

**CONFIDENCIAL****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?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿El Solicitante es capaz de preparar comidas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Sí, parar aquí; solicitante no es elegible para entregada comidas a casa.	
¿El solicitante maneja?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Puede el solicitante asistir a un comedor de alimentos donde se congregan a comer si se provee transporte?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dirección:			Ciudad:		# Postal:	
Email:			Rural: (91307, 93066, 93040)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		
Contacto Local De Emergencia (Nombre)				Teléfono:		
RAZA – Por favor, elija (X) uno:					Origen Étnico:	
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Laos	<input type="checkbox"/> Samoa	<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		
<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> Guames	<input type="checkbox"/> Otra Asiática	<input type="checkbox"/> Vietnamita			
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco			
<input type="checkbox"/> Camboya	<input type="checkbox"/> Japonés		<input type="checkbox"/> Se negó a declarar			
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano					
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					
Veterano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma preferido:			
Cliente Vive:	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		Número de personas que viven en el hogar:			
NIVEL de ingresos del solicitante (aproximado):						
SI ES CASADO(A):			SI ES SOLTERO(A):			
<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$17,420/año o menos)			<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$12,880/año o menos)			
<input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$17,421/año o más)			<input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$12,881/año o más)			
<input type="checkbox"/> Se negó a declarar			<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"/> 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:			
ESTE CUADRO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS						
Acerca Del Solicitante:		Sí	No	En los Últimos 3 Meses, el Client...	Sí	No
¿Tiene restricciones dietéticas? (explicar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas utilizando microondas/horno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un refrigerador que funcione apropiadamente?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Repite algunas cosas una y otra vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene espacio en el congelador para almacenar 5 alimentos congelados?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas recordando citas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un horno/microondas que funcione apropiadamente?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hay conversaciones que no tienen sentido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está interesado en las comidas de fin de semana? (Si está disponible)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿A veces parece confundido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentario:			Comentario:			



CONFIDENTIAL

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"/>	
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"/>	
						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:	
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 No puede realizar ninguna tarea	Se negó a declarar
A	Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vestimenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Transferencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L	Ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	Ayuda para ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arreglo personal - Opcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	Ligeras tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lavandería - Opcional	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Preparación de Comida/limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L	Uso de teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	Manejo de medicamentos	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	Subir escalera - Opcional	<input type="checkbox"/>	<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"/>
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					
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"/> No-Adulto Mayor			
Care Plan:				<input type="checkbox"/> No-Adulto Mayor Discapacitado con Adulto Mayor			
				Tipo de comidas: <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Congelado			