

- ☐ New
☐ Delete
☐ Change

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

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

Cơ quan tài trợ các bữa ăn buộc chúng tôi phải có thông tin cá nhân của những người nhận quyền lợi này. Luật của tiểu bang California cấm hé lộ các thông tin này , vì vậy thông tin của quý vị sẽ được giữ kín.

Địa Điểm: _____

Xin đánh vào một ô sau đây:

- ☐ Người trên 60 tuổi ☐ Vợ hay chồng dưới 60 của người cao tuổi
☐ Người dưới 60 bị khuyết tật đang sống trong khu người già (John 23rd, Stevenson House)
☐ Người dưới 60 bị khuyết tật đang được chăm sóc bởi một người cao tuổi ☐ Người thiện nguyện dưới 60 tuổi

XIN ĐIỀN ĐƠN RÕ RANG

Thông tin của người tham gia - Xin điền vào tất cả các phần

*Tên	Tất của chữ lót	*Họ	Ngày điền đơn	Số điện thoại

***Địa chỉ:**

Số nhà/tên đường:

Thành phố:

Số Zipcode:

***Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm) *Sắc dân: (Xin đánh vào tất cả ô nào đúng với quý vị)**

- ☐ Người da trắng ☐ Người Mỹ gốc da đỏ
☐ Người da đen

***Dân tộc: (Xin đánh vào một ô)**

- ☐ Không phải người Mỹ ☐ Người Mỹ
☐ Từ chối trả lời
- Người Châu Á:**
☐ Ấn Độ ☐ Nhật Bản ☐ Đại Hàn ☐ Cam Bốt ☐ Phi Luật Tân
☐ Vietnam ☐ Lào ☐ Các sắc dân Á Châu khác

***Tình trạng gia đình: (Xin đánh vào một ô)**

- ☐ Độc thân ☐ Có gia đình ☐ Ly dị
☐ Góa bụa

Thuộc đảo Hawaii/Quần đảo Thái Bình Dương

- ☐ Dân đảo Guam ☐ Dân Hawaii ☐ Dân Samoan
☐ Dân thuộc các quần đảo khác ☐ Từ chối trả lời

Số An Sinh Xã Hội-4 số cuối (không bắt buộc)

XXX-XX- _____

*** Ngôn ngữ chính (xin đánh vào một ô)**

- ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung Hoa ☐ Tiếng Việt Nam
☐ Tiếng Đại Hàn ☐ Tiếng Phi ☐ Các ngôn ngữ khác: _____

***Thuộc dân quê (xin đánh vào một ô)**

- ☐ Đúng ☐ Sai ☐ Từ chối trả lời

***Có nhân tiền SSI or SSP không? (xin đánh vào một ô)**

- ☐ Có ☐ Không

***Hiện sống một mình? (xin đánh vào một ô)**

- ☐ Có ☐ Không

***Mức thu nhập thấp theo luật Liên Bang (FPL): (Xin đánh vào một ô)**

- ☐ Dưới 100% FPL ☐ Trên 100% FPL ☐ Từ chối trả lời

***Giới tính của quý vị là gì? (Xin đánh vào một ô)**

- ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Chuyển giới nam ☐ Chuyển giới nữ ☐ Đa giới tính/Ái nam ái nữ
☐ Không được liệt kê/Xin ghi rõ: _____ ☐ Từ chối trả lời

***Giới tính của quý vị khi sinh ra là gì? (Xin đánh vào một ô)**

- ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Từ chối trả lời

***Quý vị mô tả khuynh hướng giới tính hay nhận dạng giới tính của mình ra sao? (Xin đánh vào một ô)**

- ☐ Thăng tính/Dị tính ☐ Lưỡng tính ☐ Đồng tính nam/Dồng tính nữ/Yêu người đồng giới
☐ Đang tự hỏi/Không chắc ☐ Từ chối trả lời

*Tình trạng cựu chiến binh (Xin đánh vào một ô)			
Quý vị có bao giờ phục vụ trong quân lực Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không ☐ Từ chối trả lời			
Quý vị có phải vợ hay chồng, người bạn đời hợp pháp, cha mẹ, hay con cái của người đang phục vụ hay đã phục vụ trong quân đội Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không ☐ Từ chối trả lời			
Nếu quý vị nghĩ rằng mình có dính líu đến quân đội, hãy đánh vào ô dưới đây: "Tôi đồng ý cho cơ quan này và Cơ Quan Người Già Tiểu Bang California chuyển tên tôi, số email, địa chỉ, và số phone tay cho Cơ Quan Cựu Chiến Binh tại California chỉ với mục đích là có thêm thông tin về quyền lợi cựu chiến binh mà tôi có thể nhận được. Tôi hiểu rằng sự đồng ý này chỉ có hiệu lực trong vòng 12 tháng." ☐ Có ☐ Không Xin liên lạc cơ quan California Department of Veterans Affairs (CalVet) tại trang web www.calvet.ca.gov hay số 1-800-952-5626 để được thẩm định xem có đạt tiêu chuẩn về các dịch vụ và hỗ trợ không.			
*Thẩm Định Dinh Dưỡng			
<i>Xin vòng vào các số trong ô "Có" tất cả các câu đúng với quý vị. Cộng các điểm đó lại.</i>		Có	Không
Tôi có bệnh hay điều kiện sức khỏe làm tôi phải thay đổi loại thức ăn hay lượng thức ăn		2	
Tôi ăn dưới 2 bữa mỗi ngày		3	
Tôi ăn chút ít trái cây, rau hay thức ăn có sữa		2	
Tôi uống 3 hay hơn 3 ly bia, rượu hay rượu vang mỗi ngày		2	
Tôi có vấn đề về răng hay miệng làm tôi khó ăn		2	
Tôi không luôn luôn có đủ tiền để mua thực phẩm tôi cần		4	
Tôi hầu như lúc nào cũng ăn một mình		1	
Tôi thường uống mỗi ngày 3 hay hơn 3 loại thuốc có toa hay không toa mua tại quầy		1	
Dù không muốn, tôi đã sụt hay tăng 10 pounds trong 6 tháng qua		2	
Tôi không luôn luôn đủ sức khỏe để đi chợ, nấu ăn hay tự ăn lấy		2	
Từ 0-5 điểm Không bị nguy cơ dinh dưỡng; 6 điểm hay hơn có nguy cơ dinh dưỡng		Tổng cộng	
Thông tin liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:			
Họ, Tên:			
Liên Hệ gia đình:		Điện thoại số:	
Địa chỉ:			
Tên Bác Sĩ:		Điện thoại số:	
*Câu hỏi về An Toàn Thực Phẩm			
Trong 12 tháng qua, có khi nào quý vị lo lắng thực phẩm của quý vị sẽ hết trước khi quý vị có tiền mua thêm?			
☐ Thường như vậy ☐ Có khi như vậy ☐ Chưa bao giờ như vậy			
Trong 12 tháng qua, thực phẩm tôi mua không kéo dài lâu được và tôi đã không có tiền mua thêm.			
☐ Thường đúng vậy ☐ Có khi đúng vậy ☐ Chưa bao giờ như vậy			
Trong 12 tháng qua, có khi nào quý vị bị đói nhưng đã không ăn bởi vì không đủ tiền mua thức ăn?			
☐ Thường đúng vậy ☐ Có khi đúng vậy ☐ Chưa bao giờ như vậy			
Trong 12 tháng qua, có khi nào quý vị ăn ít hơn quý vị cảm thấy có thể ăn bởi vì không đủ tiền mua thức ăn?			
☐ Có ☐ Không			