



Bienvenido al programa de comidas de Wheeling Servicios a la Tercera Edad Lunch at the Center “Almuerzo en el Centro”. Para que su participación sea agradable, es importante que todos comprendamos algunas pautas

- Los fondos (en su totalidad / en parte) para esta publicación / programa se proporcionaron a través de una adjudicación / contrato de AgeOptions bajo el Título III de la Ley de Estadounidenses Mayores, Administración Federal sobre el Envejecimiento, y a través del Departamento de Envejecimiento de Illinois.
- Cada participante debe tener al menos 60 años de edad con algunas excepciones:
 - o El cónyuge del participante mayor de 60 años.
 - o El cuidador de un participante de 60 años o más.
 - o Persona con discapacidad sin importar la edad que reside con alguien de 60 años o más
- El costo actual para cada porción es de \$ 8.00. Se le pide a cada participante que contribuya con parte del costo de su comida. La donación / contribución sugerida es de \$ 5.00 por comida. Todas las contribuciones son voluntarias y confidenciales. A nadie se le negará el servicio por no poder pagar. Para nuestros participantes frecuentes, ofrecemos una tarjeta perforada de 5 comidas por \$ 20.00. Esta tarjeta no tiene fecha de vencimiento y es transferible.
- Se puede comprar una comida conjunta para un cónyuge confinado en su hogar o para el fin de semana, siempre que no prive a otra persona mayor de una comida. Estas comidas deben pedirse con anticipación, preferiblemente al hacer reservas para su comida. Estas comidas cuestan \$ 8.00 cada una.
- Para ayudar en la planificación de la preparación de la comida, todos los participantes deben reservar su lugar para cenar al menos 48 horas antes de cuando planean asistir, preferiblemente con 1 semana de anticipación.
- **TODOS LOS PARTICIPANTS DEBEN INICIAR SESIÓN EN LA TABLA DE INSCRIPCIÓN ANTES DE COMER.**
- La información demográfica se recopilará inicialmente en el momento de la inscripción para servir mejor a los participantes y proporcionar un vehículo para evaluar la efectividad del programa. Pedimos su cooperación.
- El Village de Wheeling no discrimina en la admisión a programas o actividades o el tratamiento del empleo de conformidad con los estatutos estatales y federales apropiados. Si siente que ha sido discriminado, llame al (847)499-9090 o al 1 (800) 699-9043.

Nombre del participante:

He leído y entiendo la información anterior. _____

Firma del participante de la cena congregada Fecha



NapisPak Intake: Data Personal

Marque su seleccion: Sr. Sra. Srta.

Nombre_____

Apellido_____

Fecha de Registro_____/_____/_____

Estado Civil_____

Genero: Femenino_____ Masculino_____

Fecha de Nacimiento_____/_____/_____

Numero de personas en su domicilio_____

Numero de Telefono_____

Direccion_____

Direccion_____

Ciudad_____

Estado_____ Pais_____

Ethnicidad (marque uno):

Hispano o Latino_____

No Hispano o Latino_____

No determinado_____

Raza (marque uno):

Indio Americano/Indigena_____

Asiatico_____

Negro/Afro Americano_____

Indigena Hawaiana/Otro de las islas pacificas_____

Blanco, no-Hispano_____

Blanco, Hispano_____

Dos razas o mas_____

otror_____

Additional Questions:

Vive en Pobreza Si_____ No_____

Vive Solo/a Si_____ No_____

Nombre del Cliente

Provider Name

AgeOptions

1048 Lake Street, Suite 300

phone (800)699-9043

fax (708)524-0870

www.ageoptions.org

Oak Park, Illinois 60301-1102

(708)383-0258

TTY (708)524-1653



Riesgo Nutritivo

Abajo ponga el numero indicado 1) Si; 2) No, 3) No Sabe, 4) No quiere contestar

Tengo un enfermedad o condicion que me ha hecho cambiar la cantidad o tipo de comida que como _____

Tomo 3 tipos de medicinas recetadas o sin receta o mas al dia _____

Tengo problemas de la dentura o boca que me hace dificil comer _____

Sin querer, he perdido o subido 10 libras o mas en los ultimos 6 meses _____

No siempre puedo comprar o preparar mi comida _____

Como menos de dos comidas al dia _____

No siempre tengo suficiente dinero para comprar comida _____

Yo como pocos vegetales, frutas, y productos lacteos _____

Como solo/a todos los dias _____

Bebo mas de tres vasos de vino u otro alcohol al dia _____

Dieta Especial (Marque cuando apropiado):

Diabetico _____ Bajo en Sodio _____ Bajo en grasas/colesterol _____

Suave _____ Otro _____