



## HOME DELIVERY PROGRAM 정보

Lakeview Pantry 의 Home Delivery Program 에 관심을 가져주셔서 감사합니다! 신청하기 전에 이 양식을 꼼꼼히 읽어보시기 바랍니다.

### 프로그램 기본 사항:

- Lakeview Pantry Home Delivery 는 각 등록된 고객에게 매월 한 번 20~25 파운드 식료품 가방 두(2) 개를 제공합니다.
- 우리는 토요일에만 배달하고 긴급 또는 마지막 순간에 주문한 배달을 할 수 없습니다.
- 등록된 각 고객은 1 주, 2 주, 3 주, 4 주 중 하나에 할당됩니다. 예를 들어 1 주에 할당된 경우 매월 첫 번째 토요일에 배달을 받게 됩니다. 배달 계획 지원을 위해 등록된 고객은 달력을 수령하게 됩니다.
- 식료품에는 다음이 포함됩니다(이에 국한되지 않음): 건조/통조림 제품, 우유, 계란, 요구르트, 신선한 농산물, 냉동 육류 및 빵.
- 등록된 영양사가 승인한 식단 중 고객이 선택한 세 가지 식단을 각 등록된 고객에게 제공합니다. **일반**(식이 제한 없음), **저염**(제한된 소금, 지방 및 콜레스테롤), **당뇨**(소금, 지방, 콜레스테롤 및 설탕 함량이 낮음).
- 현재, 저희는 추가로 배달을 맞춤화하기 어렵습니다. 죄송합니다!
- 자격이 있는 경우 가구 내 모든 성인은 자신만의 배달을 받을 수 있습니다. 미성년자는 등록된 세대에서 대부분의 시간을 소비하는 경우 자동으로 자격이 됩니다.

### 자격을 갖추려면 다음 기준을 충족해야 합니다.

- Lakeview Pantry 에 식료품을 가지러 오지 못하게 하는 장애 또는 건강 상태가 있습니다.
- 대신 Lakeview Pantry 에 식료품을 가지러 올 사람이 없습니다.
  - o 귀하를 대신해 식료품을 가지러올 사람이 있는 경우 해당인은 귀하의 **'대리인'**이 됩니다. 자세한 내용은 Lakeview Pantry 에 문의하십시오.
- 귀하는 저희의 서비스 경계 내에서 살고 있습니다: Western Ave.의 동쪽, North Ave.의 북쪽, Argyle St.의 남쪽.
- 저희는 소득이 특정 지침 이하로 떨어지는 사람들이 이용할 수 있는 저소득 프로그램입니다. 저희는 소득 증빙을 요구하지 않지만, 귀하는 스스로의 소득을 묻게 될 것입니다. 솔직하시기 바랍니다.

### 신청 방법:

1. 다음 관심 양식을 작성해 Lakeview Pantry(상기 주소)로 우편을 보내시기 바랍니다.
2. 의사 또는 다른 도움 전문가(사회복지사, 사례 관리자, 치료사, 간호사)가 추천 양식을 작성하도록 하십시오. 해당 전문가가 Lakeview Pantry 에 양식을 팩스로 보내도록 요청하십시오.
3. Home Delivery Coordinator 가 귀하의 관심 양식을 받으면, 다음 단계를 준비할 수 있도록 연락을 드립니다. 현재 등록중인 고객의 경우 Home Delivery Coordinator 가 귀하의 자격 여부를 최종 결정하기 위해 가정 방문 일정을 조율할 예정입니다. 현재 대기 목록이 있는 경우 안내드립니다.



## HOME DELIVERY 자격이 없으신가요?

홈 딜리버리 자격이 없는 것으로 판명됐나요? 대기 목록에 있습니까? 식품을 얻을 수 있는 다른 방법입니다.

1. 배포 시간 동안 Lakeview Pantry 에 와서 고객-선택 모델을 사용하여 식료품을 선택하십시오. 귀하가 원하는 식료품을 선택할 수 있음을 의미합니다.
  - 배포 시간:
    - 월요일, 수요일, 금요일, 오후 12 시~오후 4 시
    - 화요일, 목요일, 오후 5 시~오후 7 시 30 분
    - 토요일, 오전 11 시~오후 3 시
2. 대신 Lakeview Pantry 에 식료품을 가지러 올 사람을 보내십시오. 아래 지침을 따르십시오.
  - 저희 웹사이트([www.lakeviewpantry.org](http://www.lakeviewpantry.org)) '돌보미 인력(Caregiver Resources)' 아래 도움이 필요하십니까?(Need Help?) 섹션의 대리인 진술 양식(Proxy Statement Form)을 작성하십시오. (인터넷에 접속할 수 없는 경우 전화해주시면 대리인 양식을 우편으로 보내드립니다.)
  - 귀하가 Lakeview Pantry 에 방문한 적이 없는 경우, 대리인은 귀하의 ID와 귀하의 주소 증빙(우편과 같은)을 팬트리에 가져와야 합니다. 귀하의 대리인은 귀하의 월별 소득과 임대에 관해 알아야 합니다.
  - "수신자의 서명"이라고 표시되는 위치에 서명하고, "대리인 서명"이라고 표시되는 위치에 대리인이 서명하면 됩니다.
  - 귀하의 대리인에게 카트나 가방을 가져가라고 하고 대리인에게 식료품 목록을 주십시오.
  - 대리인과 함께 작성된 대리인 진술 양식(Proxy Statement Form)을 Lakeview Pantry 로 보내십시오. 대리인은 체크인할 때 섭취 자원봉사자에게 해당 양식을 제공해야 합니다.
3. 귀하에게 Wheels Program 의 City of Chicago's Meals 자격이 있을 수 있습니다. 이 프로그램은 재가열이 필요한 기성품 식사를 배달합니다. 59 세 이하이고 장애가 있는 경우, **312-744-6673** 번으로 전화하십시오. 60 세 이상이면, **312-744-4016** 번으로 전화하십시오.



**LAKEVIEW PANTRY**

**Eva Trampka, MSW**  
가정 기반 지원 서비스 사례 관리자  
3945 N. Sheridan Rd., Chicago IL 60613  
773-525-1777 내선. 224  
eva@lakeviewpantry.org

**홈 딜리버리 관심 양식**  
신청자 작성

Lakeview Pantry의 Home Delivery Program에 관심을 가져주셔서 감사합니다! Home Delivery를 신청을 시작하기 위해 이 양식을 작성하고 상기 주소로 보내주십시오. 참고: 이 양식을 작성했다고 해서 이 프로그램에 승인을 받은 것은 아닙니다.

이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

월별 소득은 무엇입니까? \$ \_\_\_\_\_ 소득 원천:  SSI  SSDI  SS  기타

임대료/모기지 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_

가족 중 누구라도 푸드 스탬프/SNAP를 받으십니까?  아니요  예 얼마나 받으십니까? \$ \_\_\_\_\_

이 프로그램을 어떻게 알게 되었습니까?

귀하의 신체적 제약을 설명해주시요:

알레르기/식이 제한이 있습니까? 그렇다면 아래에 설명 하십시오:

\_\_\_\_\_  
신청자 서명

\_\_\_\_\_  
날짜



LAKEVIEW PANTRY

Eva Trampka, MSW  
가정 기반 지원 서비스 사례 관리자  
3945 N. Sheridan Rd., Chicago IL 60613  
773-525-1777 내선. 224  
eva@lakeviewpantry.org

**HOME DELIVERY PROGRAM 추천 양식**  
*의사 또는 기타 도움 전문가 작성*

신청자 이름:

생년월일:

주소:

전화번호:

---

귀하의 환자/고객이 Lakeview Pantry 의 Home Delivery Program 에 관심을 표현했습니다. 이 프로그램은 수신자에게 무료로 월간 식료품을 제공합니다. 이 프로그램은 식료품을 가지러 저희 팬트리에 올 수 없는 노인 및 장애인을 위한 것입니다. 이 양식을 작성해 [eva@lakeviewpantry.org](mailto:eva@lakeviewpantry.org) 로 이메일 발송하거나, 773-525-7310 번으로 팩스 발송해주시기 바랍니다. 감사합니다!

전문가 이름:

직책:

기관/단체:

신청자를 얼마나 오랫동안 알고 있었고 어떤 자격으로 알고 있습니까?

신청자가 저희 팬트리에 오지 못하게 할 수 있는 신체적, 인지적 또는 신경학적 제한 사항을 나열해주시기 바랍니다:

저희 직원들에게 도움이 될 수 있는 기타 관련 정보를 추가해주시기 바랍니다:

---

전문가 서명

---

날짜