

SPECTRUM LUNCH REGISTRATION FORM 2023-2024

此表格僅適用於 2023 年 7 月 1 日至 2024 年 6 月 30 日

本欄由用餐點的員工填寫 **TO BE COMPLETED BY SITE**

No meal served until completed form received

Meal Site _____

Date received by site: _____

New Participant Renewal – Annual Registration

Received & reviewed by: _____

Add Site – Previously registered at _____

Date sent to Spectrum: _____

Instructions

1. Complete all three pages – All information will be kept strictly confidential.
2. Sign and date last the page.
3. Turn in to Meal Site before receiving first meal.

請使用英文填寫參與者資料 Please Print Participant Information in English

名字 First Name _____ 姓氏 Last/Family Name _____

出生日期 (月/日/年) Birth Date ____ / ____ / ____

60 岁或以上的人才符合资格* Eligibility for this program requires that you are 60 years or older*

*如果你是 60 岁以下需要付 14 美金的餐费 *Guests younger than 60 must pay the \$14.00 non-senior meal rate

特例 Exceptions:

已註冊用餐者的配偶– 配偶姓名: _____ Spouse of participant

55 岁以上居住在老年公寓用餐点的住户 Resident at Senior 55+ Housing Meal Site

用餐点的义工 Meal Site Volunteer

地址 Address _____

房间号 Apt/Unit/Space # _____

無一定居所 Unsheltered

城市 City _____

邮编 Zip Code _____

家居电话号码 (____) _____--_____

手机号码 (____) _____--_____

Home Phone

Mobile/Cell Phone

电子邮箱 Email _____

Spectrum 希望与您联系交流关于我们提供的项目和活动

Spectrum would like to communicate with you regarding our programs and events

不接受电邮 opt out of emails

不接受手机短信 opt out of text messages

您家中是否有其他人也是 Spectrum 長者餐的會員? 是 否

Is another person in your household a Spectrum Meals participant? If yes, provide name and relationship.

如果是, 姓名: _____ 關係: _____

紧急联系人 Emergency Contact 緊急聯繫人是否與用餐者住一起 是 否

姓名 Name _____ 關係 Relationship _____

家庭电话 Home Phone (____) _____--_____ 手機 Cell Phone (____) _____--_____

你是户主吗 Are you the Head of Household? 是 Yes 不是 No

你是独居吗 Do You Live Alone? 是 Yes 不是 No, 家中人數 Number in household: _____

你是退伍军人吗 Are you a U.S. Veteran? 是 Yes 不是 No

擅长说那种语言 Preferred spoken language

英语 English 普通话 Mandarin 广东话 Cantonese 越南语 Vietnamese 日语 Japanese

西班牙语 Spanish 达里语/波斯语 Dari/Farsi 他加禄语 Tagalog

其他 Other _____

擅长书写的语言 Preferred written language

需人協助書面翻譯 Translation needed for literature

英语 English 简体中文 Simplified Chinese 繁体中文 Traditional Chinese 西班牙语 Spanish

性别 (只选择一个) What is your gender? (Check only one)

男 Male 女变男 Transgender female to male 双性人 Genderqueer/Gender Non-binary

女 Female 男变女 Transgender male to female 拒绝回答 Declined/not stated

以上都不是 (请说明): Not listed/Please specify _____

你出生时的性别(只选择一个) What was your sex at birth? (Check only one)

男 Male 女 Female 拒绝回答 Declined/not stated

你如何描述你的性取向或性身份 (只选择一个)

How do you describe your sexual orientation or sexual identity? (Check only one)

异性恋 Straight/heterosexual 双性恋 Bisexual 同性恋 Gay/Lesbian/Same-Gender Loving

不確定 Questioning/Unsure 以上都不是 (请说明) Not listed/please specify: _____

拒绝回答 Declined/not stated

种族: Ethnicity

西班牙裔或拉丁裔
Hispanic or Latino

不是西班牙裔或拉丁裔
Not Hispanic or Latino

拒绝回答
Declined/not stated

人種 Race (請勾選所有適當選項):

高加索人 Caucasian/White

非洲裔美国人/黑人
African American/Black

美洲印第安人/阿拉斯加原住民
American Indian/Alaska Native

其他种族 Other Race

多人種混血 Multiple Race

亚裔 Asian:

印度人 Asian Indian

柬埔寨 Cambodian

中國 Chinese

菲律宾 Filipino

日本 Japanese

韩国 Korean

老挝 Laotian

越南 Vietnamese

其他亚裔 Other Asian

夏威夷/其他太平洋岛民 Hawaiian/Other Pacific Islander:

关岛 Guamanian

夏威夷 Hawaiian

萨摩亚 Samoan

其他太平洋岛民 Other Pacific Islander

拒绝回答 Decline to State

請註明您家庭的每月收入 Please indicate your household gross monthly income

| 1 人 | 2 人 | 3 人 | 4 人 |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0 - \$1,215 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$1,643 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$2,072 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$2,500 |
| <input type="checkbox"/> \$1,216 - \$2,588 | <input type="checkbox"/> \$1,644 - \$2,958 | <input type="checkbox"/> \$2,073 - \$3,329 | <input type="checkbox"/> \$2,501 - \$3,696 |
| <input type="checkbox"/> \$2,589 - \$4,317 | <input type="checkbox"/> \$2,959 - \$4,933 | <input type="checkbox"/> \$3,330 - \$5,550 | <input type="checkbox"/> \$3,697 - \$6,163 |
| <input type="checkbox"/> \$4,318 - \$5,180 | <input type="checkbox"/> \$4,934 - \$5,920 | <input type="checkbox"/> \$5,551 - \$6,660 | <input type="checkbox"/> \$6,164 - \$7,395 |
| <input type="checkbox"/> \$5,181 - \$6,546 | <input type="checkbox"/> \$5,921 - \$7,479 | <input type="checkbox"/> \$6,661 - \$8,413 | <input type="checkbox"/> \$7,396 - \$9,346 |
| <input type="checkbox"/> \$6,547 + | <input type="checkbox"/> \$7,480 + | <input type="checkbox"/> \$8,414 + | <input type="checkbox"/> \$9,347 + |

拒絕回答 Decline to state

自我营养筛查 NUTRITION SCREENING INITIATIVE

| 阅读以下陈述，在适用的行列中圈选“是”的数字。 Read the statements below. Circle the number in the "yes" column for those that apply. | 是 |
|---|---|
| 我有疾病，使我改变了我的食物种类和/或数量。 I have an illness or condition that made me change the kind and/or amount of food I eat. | 2 |
| 我每天吃少于 2 餐。 I eat fewer than 2 meals per day. | 3 |
| 我每日吃少于 2 份（每份 1/2 杯）的水果或蔬菜，我每日喝少于 1 杯的乳製品。 I eat fewer than 2 servings (1/2 cup each) of fruits or vegetables, I eat less than 1 serving of milk or dairy products each day. | 2 |
| 我每天都会喝 3 杯或更多的含酒精飲料。 I have 3 or more alcoholic beverages each day. | 2 |
| 我有困难咀嚼或吞咽。或者我的牙齿或口腔问题使我很难吃东西。 I have trouble biting, chewing, or swallowing and/or I have tooth or mouth problems that make it hard for me to eat. | 2 |
| 我不是经常有足够的钱购买我需要的食物。 I don't always have enough money to buy the food I need. | 4 |
| 我大部分时间都是独自吃饭。 I eat alone most of the time. | 1 |
| 我每天服用 3 种或更多种不同的处方药或非处方药。 I take 3 or more different prescribed or over-the-counter medications a day. | 1 |
| 超出预期，在过去的 6 个月里我的体重增加或减少超过 10 磅。 Without wanting to, I have lost or gained 10 pounds in the last 6 months. | 2 |
| 我没能力经常亲自购物，烹饪和/或照顾自己。 I am not always physically able to shop, cook and/or feed myself. | 2 |
| Score TOTAL 總計 | |
| Declined to State 拒絕回答 | |

請閱讀並簽寫首字母

____ Spectrum 長者餐計畫遵循著 Older American's Act 的營養餐食規章。本計畫最優先供應群體用餐。若我無法參與群體用餐，我可以領取外帶，並盡可能參與線上的社交活動。我將在領餐時告知用餐處我是否參與當日的線上活動。不論哪一種選項，請捐助 \$4 美金。

____ 若領取午餐時有使用重複性餐盒，我同意將小心使用遵守規章，並於 5 個工作日內將所有餐具帶回至用餐處，不論我是否有預約餐點。

____ 若是需要取消預約，我會於用餐時間前告知用餐處以便工作人員將餐點發配給其他長者。若有 24 小時提前通知最理想，特殊需求時可以當天取消。多次未告知未領餐時所有預約會被取消。

我自己填寫這份註冊表單。或，我請人幫忙但親自確認所有資料正確。

簽名 _____ 日期 _____

Participant Signature

Date

To be completed by Spectrum Office

Received Date: _____ By: _____

Entered into ServTracker Date: _____ By: _____

Information Packet Mailed Date: _____