



LAKEVIEW PANTRY

Eva Trampka, MSW
Pracownika Opieki Socjalnej
Mówie po Polsku!
3945 N. Sheridan Rd., Chicago IL 60613
773-525-1777 ext. 224
eva@lakeviewpantry.org

INFORMACJA O PROGRAMIE “DOSTAWA DO DOMU”

Dziękujemy za zainteresowanie programem **DOSTAWA DO DOMU** oferowanym przez Lakeview Pantry! Przed złożeniem wniosku prosimy o zapoznanie się ze szczegółami oferty.

Zasady Programu:

- Program Lakeview Pantry DOSTAWA DO DOMU zaopatruje każdego klienta raz w miesiącu w dwie (2) torby produktów żywnościowych.
- Dostawy mają miejsce TYLKO w soboty. Zamówienia składane w ostatniej chwili, lub bez zapowiedzi nie są możliwe.
- Każdy zapisany do programu klient zostanie przydzielony do Week 1, Week 2, Week 3, albo Week 4. Na przykład, jeśli zostałeś przydzielony do Week 1, Twoje dostawy będą miały miejsce w pierwszą sobotę każdego miesiąca. Każdy klient dostanie kalendarz ułatwiający planowanie dostaw.
- Produkty żywnościowe składają się (między innymi) z: puszek i konserw, mleka, jajek, jogurtu, warzyw i owoców, mrożonego mięsa i chleba.
- Każdy klient ma możliwość wyboru jednej z czterech diet zatwierdzonych przez dyplomowanego dietetyka: **Regular** (bez ograniczeń żywieniowych), **Low Sodium** (ograniczenie soli, tłuszczu i cholesterolu), **Diabetic** (ograniczenie soli, tłuszczu, cholesterolu i cukru), i **Vegetarian** (bez mięsa i ryby).
- W chwili obecnej nie oferujemy innych, “skrojonych według potrzeb” diet.
- Dostawy może w domu odbierać każda zakwalifikowana do programu osoba dorosła. Osoby nieletnie, jeśli są stałymi mieszkańcami w tym domu, są również upoważnione do odbioru dostawy.

Warunki zakwalifikowania do programu:

- Niepełnosprawność, lub sytuacja zdrowotna uniemożliwiająca osobisty odbiór produktów w Lakeview Pantry.
- Brak osoby, która mogłaby produkty odebrać w Twoim imieniu.
 - Osoba będąca w stanie odebrać produkty w Twoim imieniu będzie występować jako Twój ‘pełnomocnik’. Po więcej informacji prosimy o kontakt z Lakeview Pantry.
- Twój adres zamieszkania znajduje się w obrębie naszej działalności: na wschód od Western Ave., na północ od North Ave., i na południe od Bryn Mawr Ave.
- Nasz program stworzony został dla osób z niskimi dochodami, poniżej pewnych wytycznych. Choć dowód na wysokość dochodu NIE jest wymagany, to jednak prosimy o prawdziwe odpowiedzi na nasze pytania o dochód.

Wniosek:

1. Prosimy wypełnić INTEREST FORM i wysłać ją na adres Lakeview Pantry (adres podany jest wyżej).
2. Lekarz, lub profesjonalny opiekun (pracownik socjalny, case manager, terapeuta, pielęgniarka) powinien wypełnić REFERRAL FORM i przefaxować ją do Lakeview Pantry.
3. Po otrzymaniu wypełnionej INTEREST FORM, nasz koordynator programu Dostawa Do Domu skontaktuje się z Tobą w celu ustalenia dalszych szczegółów. Jeśli aktualnie otwarta będzie lista kwalifikacyjna klientów, nasz koordynator umówi się z Tobą na wizytę domową w celu ostatecznej decyzji. Zostaniesz też poinformowany w razie konieczności wpisania Cię na listę oczekujących.



LAKEVIEW PANTRY

Eva Trampka, MSW
Pracownika Opieki Socialnej
Mówie po Polsku!

3945 N. Sheridan Rd., Chicago IL 60613
773-525-1777 ext. 224
eva@lakeviewpantry.org

NIE KWALIFIKUJESZ SIĘ DO PROGRAMU “DOSTAWA DO DOMU”?

Zostałeś odrzucony? Wpisany na listę oczekujących? Są inne możliwości otrzymania produktów żywnościowych.

1. Możesz przyjść do Lakeview Pantry w czasie godzin dystrybucji i odebrać żywność według własnego uznania.
 - Nasze godziny dystrybucji:
 - o poniedziałek, środa, piątek: od 12:00pm do 4:00pm
 - o wtorek i czwartek: od 5pm do 7:30pm
 - o sobota: od 11:00am do 3:00pm
2. Możesz po odbiór produktów w Twoim imieniu przysłać pełnomocnika. Instrukcje postępowania:
 - Wypełnij Proxy Statement Form (Wniosek o Pełnomocnictwo), który znajdziesz na naszej stronie (www.lakeviewpantry.org) w sekcji Need Help? i w zakładce ‘Caregiver Resources’. (Jeśli nie masz dostępu do internetu, możesz do nas zadzwonić, a my wyślemy Ci formularz pocztą).
 - Jeśli nigdy nie byłeś osobiście w Lakeview Pantry, Twój pełnomocnik musi przynieść ze sobą Twoje ID, oraz dowód zamieszkania (koperta z adresem). Pełnomocnik musi mieć informację o Twoich dochodach i wysokości opłat za wynajem lokalu (rent).
 - Podpisz w miejscu **“Signature of Recipient”**, pełnomocnik podpisuje w miejscu **“Signature of Proxy”**.
 - Pełnomocnik powinien mieć ze sobą wózek i listę produktów.
 - Pełnomocnik musi przynieść ze sobą wypełniony Proxy Statement Form (Wniosek o Pełnomocnictwo) i podać go wolontariuszowi po wejściu.
3. Możesz kwalifikować się do programu Miasta Chicago “Meals on Wheels”. Program ten polega na dostawach gotowych do podgrzania potraw. Osoby niepełnosprawne poniżej 59 roku życia mogą dzwonić na numer **312-744-6673**. Osoby powyżej 60 roku życia mogą dzwonić na numer **312-744-4016**.



LAKEVIEW PANTRY

Eva Trampka, MSW
Home-Based Support Services Case Manager
3945 N. Sheridan Rd., Chicago IL 60613
773-525-1777 ext. 224
eva@lakeviewpantry.org

HOME DELIVERY INTEREST FORM

To be completed by the applicant

Thank you for your interest in Lakeview Pantry's Home Delivery Program. In order to begin your application for Home Delivery, please complete this form and return to the address listed above. NOTE: completing this form does not mean that you have been accepted into the program.

NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____

ADDRESS: _____

PHONE NUMBER: _____ HOUSEHOLD SIZE: _____

What is your monthly income? \$_____ Income Source: SSI SSDI SS Other

How much is your rent/mortgage? \$_____

Does anyone in your household receive food stamps/SNAP? NO YES How much? \$_____

Please check which appliances you have in your kitchen:

Stove Microwave Refrigerator None

Please describe your physical limitations/disability:

Which diet would you like? Check one: Regular Low Sodium Diabetic Vegetarian

SIGNATURE OF APPLICANT

DATE



LAKEVIEW PANTRY

Eva Trampka, MSW
Home-Based Support Services Case Manager
3945 N. Sheridan Rd., Chicago IL 60613
773-525-1777 ext. 224
eva@lakeviewpantry.org

HOME DELIVERY PROGRAM REFERRAL FORM

To be completed by a doctor or other helping professional

APPLICANT NAME:

DATE OF BIRTH:

ADDRESS:

PHONE NUMBER:

Your patient/client has expressed interest in Lakeview Pantry's Home Delivery Program. This program provides recipients with free monthly groceries. The program is intended for seniors and people with disabilities who are unable to present to our pantry to pick up groceries. Please complete this form and either email to eva@lakeviewpantry.org, or fax to 773-525-7310. Thank you!

PROFESSIONAL'S NAME:

TITLE:

AGENCY/ORGANIZATION:

How long have you known the applicant and in what capacity?:

Please list any physical, cognitive or neurological limitations that might prevent the applicant from accessing our pantry:

Please add any other pertinent information that might be useful for our staff to know:

SIGNATURE OF PROFESSIONAL

DATE