

버겐카운티 시니어 서비스부
Aging & Disability Resource Connection

점심 배달 프로그램 신청서

팩스: 201-336-7424 전화: 201-336-7420

제출자
 신청인 기타 (신청인과의 관계) _____
 신청자가 MOW 를 수락하기로 동의했습니다.
 30 일 이내에 병원/재활원에서 퇴원
MOW 대기자 명단이 있을 수 있습니다. MOW 를 기다리는 동안 누군가가 당신을 도울 수 있습니까?
 예 - 제한된 지원 도와줄 사람이 없음

신청 날짜 _____ / _____ / 2024
 주 사용 언어: 비영어권자인 경우 _____

거동 불편 정도 <input type="checkbox"/> 도움 없이 집을 나설 수 없음 <input type="checkbox"/> 독립적으로 집을 나설 수 있음 MOW 신청하게 된 건강상의 이유: <input type="checkbox"/> 치매/기억 장애	생활 상황 (해당하는 모든 항목 선택) <input type="checkbox"/> 독거 <input type="checkbox"/> 여성 세대주 <input type="checkbox"/> 배우자/동거인/시민결합과 함께 <input type="checkbox"/> 룸메이트/친구/가족 또는 비공식 간병인과 함께 <input type="checkbox"/> 간병인이 낮에 집에 없는 경우 <input type="checkbox"/> 간병인이 낮에 집에 있는 경우 <input type="checkbox"/> 신청자가 장애 아동을 돌보고 있는 경우	가정 건강 보조원이 있습니까?? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 낮 시간 동안 도움 받는 시간: _____ 메디케이드를 받으니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 Managed Long Term Support Services (MLTSS) 를 받고있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
규정식: <input type="checkbox"/> 보통식/심장 건강식/ 소금 무첨가식 특별식이 제공되지 않습니다.		

영어 성명 (성)	이름	MI	별명 혹은 애칭
주소	아파트/층	도시	
생년월일 (mm/dd/yy)	나이:	전화번호	주요 번호
체중:	키:	집 ()	<input type="checkbox"/>
운전사 지시 사항 (해당하는 모든 항목에 체크하세요)		핸드폰 ()	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 정문 <input type="checkbox"/> 뒷문 <input type="checkbox"/> 옆문 <input type="checkbox"/> 벨 울림 <input type="checkbox"/> 노크 <input type="checkbox"/> 운전사가 문 열쇠를 가지고 있습니다 <input type="checkbox"/> 난청 <input type="checkbox"/> 시각 장애인 <input type="checkbox"/> 산소 호흡기 사용자 <input type="checkbox"/> 보행 장애인 <input type="checkbox"/> 휠체어 사용자 <input type="checkbox"/> 보행기/지팡이 사용자 <input type="checkbox"/> 기타		집으로 가는 길 (교차로 포함 건물 의 비밀 번호 등)	

민족 (하나를 선택하십시오.)	인종 (하나 이상 선택 가능. 연방 통계를 위해 사용됨)	<input type="checkbox"/> 허약자
<input type="checkbox"/> 히스패닉/라틴계 아님 <input type="checkbox"/> 히스패닉/라틴계	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인/아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 태평양 섬 주민/하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 취약자
성별	성적 지향 (선택 사항):	미군 재향 군인
<input type="checkbox"/> 여자 <input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 양성 <input type="checkbox"/> 성전환자 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 이성애자 <input type="checkbox"/> 동성애자 <input type="checkbox"/> 양성애자 <input type="checkbox"/> 잘 모름 <input type="checkbox"/> 기타인 경우:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
월수입 (하나 선택)	1 인:	2 인:
Federal Poverty Level - 연방 빈곤선	<input type="checkbox"/> \$ 0 - \$1,255 월수입	<input type="checkbox"/> \$ 0 - \$1,703 월수입
연방빈곤선과 최저 노후 생활비 사이	<input type="checkbox"/> \$1,256 - \$3,034 월수입	<input type="checkbox"/> \$1,704 - \$4,011 월수입
	<input type="checkbox"/> \$3,035 - 그 이상	<input type="checkbox"/> \$4,012 - 그 이상

비상 연락망:	전화번호	<input checked="" type="checkbox"/> 주요 전화를 표시해 주세요
성명	관계	<input type="checkbox"/> 집
시	<input type="checkbox"/> 위 사람과와 사례를 논의할 수 있는 권한 부여	<input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 직장
성명	관계	<input type="checkbox"/> 집
시	<input type="checkbox"/> 위 사람과와 사례를 논의할 수 있는 권한 부여	<input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 직장
주치의 성명		<input type="checkbox"/> 직장

시

위 사람과와 사례를 논의할 수 있는 권한 부여

기구를 사용한 일상 생활 활동 - 지난 7일 사이, 아래의 일상생활 활동 중 본인이 혼자 하기 어려웠거나 다른 사람의 도움을 받아야했던 경우 '도움이 필요함'에 표시하십시오.

- | | | | |
|-----------|----------------------------------|----------------|----------------------------------|
| 1. 요리하기 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 | 5. 약 챙겨 먹기 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 |
| 2. 보통 집안일 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 | 6. 교통 수단 이용 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 |
| 3. 빨래 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 | 7. 청구서 지급/금전관리 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 |
| 4. 장보기 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 | 8. 전화 사용 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 |

일상 생활 활동-지난 7일 사이, 본인이 혼자 하기 어려웠거나 다른 사람의 도움을 받아야했던 경우 '도움이 필요함'에 표시하십시오.

- | | | | |
|------|----------------------------------|---------------|----------------------------------|
| 목욕 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 | 침대나 의자에서 일어나기 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 |
| 옷 입기 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 | 요실금 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 |
| 식사하기 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 | 화장실 사용 | <input type="checkbox"/> 도움이 필요함 |

영양실조 위험도 조사

1. 최근에 의도치 않게 체중이 줄었습니까? 아니요 네
만일 그렇다면 얼마나 줄었습니까? 2-13 파운드
 14-23 파운드
 24-33 파운드
 34 파운드나 그 이상
 잘 모름
2. 식욕 감소로 인해 잘 먹지 못했습니까? 아니요 네

식량 부족 가능성 심사

1. 지난 12 개월 동안, 다음 식료품을 살 돈이 생기기 전에 음식이 다 떨어지지 않을까 걱정했습니까? 전혀 없다 가끔 자주
2. 지난 12 개월 동안, 식료품이 떨어졌을 때 더 살 돈이 없었던 적이 있다. 전혀 없다 가끔 자주

영양 건강 상태 검사 영양 건강이 좋지 않다는 경고 신호가 종종 간과됩니다. 이 설문 조사는 영양 위험에 처해 있는지 확인하는 데 도움이 됩니다. 아래 사항 중 해당되는 곳에 표시하십시오.

3. 하루에 두 끼 이하를 드십니까? 아니요 네
4. 대부분 혼자서 식사하십니까? 아니요 네
5. 하루에 우유나 유제품을 2 인분 미만으로 드십니까? 아니요 네
6. 하루에 과일이나 채소를 5 인분 미만으로 드십니까? 아니요 네
7. 하루에 맥주, 주류, 또는 와인을 3 잔 이상 거의 매일 드십니까? 아니요 네
8. 의도치 않게, 지난 6 개월 동안 체중이 감소하거나 증가했습니까? 아니요 네, 감소 네, 증가
9. 건강상의 이유로 섭취하는 음식의 종류나 그 양에 변화가 있었습니까? (예: 당뇨병, 심장병 신장 질환 등) 아니요 네
10. 하루에 3 개 이상의 처방약 또는 다른 약을 복용합니까? 아니요 네
11. 몸이 불편하여 혼자서 장보기, 요리, 혹은 식사를 할 수 없거나 다른 사람의 도움을 받고 있습니까? 아니요 네
12. 치아나 입에 문제가 있어 먹기 어렵습니까? 아니요 네
13. 때때로 음식을 살 돈이 부족합니까? 아니요 네

영양 건강에 대해 영양사와 상담하려면 옆의 네모 칸에 표시 하십시오..

월빙 검진 프로그램 혼자 살며, 집에 주로 있으며, 60 세 이상 또는 장애가 있는 18+이상 거주자의 복지를 확인하기 위해 고안된 자동 전화 안심 프로그램입니다. 점심배달 프로그램 참가자는 이 프로그램에 등록하는 것을 권장합니다.

등록이나, 건강 검진 프로그램에 대한 정보를 받는 것을 거부하시면 네모 칸에 표시하십시오.

선호하는 식사 종류 (다음 중 하나를 선택하십시오):

- 따뜻한 식사: 평일 월요일-금요일에 따뜻한 식사 1 회 제공.
- 냉동 식품: 매주 예정된 날짜에 배달되는 5 냉동 식품의 1 주일 분량.
- 고위험 고객만 해당 / 주말에 사용할 수 있도록 2 냉동 식품의 평일 배달.

냉동 식품은 완전히 조리되며 일반 오븐이나 전자 레인지에서 다시 데울 수 있습니다.

개인의 의무

- 식사 배달을 받고 운전기사와 연락하기 위하여 집에서 대기하고 있어야 합니다. 운전 기사는 귀하가 안전하다는 것을 확인하지 않고 식사를 두고 갈 수 없습니다.
- 운전자가 배달 중, 모든 애완 동물의 적절한 단속 등을 통하여 운전자가 문에 안전하게 접근 할 수 있어야합니다.
- 진료 예약이 있거나 집에 없을 경우, 영업일 기준 전날 정오 12:00 까지 *Meals on Wheels* 에 전화하여 식사 배달을 일시적으로 중단해야 합니다. 하루 중 언제든지, 주 7 일 메시지를 남길 수 있습니다.
- 문을 두드리는 소리를 못 듣고, 운전기사가 남긴 '배달 시도' 쪽지가 있거나, 전화 음성 메시지를 받으면 즉시 *Meals on Wheels(201-336-7420)*로 전화하십시오. 연락이 없으면 식사 배달을 중단하고 경찰에 신고하여 귀하의 건강 상태를 확인할 수 있습니다.
- 배송을 반복적으로 일시 중단하지 않거나 일시 중지가 지연되면 프로그램이 종료될 수 있습니다. 음식은 우리가 낭비할 수 없는 귀중한 자원입니다.
- 식사 당 \$ 1.25 의 자발적인 기부를 권합니다. 본인이 할 수 있는 액수를 기부하십시오.
- 하루에 한 끼만 제공할 수 있으며, 그리고 위험한 기상 조건이나 기타 예상치 못한 상황으로 인해 특정 날짜에 계획대로 식사를 배달하지 못할 수도 있습니다. 항상 집에 예비음식이 있도록 해야 합니다.
- 6개월마다 집에서 대면 평가를 통해 가정 배달 식사를 계속 받을 수 있는 자격을 결정 하고 귀하에게 도움이 되는 다른 서비스에 대해 알려드립니다. 담당자가 4시간 이내에 약속을 잡기 위해 연락을 드릴 것입니다. 원하는 경우 가족이나 간병인이 참석할 수 있습니다.

이 신청서를 제출함으로써 본인은 자격 결정을 위해 제공된 정보가 본인이 아는 한 정확함을 증명하고 이 서비스를 수락할 때 고객의 책임을 이해하고 동의합니다.

서명 _____

날짜 _____