

Formularz rejestracyjny usług żywieniowych dotyczących posiłków typu Grab and Go

Informacje demograficzne dotyczące osób starszych (WYMAGANE SĄ WSZYSTKIE INFORMACJE)			
Imię:	Nazwisko:	Data urodzenia:	
Adres:		Nr telefonu:	
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Nr tel. komórkowego:	
Upoważniony przedstawiciel:			
Imię i nazwisko:		Nr telefonu:	Relacja:
Kontakt w nagłych wypadkach:			
Imię i nazwisko:		Nr telefonu:	Relacja:
Rasa: (Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie) Biała Czarna lub Afroamerykanie Rdzenni mieszkańcy Hawajów lub wysp Pacyfiku Rdzenni mieszkańcy Ameryki lub Alaski Azjatycka lub azjatycko-amerykańska	Płeć: Mężczyzna Kobieta Inna	Stan cywilny: Żonaty/zamężna Rozwiedziony(-a) Kawaler/panna Wdowiec/wdowa Partner życiowy W separacji	Czy mieszka Pan(i) sam(a)? Tak Nie
			Całkowity indywidualny dochód: USD
Przynależność etniczna: Latynoska Inna niż hiszpańska lub latynoska		Czy służył(a) Pan(i) w siłach zbrojnych USA? Tak Nie	
Ograniczona znajomość języka angielskiego: Tak Nie		Jeśli tak, proszę podać podstawowy język:	

Ocena czynników ryzyka związanych z odżywianiem	Tak/Nie		Punkty
Mam chorobę lub dolegliwość, która zmienia rodzaj lub ilość spożywanego przeze mnie jedzenia.	Tak	Nie	
Spożywam mniej niż dwa posiłki dziennie.	Tak	Nie	
Spożywam niewiele owoców i warzyw oraz produktów mlecznych.	Tak	Nie	
Prawie codziennie piję trzy lub więcej porcji piwa, likieru lub wina.	Tak	Nie	
Mam problemy z zębami lub jamą ustną, które utrudniają mi jedzenie.	Tak	Nie	
Nie zawsze mam wystarczająco dużo pieniędzy, aby kupić jedzenie, którego potrzebuję.	Tak	Nie	
Przez większość czasu jem samotnie.	Tak	Nie	
Przyjmuję trzy lub więcej różnych leków na receptę lub bez recepty dziennie.	Tak	Nie	
Wbrew własnej woli schudłem(-am) lub przytyłem(-am) dziesięć kilogramów w ciągu ostatnich sześciu miesięcy.	Tak	Nie	
Nie zawsze jestem wystarczająco sprawny(-a) fizycznie, aby robić zakupy, gotować i/lub żywić się.	Tak	Nie	
	Suma punktów		

Dodatkowe informacje na temat odżywiania		
Czy obecnie otrzymuje Pan(i) świadczenia w ramach pomocy żywnościowej? (Na przykład: SNAP, SFMNP, TEFAP)	Tak	Nie
Czy obecnie otrzymuje Pan(i) pomoc w formie posiłków z innego źródła? (tj. rodzina, kościół itp.)	Tak	Nie
Czy ma Pan(i) trudności z przeżuwaniami pokarmów lub zły stan uzębienia?	Tak	Nie
Czy ma Pan(i) trudności z przetykaniem?	Tak	Nie
Czy ma Pan(i) specjalne potrzeby żywieniowe? (Jeśli tak, proszę określić poniżej)	Tak	Nie
Cukrzyca Niska zawartość sodu Wegetarianizm Inne:		

Dodatkowe informacje na temat odżywiania (ciąg dalszy)		
Czy ma Pan(i) alergię pokarmową?	Tak	Nie
Jeśli tak, proszę wymienić wszystkie alergię pokarmowe:		UWAGA: Do Pana(-i) obowiązków należy zapoznanie się z cotygodniowym jadłospisem i zgłaszanie wszelkich wątpliwości związanych z alergią dostawcy usług żywieniowych. Jeśli jest to możliwe, dostawca dostarczy specjalny posiłek spełniający potrzeby żywieniowe klienta.

Podstawowe czynności życia codziennego (ADL) i złożone czynności życia codziennego (IADL)					
Proszę zaznaczyć „Tak” przy każdej z czynności, jeśli ma Pan(i) problemy z jej wykonaniem lub często potrzebuje Pan(i) pomocy w jej wykonaniu.					
ADL	Tak / Nie		IADL	Tak / Nie	
Jedzenie	Tak	Nie	Pranie	Tak	Nie
Kąpiel	Tak	Nie	Zakupy	Tak	Nie
Pielęgnacja	Tak	Nie	Lekkie prace domowe	Tak	Nie
Ubieranie się	Tak	Nie	Ciężkie prace domowe	Tak	Nie
Korzystanie z toalety	Tak	Nie	Używanie telefonu	Tak	Nie
Chodzenie/mobilność	Tak	Nie	Zarządzanie finansami	Tak	Nie
Przemieszczanie się (do/z łóżka/krzesła)	Tak	Nie	Transport	Tak	Nie
			Przygotowywanie posiłków	Tak	Nie
			Przyjmowanie leków	Tak	Nie

Oświadczam, że wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą.	
Podpis uczestnika:	Data:

DO WYPEŁNIENIA PRZEZ PERSONEL:	
Powód korzystania z posiłków typu Grab and Go: (Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie)	
Osoba niewychodząca z domu	Trwała niepełnosprawność
Osoba tymczasowo wychodząca z domu	Tymczasowa niepełnosprawność
Czas wolny dla opiekuna	Posiłek dla małżonka lub niepełnosprawnej osoby dorosłej w domu
Inne:	
Osoba starsza skorzysta z posiłków typu Grab and Go, ze względu na: (Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie)	
Trudności z gotowaniem	Okres rekonwalescencji po operacji
Zwiększenie zapotrzebowania na składniki odżywcze	Inne:

Podstawowe czynności życia codziennego (ADL) i złożone czynności życia codziennego (IADL)	
Łączna liczba odpowiedzi „Tak” dla ADL:	Łączna liczba odpowiedzi „Tak” dla IADL:
Jeżeli uczestnik zgłosił, że ma trudności z ADL/IADL, otrzymał skierowanie do lokalnych usługodawców.	

Ocena czynników ryzyka związanych z odżywianiem			
Łączny wynik oceny czynników ryzyka związanych z odżywianiem:	Niski	Średni	Wysoki
Wyjaśniono klientowi wynik oceny czynników ryzyka i dostarczono broszurę			
W przypadku wysokiego ryzyka, zaleca się wizytę kontrolną u lekarza			

Oświadczam, że ta osoba starsza spełnia kryteria kwalifikowalności do posiłków typu Grab and Go zgodnie z ustawą o starszych Amerykanach (Older Americans Act).	
Podpis:	Nr telefonu:
Imię i nazwisko pracownika:	Adres e-mail:
Organizacja:	Data:

Zgoda na udostępnienie informacji	
Wyrażam zgodę na omówienie moich potrzeb przez usługodawcę i/lub personel lokalnej agencji ds. osób starszych (Area Agency on Aging).	
Podpis Klienta:	Data: