

**Programa de Nutrición para Personas Mayores ENTREGADAS DE COMIDAS A DOMICILIO (C2) -
Formulario de admisión de clientes FY2024-2025**

ESTA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

PARA RECIBIR COMIDAS A DOMICILIO: El solicitante debe tener 60 años o más, estar confinado en casa debido a una enfermedad o discapacidad, no poder preparar comidas, no conducir o asistir a un sitio para congregar a comer si se proporciona transporte. 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):	
ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE			
			SÍ NO
(a) ¿El solicitante está frágil y confinado en casa debido a una enfermedad, discapacidad o aislamiento?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) ¿Es usted cónyuge de quien es frágil (a) y está confinado en casa debido a una enfermedad, discapacidad o aislamiento y es en su mejor interés que usted también reciba una comida? Nombre de la persona (a): _____.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c) ¿Es usted una persona con una discapacidad que reside con y es en su mejor interés que usted también reciba una comida? Nombre de la persona (a): _____.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOTA: Si la respuesta es SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, el solicitante es elegible para recibir comidas a domicilio.			
DIRECCIÓN E INFORMACIÓN DE CONTACTO			
Dirección:		Ciudad:	Código Postal:
Teléfono:		Correo electrónico:	
Nombre/número de teléfono del contacto local de emergencia:		# 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"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Otro; Por favor, especifique:		<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"/> Otros; por favor especifique: <input type="checkbox"/> Declinar a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		<input type="checkbox"/> Declinar a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		<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"/> Declinar 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.	
EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS					
Por favor, haga estas preguntas en la PRIMERA entrega de comida a domicilio.					
El solicitante es:		<input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Ciego		El solicitante utiliza:	
				<input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Bastón	
El solicitante tiene:			SÍ		NO
¿Un refrigerador que funciona?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
¿Espacio en el congelador para almacenar cinco comidas congeladas?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
¿Un horno o microondas que funcione?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
¿Alguna restricción dietética? (En caso afirmativo, explique debajo en comentarios)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
¿Interesado en las comidas de fin de semana, si están disponibles?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Comentarios:					
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:	

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADLS) Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (IADLS) DE CALIFORNIA Para cada actividad, marque el nivel de asistencia que usted (o el cliente) necesita.						
Nivel de asistencia necesario para realizar la tarea de:	1 INDEPENDIENTE <i>No necesita ayuda</i>	2 SEÑAL VERBAL <i>Necesita recordatorios verbales</i>	3 ESPERA <i>Necesita algo de ayuda humana</i>	4 AYUDA FISICA <i>Necesita mucha ayuda humana</i>	5 DEPENDIENTE <i>no puede realizar tarea</i>	Declinar a declarar
ADLS						
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moverse dentro o fuera de la cama o la silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IADLS						
Tareas domésticas ligeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compras o tareas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparación de comidas y 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"/>
Uso del teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de dinero	<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"/>

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

REV062024AC