

Programa de Nutrición para Personas Mayores CONGREGAR A COMER (C1) - Formulario de admisión de clientes FY2024-2025

ESTA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

PARA RECIBIR COMIDAS DE CONGREGAR A COMER: La persona debe tener 60 años o más, ser cónyuge del participante del programa para congregarse a comer, persona discapacitada que resida donde se encuentra el sitio de congregación o persona discapacitada que resida y acompañe a un participante que se congrega a comer. Las comidas son gratuitas; sin embargo, se aceptan contribuciones voluntarias. A la persona no se le negarán los servicios si esta persona decide no contribuir.				
Ubicación del proveedor:		Fecha:		
Idioma preferido:		Fecha de nacimiento (obligatorio):		
Apellido:		Nombre de pila (sin apodos):		
DIRECCIÓN E INFORMACIÓN DE CONTACTO				
Dirección:		Ciudad:		Código Postal:
Teléfono:		Correo electrónico:		
Nombre/número de teléfono del contacto de emergencia local:			# de personas en el hogar:	
¿Vive solo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		¿Vive en una zona rural? (91307, 93066, 93040)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista
				FIRMA DEL SOLICITANTE:
Entiendo que la información que proporciono en este formulario es para fines de registro. Entiendo que se mantendrá confidencial y que la Agencia sobre el Envejecimiento del Área del Condado de Ventura y los proveedores de servicios pueden usarlo para ayudar a identificar otros servicios de los que puedo beneficiarme.				

Estos se utilizan para garantizar que los servicios se distribuyan de manera equitativa y NO afecten la elegibilidad.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA					<input type="checkbox"/> Declinar a Declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista	
¿Cuál es su estado civil?		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Declinar a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista				
¿Cuál es su ingreso anual aproximado?		SOLTERO	<input type="checkbox"/> \$15,060 o menos	En o por debajo del Nivel Federal de Pobreza	<input type="checkbox"/> \$15,061 o más	Por encima del nivel federal de pobreza
		CASADO	<input type="checkbox"/> \$20,440 o menos		<input type="checkbox"/> \$20,441 o más	
¿Piensas en ti mismo como:		¿Qué sexo te asignaron al nacer?		¿Piensas en ti mismo como:		
<input type="checkbox"/> No binario Género queer <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans-Hombre <input type="checkbox"/> Trans-Mujer <input type="checkbox"/> Otros; por favor especifique: <input type="checkbox"/> Declinar a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Otro; Por favor, especifique: <input type="checkbox"/> Declinar a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Queer, pansexual, cuestionando <input type="checkbox"/> Algo más; por favor especifique: <input type="checkbox"/> Declinar a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		
¿Cómo identificas tu origen étnico?		¿Cómo identificas tu(s) raza(s)? <input type="checkbox"/> Negarse a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista				
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Declinar a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		<input type="checkbox"/> Indio Americano o Indio de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático Nativo <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameña <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Otros Asiáticos <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco				

¿Alguna vez has servido en el ejército de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Es usted el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que está sirviendo o que ha servido en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Da su consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Adultos Mayores de California transmitan su nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono al Departamento de Asuntos de Veteranos, solo con el propósito de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puede ser elegible? Comuníquese con el Departamento de Asuntos de Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad para servicios y apoyos al www.calvet.ca.gov o al 1-800-952-5626.		<input type="checkbox"/> Niego mi consentimiento. <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento. Entiendo que esto es válido por 12 meses.	

Determine su Salud Nutricional		Marque todo lo que aplica al solicitante:	
Tengo una enfermedad o afección que me hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de alimentos que como.	<input type="checkbox"/>	2 puntos	
Como menos de 2 comidas al día.	<input type="checkbox"/>	3 puntos	
Como pocas frutas, verduras o productos lácteos.	<input type="checkbox"/>	2 puntos	
Tomo 3 o más tragos de cerveza, licor o vino casi todos los días.	<input type="checkbox"/>	2 puntos	
Tengo problemas dentales o bucales que me dificultan comer.	<input type="checkbox"/>	2 puntos	
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	<input type="checkbox"/>	4 puntos	
Como solo la mayor parte del tiempo.	<input type="checkbox"/>	1 punto	
Tomo 3 o más medicamentos recetados o de venta libre al día.	<input type="checkbox"/>	1 punto	
Sin quererlo, he perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	2 puntos	
No siempre soy físicamente capaz de ir de compras, cocinar y/o alimentarme.	<input type="checkbox"/>	2 puntos	
Declinar a declarar. incapaz de anotar	<input type="checkbox"/>	Comprobar si la puntuación total es igual o superior a 6 y si el cliente tiene un riesgo nutricional alto .	<input type="checkbox"/> Puntuación total:

NO ESCRIBIR EN ESTE RECUADRO – SOLO PARA USO OFICIAL			
Base de datos Q/Número de identificación único del participante:	<input type="checkbox"/> Cónyuge del Adulto Mayor <input type="checkbox"/> No Adulto Mayor <input type="checkbox"/> Discapacitado		
Revisado por:	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Voluntario	Tipo de comidas:	<input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Congelada

CONSENTIMIENTO PARA LLEVARSE COMIDAS

La Agencia de Servicios Humanos del Condado de Ventura, la Agencia sobre el Envejecimiento del Área del Condado de Ventura, en asociación con las ciudades del Condado de Ventura, ofrece almuerzos calientes y nutritivos en sitios para congregarse a comer a personas mayores de 60 años. Las comidas están disponibles en la mayoría de las ciudades de Lunes a Viernes. En el caso de que desee llevar una comida a casa, o cualquier parte de una comida, usted acepta toda la responsabilidad de la comida. Por favor, firme a continuación para liberarnos de toda responsabilidad.

El firmante

desea retirar comida congelada y/o

(Nombre del participante)

llevarse a casa el resto de su almuerzo. Al hacerlo, acepta total responsabilidad de este alimento. En consideración por aceptar llevarse este alimento, el participante o su representante autorizado acepta liberar a VCAAA, Programa de Nutrición para Personas Mayores, a los voluntarios, directores, funcionarios, agentes y empleados de cualquier consecuencia. El participante reconoce que se le ha informado que los alimentos calientes que permanezcan por debajo de 140 ° F durante más de 2 horas deben desecharse, y las comidas congeladas deben permanecer congeladas en todo momento y colocarse en el refrigerador o congelador de inmediato.

Firma del participante

Fecha

Firma de un miembro de la familia/tutor/cuidador

Fecha