

New
 Delete
 Change

**Santa Clara County
Senior Nutrition Program
SC 1367 Registration Form**

Q Entry Date: _____
Staff Initial: _____
Registration # _____

提供膳食的資金要求我們向接受這些服務的個人索取資訊。
加州法律禁止公開披露此資訊，因此你的個人資訊將被保密。

中心名稱：_____

請選擇下列其中一項：

長者60歲以上 長者配偶60歲以下 居住在長者住房 (John 23rd、Stevenson House) 60歲以下殘疾人 60歲以下殘疾人由另一成年人照顧 60歲以下的志願者

請用正楷

參加者資料 - 填妥各欄

*名	中間名首字母	*姓	日期	電話號碼

***地址：**

街道：

城市：

郵編：

*出生日期 (月 / 日 / 年)	*族裔： (勾選所有適用的)				
	<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 美洲印第安／阿拉斯加土著			
	<input type="checkbox"/> 黑人				
*種族： (勾選其一)	亞裔：				
<input type="checkbox"/> 非西班牙／拉丁 <input type="checkbox"/> 西班牙 <input type="checkbox"/> 不願透露	<input type="checkbox"/> 亞印	<input type="checkbox"/> 華人	<input type="checkbox"/> 日本	<input type="checkbox"/> 韓國	<input type="checkbox"/> 其他亞州
	<input type="checkbox"/> 柬埔寨	<input type="checkbox"/> 菲律賓	<input type="checkbox"/> 越南	<input type="checkbox"/> 寮國	
*婚姻狀況： (勾選其一)	夏威夷／其他太平洋島民				
<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 独寡	<input type="checkbox"/> 關島	<input type="checkbox"/> 夏威夷	<input type="checkbox"/> 薩摩亞	<input type="checkbox"/> 其他太平洋島民	<input type="checkbox"/> 不願透露

社安號碼 - 最後四數字 (選項)

XXX-XX-_____

***主要語言：**

英文 西班牙文 中文 越南文 韓文
 塔加洛語 其他：_____

鄉村

是 否 不願透露

***你領取 SSI 或 SSP ？**

是 否

***你獨立居住？**

是 否

***聯邦貧窮線： (勾選其一)**

少於 100% 高於 100% 不願透露

***性別？ (勾選其一)**

男 女 不願透露

***出生時性別 (勾選其一)**

男 女 不願透露

***你如何描述你的性取向或性別認同？ (勾選其一)**

直／異性戀 雙性戀 男同性戀／女同性戀／同性戀愛 存疑／不確定
 不願透露

*退伍軍人身份

你曾經在美國軍隊服役過嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不願透露
你的配偶、合法伴侶、父母或子女是在美國軍隊服役或曾經在美國服役嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不願透露

若果你認定與軍隊服役有關連，請在以下選擇是與否：“我同意本機構和加州老齡部將我的名字、電郵地址、郵寄地址和手機號碼傳送給退伍軍人事務部，僅用於接收更多資訊有關我可能有資格享受的退伍軍人福利。據我所知，這份同意書有效期為12個月。”

是 否

聯絡加州退伍軍人事務部（CalVet），透過 www.calvet.ca.gov 或 1-800-952-5626 以確定獲得服務和支援的資格。

*營養風險評估

在“是”欄中圈出適用於您的數字。 您的營養得分總計	是	否	不願透露
我的病情或藥物改變食物的種類及／或數量。	2		
我每天進食少於兩餐。	3		
我每天進食不到兩份之水果、蔬菜、奶製品食物。	2		
我幾乎每天都喝三杯或更多的啤酒、白酒、或葡萄酒。	2		
我有牙齒或口腔問題，故難以進食。	2		
我不總是常有足夠金錢購買我所需的食物。	4		
我大部分時間都獨自進食。	1		
我每天服用三種或更多處方或非處方藥物。	1		
在非意願下，過去六個月，我增加或減少了十磅體重	2		
我不總是常有體力能夠自己去購物、煮飯及／或進食	2		
0-5分 - 沒有營養風險； 6分或以上 - 有營養風險	總分數：		

緊急聯絡資料

姓名：	
關係：	電話：
地址：	
醫生姓名：	電話：

*糧食安全問卷

在過去的12個月裡，你是否擔心在你拿到錢買更多之前，你的食物是否會用完？

往往真確 有時真確 從不真確

在過去的12個月裡，我買的食物現已無以維繼，同時我沒有錢買更多。

往往真確 有時真確 從不真確

在過去的12個月裡，你是否曾因為沒有足夠的錢買食物，從而飢餓過沒有進食？

往往真確 有時真確 從不真確

在過去的12個月裡，你是否因為沒有足夠的錢買食物而吃得比你覺得的少？

是 否

*必答問題

SC 1367 form-Rev. 7/2023-C