



PROVIDER LOCATION: _____

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 CONFIDENCIAL.**

Fecha:		Teléfono:		Fecha de nacimiento: (Requerido)	
Apellido:		Nombre: (No Apodos)			
ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE			SÍ	No	NOTA:
¿El solicitante está inhabilitados debido a enfermedad o discapacidad?*					* Si la respuesta es NO, parar aquí; solicitante no es elegible para entregada comidas a casa.
¿El Solicitante tiene 60 años o más, y/o el cónyuge está tiempo completo al cuidado de un adulto mayor elegible?*					
¿El Solicitante es capaz de preparar comidas?***					**Si la respuesta es Sí, parar aquí; solicitante no es elegible para entregada comidas a casa.
¿El solicitante maneja?***					
¿Puede el solicitante asistir a un comedor de alimentos donde se congregan a comer si se provee transporte?***					
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: _____	
ACERCA DEL SOLICITANTE:			SÍ	NO	COMENTARIO:
¿Tiene restricciones dietéticas? (En caso afirmativo, explicar)					
¿Tiene un refrigerador que funcione apropiadamente?					
¿Tiene espacio en el congelador para almacenar cinco (5) alimentos congelados?					
¿Tiene un horno/microondas que funcione apropiadamente?					
¿Física y mentalmente puede calentar una comida?					
¿Está interesado en las comidas de fin de semana? (Si está disponible)					
Solicitante es: <input type="checkbox"/> Ciego <input type="checkbox"/> Sordo		Solicitante utiliza: <input type="checkbox"/> Caminante <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Silla de ruedas			



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"/>
Consuma 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"/>
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 E No se puede realizar ninguna tarea	Se negó a declarar
A D L S	Comida						
	Vestimenta						
	Transferencia						
	Ducha						
	Ayuda para ir al baño						
	Arreglo personal- Opcional						
	Caminar						
I A D L	Ligeras tareas domésticas						
	Lavandería- Opcional						
	Compras						
	Preparación de Comida/limpieza						
	Transporte						
	Uso de teléfono						
	Manejo de medicamentos						
	Administración de dinero						
	Subir escalera - Opcional						
Pesadas tareas domésticas							
Certifico que todas las declaraciones en este formulario son verdaderas y correctas. →							Firma del solicitante _____
NO ESCRIBA EN ESTE CUADRO - USO OFICIAL							
Client Care Access (Q) Database Number:					<input type="checkbox"/> Adulto Mayor <input type="checkbox"/> No-Adulto Mayor		
Care Plan:					Tipo de comidas: <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Congelado		