殘障人士及長者服務部顧客登記表

*登記日期 :_____ *填表者姓名:_____ *機構 :_____

身 份 證明

*姓名: _____ _____ _____
姓氏 名字 中間名字

_____ _____
別姓 別名

*出生日期: _____/_____/_____ 電郵地址: _____
月 日 年

GetCare 號碼: _____ (CARS 配定)
機構內部檔案號碼: _____ (如适用)
金卡號碼:_____ (如持有金卡)

地址類型: ☐ 不詳 ☐ 家庭住址 ☐ 郵寄地址 無家者 ☐ 是 / ☐ 不是
*地址:_____
*城市: _____ *州: _____ *郵區號碼: _____
電話 1._____ ☐ 家庭 ☐ 工作 ☐ 手機 ☐ 無
電話 2._____ ☐ 家庭 ☐ 工作 ☐ 手機 ☐ 無

緊 急 聯 絡 1: ☐ 個人 ☐ 紧急情况 ☐ 醫療

_____ _____ _____
姓氏 名字 中間名字

關係: _____ 電郵地址: _____

地址: _____

城市:_____州: _____郵區號碼: _____

電話 1._____ ☐ 家庭 ☐ 工作 ☐ 手機 ☐ 無

電話 2._____ ☐ 家庭 ☐ 工作 ☐ 手機 ☐ 無

注備: _____

緊急聯絡 2: ☐ 個人 ☐ 紧急情况 ☐ 醫療

_____ _____ _____

姓氏 名字 中間名字

關係: _____ 電郵地址: _____

地址: _____

城市:_____州: _____郵區號碼: _____

電話 1._____ ☐ 家庭 ☐ 工作 ☐ 手機 ☐ 無

電話 2._____ ☐ 家庭 ☐ 工作 ☐ 手機 ☐ 無

注備: _____

個人資料

1. *您的性別是? (選擇一個最符合您目前的性別認同的選項)

☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 跨性男 ☐ 跨性女

☐ 性別酷兒/非二元性別 ☐ 以上皆不是。請說明 :_____

☐ 拒絕回答

2. *您如何描述自己的性傾向或性別認同? (請選擇一項)

☐ 異性戀 ☐ 雙性戀 ☐ 男同性戀/女同性戀/同性戀愛

☐ 有疑問/不確定 ☐ 以上皆不是。請說明: _____

☐ 拒絕回答

3. *民族: ☐ 西班牙/拉丁裔 ☐ 非西班牙/拉丁裔 ☐ 拒絕回答

4. *種族(您可以勾選多個):

☑		☑		☑	
	美洲印第安或阿拉斯加原住民		夏威夷裔		薩摩亞裔
	亞洲-印度裔		日裔		越南裔
	黑人或非裔美國人		韓裔		白人
	柬埔寨裔		寮國裔		拒絕回答
	華裔		拉丁裔		其他-無符合選項
	菲律賓裔		其他-亞洲		
	關島裔		其他-太平洋島裔		

5. *主要語言: _____

（Refer to Demographic Look-up Key for options）

6. 英語程度: ☐ 需要翻譯 ☐ 有限 ☐ 流利

7. 退伍軍人情況: ☐ 兒女 ☐ 沒有 ☐ 配偶 ☐ 退伍軍人

8. *都市 / 鄉村: ☐ 都市 ☐ 鄉村 ☐ 拒絕回答

9. 管理地區:_____(1st – 11th) (supervisory district lookup on ca.getcare)

10. *居住狀況: ☐ 獨居 ☐ 不是獨居 ☐拒絕回答

11. *你的收入水平是否低於 100%聯邦政府的貧窮標準? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 拒絕回答

如果回答"否 ", 請回答A 和 B (可選择性回答)

	☐ 是	☐ 否	☐ 拒絕回答
A. 你的收入水平在或低於 200%貧窮標準?			
B. 你的收入水平在或低於 300%貧窮標準嗎?	☐ 是	☐ 否	☐ 拒絕回答

(消費者的收入超過兩倍可能還有資格得到 CalFresh。請聯係 CalFresh 電話是 415-558-4700)

12. *生活補助: ☐ 是 ☐ 否

13. *加州醫藥卡/ 醫療保險: ☐ 是 ☐ 有資格 ☐ 否 ☐ 拒絕回答 ☐ 不知道

營養不良的跡象往往被忽視。 使用此表格來確定您或您認識的人是否處於營養風險。 閱讀下面問題。 在“是”列中圈出適用於您的數字。總計你的營養成績。 *姓名: _____ GetCare 號碼: _____			***測定您的營養健康**
營養不良症測試問題	是	否	不回答
1. 我因為有疾病或其他原因改變了我的飲食習慣	☐ 2	☐ 0	☐ 0
2. 我每天吃少於兩餐	☐ 3	☐ 0	☐ 0
3. 我每天很少吃* 水果, 蔬菜, 奶製品的食物 (少於五份的水果/蔬菜 或者 少於兩杯牛奶)	☐ 2	☐ 0	☐ 0
4. 我幾乎每天都喝三杯以上的啤酒或酒	☐ 2	☐ 0	☐ 0
5. 我有牙齒或口腔的問題令我的進食困難	☐ 2	☐ 0	☐ 0
6. 我不是經常有足夠的錢去買我所需要的食物	☐ 4	☐ 0	☐ 0
7. 我經常一個人進餐	☐ 1	☐ 0	☐ 0
8. 我每天吃三種以上處方藥或成藥	☐ 1	☐ 0	☐ 0
9. 我的體重在過去的六個月里非刻意增加或減少了 10 磅	☐ 2	☐ 0	☐ 0
10.我不是經常有能力去購物、煮飯或者自己進食	☐ 2	☐ 0	☐ 0
總分			

你的總分說明了:

0-2 分	**您的營養健康很好!** 六個月或十二個月以後再次測試您的營養健康分數。
3-5 分	**您有輕微的營養不良。** 您應該改善您的飲食習慣。您可以到三藩市殘障人士及長者服務部、社區/長者中心或者衛生局尋求幫助。六個月後再次測試您的營養健康分數。
6 分以上	**您的營養狀況令人擔憂。** 下次您去看醫生、營養師或者其他持照健康或社會服務專業人士時，請帶上您這張問題清單，向他們咨詢您的潛在問題，並且尋求幫助來改善您的營養健康狀況。

我有興趣獲得以下的營養資源:

☐ 營養諮詢 ☐ 營養研習課程 ☐ 沒有興趣

這是美國家庭醫師學會，美國飲食協會和全國老齡化理事會的一個項目, 由營養篩選計劃開發。

For Office Use Only: Provide consumer a copy of this completed survey

Provided: ☐ Nutrition Education- Materials ☐Additional Food Resources ☐Other:_____

Site Name: _____Staff full name: _____Date:_____

*足夠食物資源和食物計劃使用：

完成日期: _____/_____/_____

請閱讀以下句子，選擇最適合關於您 / 家庭成員的答案。

1*. 在過去 12 個月裡，“我們擔心所有的食物在有錢之前已經吃完了。”

☐ 經常發生 ☐ 有時候發生 ☐ 從來沒有

2*. 在過去 12 個月裡，“我們沒有足夠的食物和沒有足夠錢去買更多的食物。”

☐ 經常發生 ☐ 有時候發生 ☐ 從來沒有

3*. 在過去 12 個月裡，您或您的家庭成員是否從食物餐室，免費餐室，庇護中心膳食，營養聚餐，學校餐，糧食券(CalFresh) 或母嬰兒童營養補助計劃(WIC)等食品計劃中獲得食物?

☐ 是 ☐ 否

如果"是"，選擇所有您參與的計劃：

☐ 營養聚餐 ☐ 免費用餐 (例如 Glide 餐室，聖安東尼餐室)

☐ 食物餐室 ☐ 送餐服務 ☐ 送食物雜貨服務

☐ 糧食券 ☐ 母嬰兒童營養補助計劃