

美國長者行動計劃

請用印刷體清晰填寫

所有計劃均需填寫客戶資訊

名：	中間名縮寫	姓	初登記日期
街道地址	城市	州	郵遞區號
電話號碼			
出生日期：月/日/年	性別：	社會安全號碼	
	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 拒答		
種族特點	種族		
<input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 拒答	<input type="checkbox"/> 美國 印第安人/阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 印度人 <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 <input type="checkbox"/> 柬埔寨人 <input type="checkbox"/> 華人 <input type="checkbox"/> 菲律賓人 <input type="checkbox"/> 拒答	<input type="checkbox"/> 關島人 <input type="checkbox"/> 夏威夷人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 韓國人 <input type="checkbox"/> 老撾人 <input type="checkbox"/> 其他亞洲種族 <input type="checkbox"/> 拒答	<input type="checkbox"/> 其他太平洋島嶼 <input type="checkbox"/> 其他種族 <input type="checkbox"/> 多個種族 <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 白人
收入低於？	是	沒有	拒答
每月少於 972.50 美元 1 個人			
每月少於 1,311.00 美元 2 個人			
獨自生活	是	沒有	拒答

營養風險評估 必須完成下列程式：

是 否

請核取所有符合條件的選項：	是
因生病或出現健康問題我會改變我飲食的種類和/或數量。(2 分)	
我每天進食少於 2 餐(3 分)	
以下食物中 我每日食用少於 2 份份量：水果、蔬菜、乳製品(2 分)	
我幾乎每日飲用三次或以上的啤酒、烈性酒和葡萄酒(2 分)	
我有造成進食困難的牙齒或口腔問題(2 分)	
我沒有足夠的錢購買所需食品(4 分)	
我大部分時間獨自一人吃飯(1 分)	
每日服用三種或更多的處方藥(1 分)	
在過去六個月 我的體重減少/增加了 10 磅 這不符合我的意願(2 分)	
我的身體狀況並非總是能容許我購物、烹飪和/或餵飼自己(2 分)	
拒絕回答	
	總分

緊急聯絡資訊

姓名：	關係：
地址：	州/郵遞區號
電話 1：	電話 2：
醫生：	電話：

同時填寫反面的日常生活活動/工具性日常生活活動 (ADL/IADL) 部分：
送餐、成人日常護理/健康和個案管理計劃

在以下程式中必須填寫 ADL/IADL 評定表：

送餐、成人日常護理/健康及個案管理

日常生活活動選擇

用餐	
穿衣	
床/椅間的轉移	
沐浴	
如廁	
行走	
梳洗	

請核取是否：

無障礙

工具性日常生活活動選擇

較輕的家務	
洗衣	
購物	
膳食準備	
交通	
使用電話	
藥物管理	
理財	
較重的家務	

非長者送餐的參與者

Medi-Cal 代碼：

代碼：1. 獨立自主；2. 需要言語援助；3. 需要一些人工幫助；4. 需要許多人工幫助；5. 依賴他人；

認知功能障礙的評估：務必填寫標題 III 老年退化症計劃

認知功能障礙 — 核取一項

沒有障礙

中度

重度

San Mateo 縣郊區

社區名	郵遞區
El Granada	94018
Half Moon Bay	94019
La Honda	94020
Loma Mar	94021
Montara	94037
Moss Beach	94038
Pescadero	94060
Princeton-by-the-Sea	94018
San Gregorio	94074

僅限供應商使用

登記狀況

已啟用

停用

已故

離開服務區

不再想接受服務

不再有 SNE 認證

不再有醫療資格

制度化

服務成本高

不再有 MSSP 資格

不遵循護理計劃

擱置

不再需要服務

歷次活動

在候補名單上

其他原因