

UBICACIÓN DEL PROVEEDOR: _____

Para participar en programa de ENTREGA DE COMIDAS A CASA: La persona debe tener 60 años de edad o mayor, no puede salir de casa debido a una enfermedad o discapacidad, no puede preparar sus propias comidas, incapaz de conducir y no poder asistir a comedores de alimentación aun cuando se le proporcione transporte. No hay cargo para las comidas, sin embargo, se aceptan donaciones. No se le negarán los servicios en caso que decida no dar un donativo. **LA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENTIAL.**

Fecha:		Teléfono:		Fecha de nacimiento: <i>(Requerido)</i>	
Apellido:			Nombre: <i>(No Apodos)</i>		
Elegibilidad Del Solicitante			Sí	No	Nota:
¿El solicitante está inhabilitado debido a enfermedad, discapacidad, o aislamiento?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si responde Sí a cualquiera de estas preguntas, el solicitante es elegible para recibir comidas a domicilio.
¿Es usted cónyuge de una persona que está confinada en su hogar?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Es usted una persona con una discapacidad que vive con un beneficiario de comida en el hogar?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dirección:			Ciudad:		# Postal:
Email:			Rural: (91307, 93066, 93040)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece	
Contacto Local De Emergencia <i>(Nombre)</i>			Teléfono:		
RAZA – Por favor, elija (X) uno:					Origen Étnico:
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Laos	<input type="checkbox"/> Samoa		<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece
<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> Guames	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita		
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco		
<input type="checkbox"/> Camboya	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Se negó a declarar		
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano		<input type="checkbox"/> No aparece		
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Compañero de hogar <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece				
VETERAN STATUS: <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Envejecimiento de California transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos solo con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses.	<input type="checkbox"/> ¿Ha servido alguna vez en el ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> ¿Es usted cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que presta o ha prestado servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece		Idioma preferido:		
Cliente Vive:	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece		Número de personas que viven en el hogar:		
NIVEL de ingresos del solicitante (aproximado):					
SI ES CASADO(A): <input type="checkbox"/> Por debajo del nivel de pobreza Federal (\$19,720/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$19,721/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			SI ES SOLTERO(A): <input type="checkbox"/> Por debajo del nivel de pobreza Federal (\$14,580/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$14,581/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		

¿Cuál era su sexo al nacer?	¿Cuál es su género?	¿Cómo describiría su orientación sexual o identidad sexual?			
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Queer o de género no binario <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece, especifique:	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cuestionándose/en duda <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana/persona que siente atracción hacia una persona del mismo sexo <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece, especifique:			
ESTE CUADRO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS					
Acerca Del Solicitante:	Sí	No	En los Últimos 3 Meses, el Client...	Sí	No
¿Tiene restricciones dietéticas? (explicar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas utilizando microondas/horno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un refrigerador que funcione apropiadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Repite algunas cosas una y otra vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene espacio en el congelador para almacenar 5 alimentos congelados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas recordando citas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un horno/microondas que funcione apropiadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay conversaciones que no tienen sentido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está interesado en las comidas de fin de semana? (Si está disponible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿A veces parece confundido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentario:					Comentario:

Evaluación Nutricional Del Solicitante		Marque Lo Que Corresponda:					
Tiene alguna enfermedad o condición que le haya hecho cambiar su dieta y/o la cantidad de comida que consume? (2pts)							<input type="checkbox"/>
Come menos de 2 comidas por día. (3pts)							<input type="checkbox"/>
Como pocas frutas o verduras o productos lácteos. (2pts)							<input type="checkbox"/>
Consumo 3 o más bebidas alcohólicas casi todos los días. (2pts)							<input type="checkbox"/>
Tiene problemas en la boca o en los dientes que le dificulten el comer o masticar. (2pts)							<input type="checkbox"/>
Se queda sin dinero para comprar comida la mayoría de los meses. (4pts)							<input type="checkbox"/>
Come solo la mayor parte del tiempo. (1pt)							<input type="checkbox"/>
Toma usted 3 o más medicamentos sin prescripción médica por día. (1pt)							<input type="checkbox"/>
Usted ganado o perdido 10 libras o más en los últimos 6 meses sin proponérselo. (2pts)							<input type="checkbox"/>
Esta usted físicamente discapacitado para comprar, cocinar, y/o alimentarse por sí mismo. (2pts)							<input type="checkbox"/>
							Se negó a declarar: <input type="checkbox"/>
(Si el puntaje es igual o superior a 6, el cliente está en alto riesgo nutricional)							Total Puntuación:
ACTIVIDADES de CALIFORNIA (ADLS) & INSTRUMENTAL (IADL) actividades de la vida diaria (ADL)							
Por favor, elija (✓) una de las columnas para cada actividad							
TIPO DE ASISTENCIA NECESARIA PARA REALIZAR TAREA →	1 INDEPENDIENTE No necesita ayuda	2 RECORDATORIO VERBAL Necesita recordatorios verbales	3 A LA ESPERA Necesita alguna ayuda	4 AYUDA Necesita mucha ayuda	5 DEPENDIENTE No puede realizar ninguna tarea	Se negó a declarar	
A Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D Vestimenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L Transferencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S Ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayuda para ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arreglo personal - Opcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ligeras tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavandería - Opcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A Preparación de Comida/limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



CONFIDENTIAL

D	Uso de teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L	Manejo de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	S	Administración de dinero	<input type="checkbox"/>				
	Subir escalera - Opcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tareas domésticas pesadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solicitante es: Ciego Sordo Solicitante utiliza: Caminante Bastón Silla de ruedas

Certifico que todas las declaraciones en este formulario son verdaderas y correctas. _____
Firma del solicitante

NO ESCRIBA EN ESTA CAJA. SÓLO PARA USO OFICIAL

Client Q Database/Unique Participant ID Number: Care Plan:	<input type="checkbox"/> Adulto Mayor <input type="checkbox"/> No-Adulto Mayor <input type="checkbox"/> No-Adulto Mayor Discapacitado con Adulto Mayor Tipo de comidas: <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Congelado
---	--