



Programa de Nutrición para el Adulto Mayor, Congregar a Comer – Registración FY2023-2024

CONFIDENCIAL

UBICACIÓN DEL PROVEEDOR: _____

Para participar en el programa CONGREGAR A COMER: La persona debe tener de 60 años de edad o mayor. No hay ningún cargo para las comidas, sin embargo, se aceptan donaciones. No se le negarán los servicios en caso que decida no dar un donativo.

| | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|--|---|
| Fecha: | | Teléfono: | | Fecha de nacimiento: <i>(Requerido)</i> | |
| Apellido: | | Nombre: <i>(No Apodos)</i> | | | |
| 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 Etnico: |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Samoa <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 | | | | | <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <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: | | |
| 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"/> |



| | | |
|--|--|-----------------------------|
| Consume 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: |
| 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: | <input type="checkbox"/> Adulto Mayor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Pago Privado | |
| Revisado por: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Voluntario | <input type="checkbox"/> No-Adulto Mayor Discapacitado con Adulto Mayor | |

CONSENTIMIENTO PARA RETIRAR COMIDAS

Condado de Ventura Agencia de Servicios Humanos, Agencia sobre el Envejecimiento del Área (VCAAA, por sus siglas en inglés) en sociedad con ciudades del Condado de Ventura brinda almuerzos calientes y nutritivos en comedores comunitarios a personas mayores de 60 años o más. Las comidas están disponibles de lunes a viernes en la mayoría de las ciudades. Usted acepta completamente ser responsable por la comida o la porción de comida que decida llevarse a su casa. Firme a continuación para la exención de toda responsabilidad.

El abajo firmante _____ desea retirar comida congelada o llevar (Nombre del participante) a su hogar el resto de su almuerzo. Al hacerlo, acepta la total responsabilidad por esta comida.

Teniendo en cuenta el acuerdo para la entrega de esta comida, el participante o su agente autorizado acuerda eximir de toda responsabilidad a la VCAAA, el Programa de Nutrición para Personas Mayores, los voluntarios, los directores, los funcionarios, los agentes y los empleados ante cualquier consecuencia. El participante reconoce que se le advirtió que los alimentos calientes que permanezcan a menos de 140°F durante más de 2 horas deben ser desechados y que las comidas congeladas deben permanecer congeladas en todo momento y deben colocarse en el refrigerador o en el congelador de inmediato.

Firma del participante

Fecha

Firma del familiar, tutor o proveedor de cuidados

Fecha