보조 <input type="checkbox"/> 와상 시력: <input type="checkbox"/> 전체 <input type="checkbox"/> 제한적 <input type="checkbox"/> 안경 착용 <input type="checkbox"/> 시각 장애인 청력: <input type="checkbox"/> 전체 <input type="checkbox"/> 난청 <input type="checkbox"/> 보청기 <input type="checkbox"/> 청각 장애인	필요도 판정 (DON) 점수: (확인된 경우) 기타 주요 건강 문제(설명):

우선순위 선별 질문 (고객이 가정 배달식 수급 '자격이 있는' 것으로 결정된 이후)	
1. (a): 귀하는 식료품이 있는 경우, 그러한 식료품으로 따뜻한 식사를 준비할 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 (질문 2a로 이동) ↓ <input type="checkbox"/> 아니요 (질문 1b로 이동) ↓	1. (b): 식사 준비에 신뢰할 수 있는 사람의 도움을 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 (질문 2로 이동) i <input type="checkbox"/> 아니요 (중지 - 높은 우선 순위 확인)
2. 지난 달에...	
(a)...얼마나 자주 다음과 같은 상황을 겪으셨습니까? 구입했던 음식이 다 떨어졌고, 더 구입할 돈이 없었다.	
(b)...얼마나 자주 다음과 같은 상황을 겪으셨습니까? 나/우리는 균형 잡힌 식사를 할 수 있는 여유가 없었다	
(c)...본인이나 가구의 다른 성인이 돈이 부족해서 식사량을 줄인 적이 있으십니까?	
(d)...본인이나 가구의 다른 성인이 돈이 부족해서 식사를 거른 적이 있으십니까?	
(e)...돈이 부족해서 꼭 먹어야 한다고 생각하는 양보다 적게 식사를 한 적이 있으십니까?	
(f)...돈이 부족해서 배가 고파도 식사를 하지 못한 적이 있으십니까?	
총점 2a-2f	
3. 필요할 때 식료품을 구입하여 집으로 가져갈 수 있으십니까? *선택할 때 총점 참조	
0-1 점 및 '아니요' = 우선순위 낮음 (식료품 쇼핑 서비스나 음식 배달 혜택을 받을 수 있음) 2-6 점 = 우선순위 중간 (추가 영양 제공 혜택을 받을 수 있음)	
1페이지 상단의 우선 순위 상자 확인	

기타 연락처 정보		
주치의 이름:	주치의 전화:	
가정 배달식 제공업체용:		
<input type="checkbox"/> 고객을 커뮤니티 돌봄 프로그램(CCP) 추가 가정 및 커뮤니티 기반 서비스에 추천함 <input type="checkbox"/> HDM 고객에게 음식이 알레르기 유발 물질을 함유하거나 접촉했을 가능성이 있다는 것을 알려줌.		
정보 공개 승인		
본인은 _____ 이(가) 이 평가 양식 사본을 가정 배달식 (HDM) 제공업체, _____ 에게 보내어 본인의 필요 사항에 대해 HDM 제공업체, 돌봄 조정 기관(CCU), 관리형 돌봄 기관(MCO) 및/또는 AAA 와 논의하는 것을 허락합니다.		
고령자 서명:	<input type="checkbox"/> * 구두 동의 일자:	
본인은 이 고령자가 미국 노인복지법(Older Americans Act)에 따라 가정 배달식을 제공받을 수 있는 자격 기준을 충족하였음을 확인합니다.		
서명:	날짜:	
사례 관리자 이름:	전화:	
조직:	이메일:	
HDM 시작 일자:	재평가 일자:	해지 일자:
운전자 지침: <input type="checkbox"/> 벨 누르기 <input type="checkbox"/> 세계 노크하기 <input type="checkbox"/> 개 조심 <input type="checkbox"/> 기타: (해당하는 항목에 모두 표시하세요)		

* 팬데믹, 시민 소요 또는 고객이 서면 동의/서명을 제공할 수 없는 기타 상황인 경우 구두 동의를 할 수 있습니다.

작성(위탁 기관용):	
위탁 기관명:	전화번호:
주소:	