

Форма регистрации для получения еды на вынос

| Демографическая информация о пожилom человеке (ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ) | | | |
|--|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| Имя: | Фамилия: | Дата рождения: | |
| Адрес: | | Тел.: | |
| Город: | Почтовый индекс: | Моб. телефон: | |
| Уполномоченный представитель: | | | |
| ФИО: | Тел.: | Кем приходится: | |
| Контактное лицо для экстренной связи: | | | |
| ФИО: | Тел.: | Кем приходится: | |
| Раса (Отметьте все подходящие варианты) Белая Черная или афроамериканец Коренной житель Гавайев или островов Тихого океана Американский индеец или коренной житель Аляски Азиат или американец азиатского происхождения | Пол: Мужской Женский Другое | Семейное положение: Состоит в браке Разведен(-а) Не состоит в браке Вдовец/вдова В гражданском браке Официально разведен(-а) | Вы живете один/одна? Да Нет |
| | | | Общий личный доход: \$ |
| Этническая принадлежность: Испаноязычный или латиноамериканец Не испаноязычный и не латиноамериканец | | Вы служили в Вооруженных силах США? Да Нет | |
| Ограниченное владение английским языком: Да Нет | | Если да, укажите основной язык общения: | |

| Раздел рисков, связанных с питанием | Да/Нет | Баллы |
|--|---------------------|-------|
| У меня есть заболевание или состояние, которое влияет на вид или количество потребляемой пищи. | Да Нет | |
| Я ем меньше двух раз в день. | Да Нет | |
| Я ем мало фруктов, овощей или молочных продуктов. | Да Нет | |
| Я почти каждый день выпиваю три или более порции пива, крепких спиртных напитков или вина. | Да Нет | |
| У меня проблемы с зубами или полостью рта, из-за которых мне трудно есть. | Да Нет | |
| У меня не всегда достаточно денег, чтобы купить нужную еду. | Да Нет | |
| Я ем в основном в одиночестве. | Да Нет | |
| Я принимаю не менее трех разных рецептурных или безрецептурных препаратов в день. | Да Нет | |
| Я потерял(-а) или набрал(-а) десять фунтов за последние шесть месяцев, не желая того. | Да Нет | |
| Я не всегда физически способен ходить по магазинам, готовить и/или есть самостоятельно. | Да Нет | |
| | Всего баллов | |

| Дополнительная информация о питании | |
|---|--------|
| Получаете ли вы в настоящее время продовольственную помощь? (например, SNAP, SFMNP, TEFAP) | Да Нет |
| Получаете ли вы в настоящее время продовольственную помощь из другого источника? (например, семья, церковь и т. д.) | Да Нет |
| У вас есть трудности с жеванием, проблемы с состоянием зубов? | Да Нет |
| У вас есть трудности с глотанием? | Да Нет |
| У вас есть особые диетические потребности? (если да, укажите ниже) | Да Нет |
| Диабетическое питание Низкое содержание натрия Вегетарианское питание Другое: | |

| Дополнительная информация о питании (продолжение) | |
|--|---|
| Есть ли у вас какие-либо пищевые аллергии? Да Нет | ПРИМЕЧАНИЕ. Вы обязаны просматривать еженедельное меню и сообщать поставщику питания по любым вопросам, связанным с аллергией. По возможности поставщик предоставит специальное питание для удовлетворения диетических потребностей клиента. |
| Если да, перечислите все пищевые аллергии: | |

| Элементарные и инструментальные действия по самообслуживанию (ADL и IADL) | | | |
|--|-----------------|--------------------------|-----------------|
| Отметьте «Да» для каждого из действий, если у вас возникают трудности с их выполнением или вам часто требуется помощь. | | | |
| ADL | Да / Нет | IADL | Да / Нет |
| Прием пищи | Да Нет | Стирка | Да Нет |
| Купание | Да Нет | Совершение покупок | Да Нет |
| Уход за собой | Да Нет | Легкая уборка | Да Нет |
| Одевание | Да Нет | Тяжелая уборка | Да Нет |
| Туалет | Да Нет | Звонки по телефону | Да Нет |
| Ходьба/подвижность | Да Нет | Управление финансами | Да Нет |
| Перемещение (в/из кровати/кресла) | Да Нет | Передвижение транспортом | Да Нет |
| | | Приготовление пищи | Да Нет |
| | | Прием лекарств | Да Нет |

| Я подтверждаю, что вся предоставленная информация является точной. | |
|---|-------|
| Подпись участника: | Дата: |

| ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕРСОНАЛОМ: |
|--|
| Причина для заказа еды на вынос: <i>(Отметьте все подходящие варианты)</i> Постоянное нахождение дома Постоянная инвалидность Временная инвалидность Перерыв для опекуна Питание дома для супруга или взрослого с ограниченными возможностями Другое: |
| Пожилой человек получит пользу от еды на вынос по причине: <i>(Отметьте все подходящие варианты)</i> Трудности при приготовлении пищи Восстановление после операции Увеличение потребления питательных веществ Другое: |

| Элементарные и инструментальные действия по самообслуживанию (ADL и IADL) | |
|---|---------------------------------|
| Общее количество «Да» для ADL: | Общее количество «Да» для IADL: |
| Если получатель отметил «да» в ответе на трудности с ADL/IADL, направление было передано местным поставщикам услуг. | |

| Оценка рисков, связанных с питанием |
|--|
| Общая оценка рисков, связанных с питанием: Низкие Средние Высокие |
| Клиенту объяснили результаты оценки рисков и предоставили информационную брошюру |
| Если риски высокие, дана рекомендация обратиться к поставщику медицинских услуг |

Я подтверждаю, что данный пожилой человек соответствует критериям получения еды на вынос в соответствии с Законом о пожилых американцах.

| | |
|-----------------|------------|
| Подпись: | Тел.: |
| ФИО сотрудника: | Эл. почта: |
| Организация: | Дата: |

Разрешение на разглашение информации
Я даю разрешение поставщику услуг и/или персоналу регионального агентства по проблемам старения обсуждать мои потребности.

| | |
|-------------------------|--------------|
| Подпись клиента: | Дата: |
|-------------------------|--------------|