



Partnership HealthPlan of California

ਸਿਹਤ ਸਿਹਤ ਜੋਖਮ ਮੁਲਾਂਕਣ ਫਾਰਮ

ਬਜ਼ੁਰਗ ਅਤੇ ਅਪਾਹਜਤਾ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ (SPD)

ਇਹ ਫਾਰਮ Partnership HealthPlan of California ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਕੁਝ ਮਿੰਟ ਲਓ ਅਤੇ ਜਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਹੋ ਸਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ Partnership ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕਾਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ Partnership ਨੂੰ **(800) 809-1350**, ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ **(800) 735-2929** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ ਹੁਰੇ ਲਿਫਾਫੇ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਕਰੋ।

Partnership HealthPlan of California
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

*ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨਾ ਸਵੈ-ਇੱਛਤ ਹੈ।
ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਖਭਾਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗੇ।*

Partnership ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਜਨਮ ਮਿਤੀ: _____ Medi-Cal ID ਨੰਬਰ: _____

- ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਕਿਹੜੀ ਹੈ?
☐ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ☐ ਸਪੈਨਿਸ਼ ☐ ਰੂਸੀ ☐ ਮੈਂਡਰਿਨ ☐ ਤਾਗਾਲੋਗ ☐ ਹੋਰ
- ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਲਿੰਗ ਕੀ ਸੀ?
☐ ਪੁਰਸ਼ ☐ ਔਰਤ ☐ ਹੋਰ
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਅਖਵਾਉਣਾ ਪਸੰਦ ਹੈ?
☐ He/Him/His ☐ She/Her/Hers ☐ They/Them/Their ☐ ਹੋਰ
- ਕੀ ਸੁਣਨ, ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ, ਜਾਂ ਬੋਲਣ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੰਚਾਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਪੰਨਾ 1 ਕੁੱਲ 6

HRA07/2024; MC1457P

- ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਮਾਨ/ਉਪਕਰਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
5. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਨਿਯਮਤ ਡਾਕਟਰ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
6. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਮਾਹਰ (ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਜੋ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਦਿਲ, ਗੁਰਦੇ, ਕੈਂਸਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਮਾਹਰ ਹੈ) ਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
7. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ(ਤੁਹਾਡੇ) ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮੈਡੀਕਲ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
8. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਗਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਤੈਅ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
9. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਖੇਤਰੀ ਕੇਂਦਰ ਤੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜੋ ਵਿਕਾਸ ਸਬੰਧੀ ਅਪਾਹਜਤਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
10. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
11. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ 2 ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਵਾਰ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਗਏ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
12. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
13. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਣਾਂ ਜਾਂ ਸਪਲਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਬਿਸਤਰਾ, ਫ੍ਰੀਲਚੇਅਰ, ਵਾਕਰ, ਜਾਂ ਓਸਟੋਮੀ ਬੈਗ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਸਪਲਾਈਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
14. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਿਗਰਟ ਪੀਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਤੰਬਾਕੂ ਉਤਪਾਦਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਛੱਡਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
15. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਘਰੇਲੂ ਆਕਸੀਜਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

16. ਤੁਸੀਂ ਹਰ ਰੋਜ਼ ਕਿੰਨੀਆਂ ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ

17. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ? (ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹਰੇਕ ਲਈ ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਚਿਲਡਰਨ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ (California Children's Services, CCS) ਸਥਿਤੀ ਦਮਾ / ਫੇਫੜਿਆਂ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ
ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

HIV ਜਾਂ AIDS

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਦੌਰੇ

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕੈਂਸਰ

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਮੈਡੀਕਲ ਥੈਰੇਪੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ ਯੂਨਿਟ (MTP/MTU) ਸਥਿਤੀ

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਕਿਸੇ ਲਈ ਹਾਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹੋ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਕਿਸੇ ਲਈ ਹਾਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਇਹਨਾਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਈ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

18. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਮਾਨਸਿਕ ਜਾਂ ਵਿਵਹਾਰਕ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡਿਪ੍ਰੈਸ਼ਨ, ਬਾਈਪੋਲਰ ਡਿਸਆਰਡਰ, ਜਾਂ ਸਕਿਜ਼ੋਫ੍ਰੇਨੀਆ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਮਾਨਸਿਕ ਜਾਂ ਵਿਵਹਾਰਕ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

19. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸਿਹਤਮੰਦ ਕਿਵੇਂ ਰਹਿਣਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

20. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? (ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ, ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਚੁਣੋ ਜੇ ਇਹ ਕੁਝ ਅਜਿਹਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ)

ਨਹਾਉਣਾ ਜਾਂ ਸ਼ਾਵਰ ਲੈਣਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਪੌੜੀਆਂ ਚੜ੍ਹਨਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਖਾਣਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਕੱਪੜੇ ਪਹਿਨਣਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਦੰਦ ਨੂੰ ਬਰਸ਼ ਕਰਨਾ, ਵਾਲਾਂ ਨੂੰ ਬਰਸ਼ ਕਰਨਾ, ਸ਼ੇਵ ਕਰਨਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਖਾਣਾ ਬਣਾਉਣਾ ਜਾਂ ਖਾਣਾ ਪਕਾਉਣਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਬਿਸਤਰੇ ਜਾਂ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਖਰੀਦਦਾਰੀ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਭੋਜਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਪਖਾਨੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਸਮੇਂ ਸਿਰ/ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ "ਹਾਦਸੇ" ਦੇ ਪਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਣਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਤੁਰਨਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਭਾਂਡੇ ਜਾਂ ਕੱਪੜੇ ਧੋਣਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਚੈੱਕ ਲਿਖਣਾ ਜਾਂ ਪੈਸੇ ਦਾ ਹਿਸਾਬ ਰੱਖਣਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਂ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਦੋਸਤਾਂ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਜਾਣ ਲਈ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਵਾਹਨ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ			
ਘਰ ਜਾਂ ਯਾਰਡ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਨਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਦੋਸਤਾਂ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਲਈ ਬਾਹਰ ਜਾਣਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਫ਼ੋਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦਾ ਹਿਸਾਬ ਰੱਖਣਾ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸਾਰੀ ਮਦਦ ਮਿਲ ਰਹੀ ਹੈ?			
	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

21. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਘੁੰਮ ਸਕਦੇ ਹੋ?

ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਉਹ ਜਗ੍ਹਾ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਉੱਥੇ ਇਹ ਹੈ:	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
(ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਆਈਟਮ ਲਈ ਹਾਂ, ਨਹੀਂ, ਜਾਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ)			
ਚੰਗੀ ਰੋਸ਼ਨੀ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਚੰਗੀ ਹੀਟਿੰਗ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਚੰਗੀ ਕੂਲਿੰਗ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਕਿਸੇ ਵੀ ਪੌੜੀਆਂ ਜਾਂ ਰੈਂਪਾਂ ਲਈ ਰੇਲਿੰਗ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਗਰਮ ਪਾਣੀ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਘਰ ਦੇ ਅੰਦਰ ਟਾਇਲਟ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਬਾਹਰ ਦਾ ਇੱਕ ਦਰਵਾਜ਼ਾ ਜੋ ਲੌਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ	☐ ਹਾਂ	☐ ਨਹੀਂ	☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਲਈ ਪੌੜੀਆਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪੌੜੀਆਂ

ਐਲੀਵੇਟਰ

ਵੀਲਚੇਅਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਜਗ੍ਹਾ

ਆਪਣੇ ਘਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣ ਦੇ ਸਾਫ਼ ਤਰੀਕੇ

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

22. ਮੈਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਣਾ ਚਾਹਾਂਗਾ/ਚਾਹਾਂਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ

ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਹਤ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੌਰਾਨ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

23. ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਹੜਾ ਜਵਾਬ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਵਰਣਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਲੋੜਾਂ ਬਾਰੇ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ? (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

□ ਮੈਂ ਕਈ ਵਾਰ ਭੁੱਲ ਜਾਂਦਾ/ਜਾਂਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਕੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

□ ਮੈਂ ਉਹ ਸਾਰੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨਹੀਂ ਖਰੀਦ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ

□ ਕਈ ਵਾਰ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨਾ ਜਾਂ ਸਮਝਣਾ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

□ ਮੈਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਉਲਝਣ ਵਿੱਚ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ

□ ਮੈਨੂੰ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ ਕਿ ਇਹ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਜੇ ਮੇਰਾ ਡਾਕਟਰ ਹਰ ਸਮੇਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ

□ ਮੈਂ ਆਪਣੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ

□ ਮੈਨੂੰ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ/ਜਾਣਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਜਿਸ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਉਸਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ

24. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਲੋਕ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਤਿਆਰ ਅਤੇ ਸਮਰੱਥ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

25. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸਾਰੀ ਮਦਦ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ?

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

26. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਡਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕੀ ਕੋਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾ ਰਿਹਾ ਹੈ?

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

27. ਕੀ ਕੋਈ ਤੁਹਾਡੇ ਪੈਸੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਪੁੱਛੇ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ?

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

28. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੋਚਣ, ਯਾਦ ਰੱਖਣ, ਜਾਂ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਆਈਆਂ ਹਨ?

□ਹਾਂ □ਨਹੀਂ □ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ

29. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਡਿੱਗੇ ਹੋ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ ☐ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਡਿੱਗਣ ਤੋਂ ਡਰਦੇ ਹੋ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ ☐ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
30. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕਈ ਵਾਰ ਭੋਜਨ, ਕਿਰਾਇਆ, ਬਿੱਲ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਪੈਸੇ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ? ☐ਹਾਂ ☐ਨਹੀਂ ☐ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
31. ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ (30 ਦਿਨਾਂ) ਵਿੱਚ, ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੇ ਦਿਨ ਇਕੱਲੇ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਹੈ?
☐ਕੋਈ ਨਹੀਂ - ਮੈਂ ਕਦੇ ਵੀ ਇਕੱਲਾ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ
☐5 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਘੱਟ
☐ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਿਨ (15 ਤੋਂ ਵੱਧ)
☐ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦਿਨ - ਮੈਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਇਕੱਲਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ
32. ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਕਹੋਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਕਿਹੋ ਜਿਹੀ ਹੈ
☐ਸ਼ਾਨਦਾਰ ☐ਬਹੁਤ ਵਧੀਆ ☐ਵਧੀਆ ☐ਠੀਕ ☐ਮਾੜੀ

ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਾਲੇ
 ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____

ਮਿਤੀ: _____

ਜੇ ਮੈਂਬਰ ਦੁਆਰਾ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ, ਤਾਂ ਮੈਂਬਰ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤਾ ਹੈ:
 ਮਾਪੇ/ ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ ਹੋਰ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ।
ਗੁਪਤ