



PROVIDER LOCATION: _____

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. **LA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.**

Fecha:		Teléfono:		Fecha de nacimiento: (Requerido)	
Apellido:				Nombre: (No Apodos)	
Dirección:					
Ciudad:		# Postal: (Requerido)		RURAL: (91307, 93066, 93040)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar
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				
Raza - por favor, elija (X) uno:					
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino		<input type="checkbox"/> Guames <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Múltiples razas		<input type="checkbox"/> Otra Asiática <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> OTRA RAZA – incluye Hispanos /Latino <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se negó a declarar	
Origen Étnico:	<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino		Género:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero	
Veterano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cliente Vive:	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado	
Idioma preferido:			Número de personas que viven en el hogar:		
NIVEL de ingresos del solicitante (aproximado):				CONTACTO LOCAL DE EMERGENCIA:	
SI ES CASADO(A): <input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (en o por debajo de \$16.240/año) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (o por encima de \$16.241 o más /año) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		SI ES SOLTERO(A): <input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (en o por debajo de \$12.060/año) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (o por encima de \$12.061 o más /año) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____	
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"/>
Come *menos porciones de frutas y/o vegetales por día o menos porciones de leche, productos lácteos, o productos fortificados con Calcio por día? (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"/>
(Si el puntaje es igual o superior a 6, el cliente está en alto riesgo nutricional →) Total Puntuación:					
*Numero 3: "menos" indica menos de 5 servicios de frutas/vegetales o menos de 2 servicios de leche/productos lácteos					Se negó a declarar <input type="checkbox"/>
Certifico que todas las declaraciones en este formulario son verdaderas y correctas. →				_____ Firma del solicitante	
DO NOT WRITE IN THIS BOX – OFFICIAL USE ONLY					
Client Care Access (Q) Data Base 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

La Agencia sobre el Envejecimiento del Área del condado de Ventura (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