

गृह एंड गो मील के लिए पोषण सेवा रजिस्ट्रेशन फॉर्म

पुरानी वयस्क जनसांख्यिकीय जानकारी (सभी जानकारी आवश्यक है)			
पहला नाम:	अंतिम नाम:	जन्म-तिथि:	
पता:		फोन:	
शहर:	ज़िप कोड:	फ़ोन नंबर:	
अधिकृत प्रतिनिधि:			
नाम:	फोन:	संबंध:	
आपातकालीन संपर्क:			
नाम:	फोन:	संबंध:	
नस्ल: (लागू होने वाले सभी की जाँच करें) श्वेत अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी मूल निवासी हवाईयन या प्रशांत द्वीपवासी अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी एशियाई या एशियाई अमेरिकी	लिंग: पुरुष महिला अन्य	वैवाहिक स्थिति: विवाहित तलाकशुदा अविवाहित विधवा/विदुर घरेलू साथी क़ानूनी रूप से विच्छेद	क्या आप अकेले रहते हैं? हाँ नहीं
			कुल व्यक्तिगत आय: \$
जातीयता हिस्पैनिक या लैटीनो हिस्पैनिक या लैटीनो नहीं	क्या आपने अमेरिकी सशस्त्र सेना में सेवा की है? हाँ नहीं		
सीमित अंग्रेजी-बोलना: हाँ नहीं	यदि हाँ, तो बोली जाने वाली प्राथमिक भाषा:		

पोषण जोखिम स्क्रीन	हाँ/नहीं	प्वाइंट्स
मुझे कोई बीमारी या स्थिति है जिसके कारण मेरे खाने के प्रकार या मात्रा में बदलाव हो जाता है।	हाँ नहीं	
मैं एक दिन में दो मील से भी कम खाना खाता/खाती हूँ।	हाँ नहीं	
मैं थोड़ा से फल और सब्जियां या दूध से बने उत्पाद खाता/खाती हूँ।	हाँ नहीं	
मैं लगभग हर दिन तीन या उससे ज़्यादा बीयर, शराब या वाइन पीता/पीती हूँ।	हाँ नहीं	
मुझे दाँत या मुँह की समस्या है जिसके कारण मुझे खाना खाने में कठिनाई होती है।	हाँ नहीं	
मेरे पास हमेशा अपनी ज़रूरत का खाना खरीदने के लिए पर्याप्त पैसे नहीं होते हैं।	हाँ नहीं	
मैं अधिकांश समय अकेले ही खाना खाता/खाती हूँ।	हाँ नहीं	
मैं एक दिन में तीन या अधिक अलग-अलग निर्धारित या सीधे फ़ार्मसी से ली गई दवाएं खाता/खाती हूँ।	हाँ नहीं	
पिछले छह महीनों में न चाहते हुए भी मेरा वज़न या तो दस पाउंड कम हो गया है या बढ़ गया है।	हाँ नहीं	
मैं खरीदारी करने, खाना बनाने और/या ख़ुद को खाना खिलाने में हमेशा शारीरिक रूप से सक्षम नहीं होता।	हाँ नहीं	
	कुल प्वाइंट्स	

अतिरिक्त पोषण संबंधी जानकारी	
क्या आप वर्तमान में खाद्य सहायता लाभ प्राप्त करते हैं? (उदाहरण: SNAP, SFMNP, TEFAP)	हाँ नहीं
क्या आपको वर्तमान में किसी अन्य स्रोत से भोजन सहायता प्राप्त होती है? (अर्थात: परिवार, चर्च, आदि)	हाँ नहीं
क्या आपको चबाने में कठिनाई होती है/क्या आपके दाँत खराब हैं?	हाँ नहीं
क्या आपको निगलने में कठिनाई होती है?	हाँ नहीं
क्या आपको विशेष आहार की आवश्यकता है? (यदि हाँ, तो कृपया नीचे निर्दिष्ट करें)	हाँ नहीं
मधुमेह निम्न सोडियम शाकाहारी अन्य:	

अतिरिक्त पोषण संबंधी जानकारी (आगे जारी है)	
क्या आपको किसी खाने की चीज़ से एलर्जी है? हाँ नहीं	ध्यान दें: साप्ताहिक मेन्यू की समीक्षा करना और एलर्जी संबंधी किसी भी चिंता को पोषण प्रदाता के ध्यान में लाना आपकी ज़िम्मेदारी है। जब संभव होगा, प्रदाता ग्राहक की आहार संबंधी जरूरतों को पूरा करने के लिए एक विशेष मील की आपूर्ति करेगा।
यदि हां, तो कृपया सभी फूड एलर्जी की सूची बनाएं:	

दैनिक जीवन की गतिविधियाँ (ADL) और दैनिक जीवन की इंस्ट्रुमेंटल गतिविधियाँ (IADLS)			
यदि आपको कार्य पूरा करने में परेशानी हो रही है या कार्य पूरा करने के लिए बार-बार मदद की आवश्यकता है तो प्रत्येक गतिविधि के लिए "हाँ" चेक करें।			
ADL	हाँ / नहीं	IADL	हाँ / नहीं
भोजन करना	हाँ नहीं	लॉन्ड्री	हाँ नहीं
नहाना	हाँ नहीं	खरीदारी	हाँ नहीं
गूमिंग	हाँ नहीं	हल्का घरेलू काम	हाँ नहीं
ड्रेसिंग	हाँ नहीं	भारी घरेलू काम	हाँ नहीं
शौच	हाँ नहीं	टेलीफोन	हाँ नहीं
पैदल चलना/गतिशीलता	हाँ नहीं	वित्तीय प्रबंधन	हाँ नहीं
स्थानांतरित करना (बिस्तर/कुर्सी को अंदर/बाहर करना)	हाँ नहीं	परिवहन	हाँ नहीं
		भोजन की तैयारी	हाँ नहीं
		दवाई	हाँ नहीं

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि दी गई सभी जानकारी सटीक है।	
प्रतिभागी के हस्ताक्षर:	तिथि:

कर्मचारियों द्वारा पूरा किया जाना है:
ग्रेब एंड गो मील का कारण: (लागू होने वाले सभी की जाँच करें) घर में रहने वाले स्थायी रूप से अक्षम अस्थायी रूप से अक्षम देखभाल करने वाले के लिए राहत घर में पति या पत्नी या विकलांग वयस्क के लिए भोजन अन्य:
ग्रेब एंड गो मील से वृद्ध वयस्कों को लाभ होगा क्योंकि: (लागू होने वाले सभी की जाँच करें) खाना पकाने में कठिनाई सर्जरी से ठीक हो रहे हैं पोषक तत्वों का सेवन बढ़ाएं अन्य:

दैनिक जीवन की गतिविधियाँ (ADL) और दैनिक जीवन की इंस्ट्रुमेंटल गतिविधियाँ (IADLS)	
ADL की कुल संख्या "हाँ":	ADL की कुल संख्या "हाँ":
यदि प्राप्तकर्ता ने ADL/IADL में कठिनाई के बारे में "हाँ" बताया, तो क्षेत्रीय सेवा प्रदाताओं को रेफरल पूरा किया गया।	

पोषण जोखिम स्क्रीनिंग
कुल पोषण संबंधी जोखिम स्कोर: निम्न मध्यम उच्च
ग्राहक को जोखिम स्कोर के बारे में बताया गया और ब्रोशर प्रदान किया गया
यदि उच्च जोखिम है, तो स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के साथ अनुवर्ती कार्रवाई करने की सिफारिश पूरी की जाएगी

मैं प्रमाणित करता हूँ कि यह वृद्ध वयस्क वृद्ध अमेरिकी अधिनियम के तहत ग्रेब एंड गो मील के लिए पात्रता मानदंड को पूरा करता/करती है।	
हस्ताक्षर:	फोन:
कर्मि का नाम:	ईमेल:
संगठन:	तिथि:

सूचना जारी करने का प्राधिकरण	
मैं अपनी आवश्यकताओं पर चर्चा करने के लिए प्रदाता और/या एजिंग स्टाफ पर क्षेत्रीय एजेंसी को अनुमति देता/देती हूँ।	
ग्राहक के हस्ताक्षर:	तिथि: