



Nowy klient  Ponowna ocena  Nie kwalifikuje się/zakończenie  
Przyczyna:

## Skierowanie/ocena na potrzeby posiłków dostarczanych do domu

Formularz ten należy wypełnić i przesłać do odpowiedniej agencji zajmującej się dostarczaniem posiłków do domu.

<b>Podmiot kierujący:</b> <input type="checkbox"/> Jednostka koordynująca opiekę (Care Coordination Unit, CCU) _____ <input type="checkbox"/> Organizacja opieki zarządzanej (Managed Care Organization, MCO) _____ <input type="checkbox"/> Lokalna agencja ds. osób starszych <input type="checkbox"/> Dostawca usług żywieniowych			
<b>Dni, w których osoba starsza otrzymuje posiłki</b> (proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie): <input type="checkbox"/> pon. <input type="checkbox"/> wt. <input type="checkbox"/> śr. <input type="checkbox"/> czw. <input type="checkbox"/> pt. <input type="checkbox"/> wszystkie od pn. do pt. <input type="checkbox"/> weekend <input type="checkbox"/> drugie posiłki			
<b>Rodzaj(e) posiłku(-ów)</b> <input type="checkbox"/> gorące <input type="checkbox"/> zimne <input type="checkbox"/> mrożone <b>Uwagi specjalne:</b>			
<b>Poziom priorytetu:</b>			
<b>Czas trwania dostarczania posiłków:</b> (Proszę zaznaczyć tylko jedną opcję) <input type="checkbox"/> krótki okres <input type="checkbox"/> długi okres Data ponownej oceny:			
<b>Specjalne potrzeby żywieniowe:</b> <input type="checkbox"/> dieta podstawowa <input type="checkbox"/> cukrzyca <input type="checkbox"/> niska zawartość sodu <input type="checkbox"/> inne (proszę podać):			
<b>Informacje demograficzne dotyczące osób starszych</b>			
Imię i nazwisko:		Data urodzenia:	
Adres: Nr telefonu:	Miejscowość: Nr telefonu komórkowego:	Stan:	Kod pocztowy:
Upoważniony przedstawiciel:		Nr telefonu:	
<b>Imię i nazwisko pierwszej osoby do kontaktu w nagłych wypadkach:</b> Relacja: Telefon do kontaktu w ciągu dnia/telefon komórkowy:		<b>Imię i nazwisko drugiej osoby do kontaktu w nagłych wypadkach:</b> Relacja: Telefon do kontaktu w ciągu dnia/telefon komórkowy:	
Przynależność etniczna: <input type="checkbox"/> hiszpańska lub latynoska <input type="checkbox"/> inna niż hiszpańska lub latynoska	Z jaką płcią Pan(i) się utożsamia? (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź) <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> inna	Stan cywilny: <input type="checkbox"/> żonaty/zamężna <input type="checkbox"/> rozwiedziony(-a) <input type="checkbox"/> kawaler/panna <input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa <input type="checkbox"/> partner(ka) życiowy(-a) <input type="checkbox"/> w separacji	Rodzaj mieszkania: <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> mieszkanie (nr: _____) <input type="checkbox"/> inne (proszę określić):  Mieszkanie subsydiowane: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Rasa (Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie): <input type="checkbox"/> biała <input type="checkbox"/> czarna lub afroamerykańska <input type="checkbox"/> rdzenni mieszkańcy Hawajów lub wysp Pacyfiku <input type="checkbox"/> rdzenni mieszkańcy Ameryki lub Alaski <input type="checkbox"/> azjatycka lub azjatycko-amerykańska	Czy jest Pan(i) weteranem wojennym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Poniżej progu ubóstwa <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Miesięczny dochód: Liczba osób w gospodarstwie domowym:	
Ograniczona znajomość języka angielskiego: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, proszę podać podstawowy język:			

Ocena czynników ryzyka związanych z odżywianiem (proszę zaznaczyć punkty przy opcji Tak lub Nie)	Tak/Nie
Mam chorobę lub dolegliwość, która zmusza mnie do zmiany rodzaju lub ilości spożywanego jedzenia.	
Spożywam mniej niż dwa posiłki dziennie.	
Spożywam niewiele owoców i warzyw oraz produktów mlecznych.	
Prawie codziennie piję trzy lub więcej porcji piwa, alkoholu lub wina.	
Mam problemy z zębami lub jamą ustną, które utrudniają mi jedzenie.	
Nie zawsze mam wystarczająco dużo pieniędzy, aby kupić jedzenie, którego potrzebuję.	
Przez większość czasu jem samotnie.	
Przyjmuję trzy lub więcej różnych leków na receptę lub bez recepty dziennie.	
Wbrew własnej woli schudłem(-am) lub przytyłem(-am) dziesięć kilogramów w ciągu ostatnich sześciu miesięcy.	
Nie zawsze jestem wystarczająco sprawny(-a) fizycznie, aby robić zakupy, gotować i/lub żywić się.	
<b>ŁĄCZNIE</b>	/21 możliwych punktów
<b>Sześć lub więcej punktów = wysokie ryzyko związane z odżywianiem</b>	
<input type="checkbox"/> Wyjaśniono klientowi kwestie ryzyka związanego z odżywianiem.	
<input type="checkbox"/> Uważa się, że klient jest w grupie wysokiego ryzyka związanego z odżywianiem. Wydano zalecenie, aby skonsultować się z lekarzem.	

Niepełnosprawność/problem z wykonywaniem podstawowych czynności życia codziennego 0 Pomoc nie jest potrzebna = Nie; 1-3 Potrzebna pomoc = Tak; 4 Nie wiadomo = Nie			Niepełnosprawność/problem z wykonywaniem złożonych czynności życia codziennego 0 Pomoc nie jest potrzebna = Nie; 1-3 Potrzebna pomoc = Tak; 4 Nie wiadomo = Nie		
	Punkty	T/N		Punkty	T/N
Jedzenie			Pranie		
Kąpiel			Zakupy		
Pielęgnacja			Lekkie prace domowe		
Ubieranie się			Ciężkie prace domowe		
Korzystanie z toalety			Używanie telefonu		
Chodzenie/mobilność			Zarządzanie finansami		
Przemieszczanie się (do/z łóżka/krzesła)			Transport		
			Przygotowywanie posiłków		
			Przyjmowanie leków		
	<b>Suma punktów</b>			<b>Suma punktów</b>	
<b>Ogółem „Tak”=</b>	<b>Ogółem „Nie”=</b>		<b>Ogółem „Tak”=</b>	<b>Ogółem „Nie”=</b>	

Dodatkowe informacje na temat odżywiania	
Kto robi zakupy spożywcze? Jak często?	Czy osoba starsza może się samodzielnie odżywiać? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli nie, kto w tym pomaga? Rodzaj pomocy: <input type="checkbox"/> krojenie <input type="checkbox"/> karmienie <input type="checkbox"/> otwieranie opakowań
Czy ktoś może przygotować jedzenie? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, kto? W jakie dni? Jakie posiłki?	Czy osoba starsza ma trudności z przeżuwaniem pokarmów lub zły stan uzębienia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Udogodnienia/wyposażenie kuchni osoby starszej (Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie): <input type="checkbox"/> kuchnia <input type="checkbox"/> dostęp do kuchni wspólnej <input type="checkbox"/> zamrażarka z wolnym miejscem <input type="checkbox"/> lodówka <input type="checkbox"/> kuchenka <input type="checkbox"/> kuchenka mikrofalowa	Czy osoba starsza jest w stanie korzystać z tych urządzeń bez nadzoru (Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie): <input type="checkbox"/> kuchenka <input type="checkbox"/> kuchenka mikrofalowa <input type="checkbox"/> zamrażarka <input type="checkbox"/> lodówka
Źródło pożywienia dla osoby starszej w weekendy:	Ograniczenia dietetyczne:
<b>Alergie pokarmowe:</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, proszę podać: <b>UWAGA:</b> Do obowiązków klienta należy zapoznanie się z cotygodniowym jadłospisem i zgłaszanie dostawcy usług żywieniowych wszelkich wątpliwości związanych z alergią. Jeśli jest to możliwe, dostawca dostarczy specjalny posiłek spełniający potrzeby żywieniowe klienta.	
<b>Czy otrzymuje Pan(i) obecnie świadczenia pomocy żywnościowej?</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Na przykład: SNAP, SFMNP, TEFAP)	
<b>Powód/kwalifikowalność do posiłków dostarczanych do domu:</b> (Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie) <input type="checkbox"/> osoba niewychodząca z domu <input type="checkbox"/> trwała niepełnosprawność <input type="checkbox"/> tymczasowa niepełnosprawność <input type="checkbox"/> czas wolny dla opiekuna <input type="checkbox"/> posiłek dla małżonka lub niepełnosprawnej osoby dorosłej w domu <input type="checkbox"/> inne (proszę podać):	
<b>Osoba starsza skorzysta z posiłków dostarczanych do domu, ponieważ</b> (Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie): <input type="checkbox"/> Osoba starsza ma trudności z gotowaniem, łatwo się męczy <input type="checkbox"/> Osoba starsza wraca do zdrowia po operacji, chorobie itp. <input type="checkbox"/> Posiłki zwiększą spożycie pokarmów, ponieważ osoba starsza ma ograniczone dochody <input type="checkbox"/> Inne (proszę określić):	
<b>Obecnie otrzymuje posiłki dostarczane do domu z innego źródła</b> (np. od rodziny, z kościoła itp.): <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Istotne problemy zdrowotne (proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie)	
Poruszanie się: <input type="checkbox"/> pełne <input type="checkbox"/> częściowe <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> leżący(-a)	<b>Punktowy wynik oceny potrzeb (DON):</b> (Jeśli jest znany)  Inne poważne problemy zdrowotne (proszę opisać):
Wzrok: <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> ograniczony <input type="checkbox"/> okulary <input type="checkbox"/> osoba niewidoma	
Słuch: <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> osoba niedosłysząca <input type="checkbox"/> aparat słuchowy <input type="checkbox"/> osoba niesłysząca	

Pytania kontrolne ustalające poziom priorytetu (po uznaniu klienta za „kwalifikującego się” do korzystania z posiłków dostarczanych do domu (HDM))		
<b>1. (a):</b> Gdyby miał(a) Pan(i) dostępne artykuły spożywcze, czy był(a)by Pan(i) w stanie wykorzystać je do przygotowania ciepłych posiłków? <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> (Proszę przejść do pytania 2a) ↓ <input type="checkbox"/> <b>Nie</b> (Proszę przejść do pytania 1b) →	<b>1. (b):</b> Czy ma Pan(i) odpowiednią pomoc w przygotowywaniu posiłków? <input type="checkbox"/> <b>Tak</b> (Proszę przejść do pytania 2) <input type="checkbox"/> <b>Nie (STOP - Proszę zaznaczyć wysoki poziom priorytetu)</b>	
<b>2. W ciągu ostatniego miesiąca...</b>		
(a)...jak często to stwierdzenie było prawdziwe? Jedzenie, które kupiłem/kupiliśmy po prostu nie wystarczyło, a ja/my nie mieliśmy pieniędzy, aby kupić więcej?		
(b)...jak często to stwierdzenie było prawdziwe? Nie stać mnie/nas na zbilansowane posiłki?		
(c)...czy Pan(i) lub inne osoby dorosłe w Pana(-i) gospodarstwie domowym kiedykolwiek zmniejszyły wielkość posiłków z powodu braku pieniędzy na jedzenie?		
(d)...czy Pan(i) lub inne osoby dorosłe w Pana(-i) gospodarstwie domowym kiedykolwiek pomijały posiłki z powodu braku pieniędzy na jedzenie?		
(e)...czy kiedykolwiek jadł(a) Pan(i) mniej, niż uważał(a) Pan(i) za konieczne z powodu braku pieniędzy na jedzenie?		
(f)...czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) głodny(-a), ale nie jadł(a) Pan(i), ponieważ nie było Pana(-i) stać na wystarczającą ilość jedzenia?		
<b>Suma punktów 2a-2f</b>		
<b>3. Czy jest Pan(i) w stanie zapewnić sobie dostawę artykułów spożywczych do domu, gdy ich Pan(i) potrzebuje?</b>		
<i>*Proszę odnieść się do sumy punktów przy wyborze</i>		
<b>0-1 punkt ORAZ „Nie” = Niski priorytet</b> (Może korzystać z usług robienia zakupów spożywczych lub dostawy żywności)		
<b>2-6 punktów = Średni priorytet</b> (Może skorzystać z dodatkowych usług żywieniowych)		
<b>Proszę zaznaczyć odpowiednie pole poziomu priorytetu u góry strony 1</b>		
<b>Inne informacje kontaktowe</b>		
Imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu:	Nr telefonu lekarza pierwszego kontaktu:	
<b>Dla dostawców posiłków dostarczanych do domu:</b>		
<input type="checkbox"/> Skierowano klienta do programu opieki społecznej (Community Care Program, CCP) w celu uzyskania dodatkowych usług domowych i środowiskowych. <input type="checkbox"/> Klient HDM został poinformowany o możliwym występowaniu w żywności alergenów pokarmowych lub kontakcie z nimi.		
<b>Zgoda na udostępnienie informacji</b>		
Wyrażam zgodę na _____ przesłanie kopii niniejszego formularza oceny do dostawcy posiłków dostarczanych do domu (HDM), _____, oraz na omówienie moich potrzeb z dostawcą HDM, jednostką koordynującą opiekę (CCU), organizacją opieki zarządzanej (MCO) i/lub AAA.		
Podpis osoby starszej: <input type="checkbox"/> * Udzielono zgody ustnej Data:		
<b>Oświadczam, że ta osoba starsza spełnia kryteria kwalifikowalności do posiłków dostarczanych do domu zgodnie z ustawą o starszych Amerykanach (Older Americans Act).</b>		
Podpis:	Data:	
Imię i nazwisko kierownika sprawy:	Nr telefonu:	
Organizacja:	Adres e-mail:	
Data rozpoczęcia dostarczania posiłków do domu (HDM):	Data ponownej oceny:	Data zakończenia:
Instrukcje dla kierowcy: <input type="checkbox"/> dzwonić dzwonkiem <input type="checkbox"/> głośno pukać <input type="checkbox"/> uważać na psy <input type="checkbox"/> inne: (proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie)		
* Zgoda ustna może zostać udzielona w przypadku pandemii, niepokojów społecznych lub innych okoliczności, które uniemożliwiają klientowi wyrażenie pisemnej zgody / złożenie podpisu.		
<b>Wypełnione przez (Tylko dla agencji kierującej):</b>		
Nazwa agencji kierującej:	Nr telefonu:	
Adres:		