

ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਸਕਰੀਨਿੰਗ ਯੰਤਰ

ਕਰਮਨ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਹੱਥ ਨੇ ਇਹ ਸਕਰੀਨਿੰਗ ਯੰਤਰ ਕਰਮਨ ਵਿੱਚ ਭੋਜਨ ਅਸੁਰੱਖਿਅਤਾ ਮੁੱਦਿਆਂ ਨੂੰ ਪਹਿਚਾਣ ਲਈ ਸਥਾਪਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਜਵਾਬ ਗੁਪਤ ਰਹਿਣਗੇ ਅਤੇ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਣਗੇ ਜੋ ਕਿ ਸਿਹਤਮੰਦ ਭੋਜਨ ਨਿਰਣਿਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨਗੇ। ਆਪਣੇ ਜਵਾਬਾਂ 'ਤੇ ਚੱਕਰ ਲਗਾਓ।

	ਪ੍ਰਸ਼ਨ	ਜਵਾਬ		
1.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚਿੰਤਾ ਹੋਈ ਕਿ ਕੀ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਹੋਰ ਖਰੀਦਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਪੈਸੇ ਹੋਣ ਤੁਹਾਡਾ ਭੋਜਨ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
2.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਖਰੀਦਿਆ ਭੋਜਨ ਲੰਬਾ ਨਹੀਂ ਚੱਲਿਆ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੋਰ ਖਰੀਦਣ ਲਈ ਪੈਸੇ ਨਹੀਂ ਸਨ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
3.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਭੋਜਨ ਬੈਂਕ ਜਾਂ ਭੋਜਨ ਵਿਤਰਣ ਤੋਂ ਭੋਜਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਹੈ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
4.	ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਸਕੂਲ ਜ਼ਿਲ੍ਹੇ ਰਾਹੀਂ ਫੜੇ-ਅਤੇ-ਜਾਓ ਭੋਜਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
5.	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਪਰਿਵਾਰ ਸੰਤੁਲਿਤ ਅਤੇ ਸਿਹਤਮੰਦ ਭੋਜਨ ਖਾ ਰਹੇ ਹੋ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
6.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚਿੰਤਾ ਹੈ ਕਿ ਅਗਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਡੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਕੋਲ ਰਹਿਣ ਲਈ ਕੋਈ ਜਗ੍ਹਾ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
7.	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਜਲੀ, ਗੈਸ, ਪਾਣੀ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਆਈ ਹੈ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
8.	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਡਾਇਪਰ, ਕੱਪੜੇ, ਜਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
9.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਮੁੱਦਿਆਂ ਲਈ ਮੁਢਲੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਫੌਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
10.	ਕੀ ਆਵਾਜਾਈ ਦੀ ਘਾਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੀਟਿੰਗਾਂ, ਕੰਮ, ਜਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜੀਵਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਲਿਆਉਣ ਤੋਂ ਰੋਕਿਆ ਹੈ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
11.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵਿਵਹਾਰਿਕ/ਦਿਮਾਗੀ ਸਿਹਤ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
12.	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਥਾਨਿਕ ਕਰੀਅਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨੌਕਰੀ ਸਿਖਲਾਈ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ
13.	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਕੋਵਿਡ-19 ਤੋਂ ਸੰਕ੍ਰਮਿਤ ਹੋਇਆ ਹੈ?	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ

ਘੋਸ਼ਣਾ

- ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਰਮਨ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਹੱਥ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਸਹਿਯੋਗ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਪ੍ਰਤੀ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।
- ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਰਮਨ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਹੱਥ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਸਹਿਯੋਗ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਪ੍ਰਤੀ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹਾਂ।

ਨਾਮ- _____	ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ- ____/____/____
ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ- ____/____/____	ਤਰਜਮੀ ਭਾਸ਼ਾ- _____
ਜ਼ਿੱਪ ਕੋਡ- _____	ਸੰਪਰਕ ਦਾ(ਦੇ) ਤਰਜਮੀ ਦਿਨ- ____ ☐ ਸਵੇਰ ☐ ਸ਼ਾਮ

ਦਸਤਖਤ- _____

ਤਾਰੀਖ- _____

○ Mark this circle if the information is filled out on behalf of the individual by a Kerman Wellness Hub or Valley Health Team representative.