

Programa de Nutrición para Personas Mayores CONGREGAR A COMER (C1) - Formulario de Admisión de Clientes FY2026-2027

ESTA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

RECIBIR COMIDAS PARA 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 este individuo decide no contribuir.					
Ubicación del Proveedor:				Fecha:	
Idioma Preferido:			Fecha de Nacimiento (Obligatorio):		
Apellido:			Nombre de Pila (Sin Apodos):		
Elegibilidad: <input type="checkbox"/> 60 años o más <input type="checkbox"/> Cónyuge del participante para congregarse a comer <input type="checkbox"/> Persona discapacitada que reside en el área donde se congregan a comer <input type="checkbox"/> Persona discapacitada que reside y es acompañante de un participante del programa para congregarse a comer <input type="checkbox"/> Voluntario					
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		¿Vive en una Zona Rural? (91307, 93066, 93040)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar a declarar	
					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.					

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

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA						<input type="checkbox"/> DECLINAR A DECLARAR
¿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					
¿Cuál es su ingreso anual aproximado?	SOLTERO	<input type="checkbox"/> \$15,960 o menos	En o por debajo del Nivel Federal de Pobreza	<input type="checkbox"/> \$15,961 o más	Por encima del Nivel Federal de Pobreza	
	CASADO	<input type="checkbox"/> \$21,640 o menos		<input type="checkbox"/> \$21,641 o más		
¿Cuál fue tu Sexo al Nacer?	¿Cuál es tu Género?		¿Cómo Describirías tu Orientación o Identidad Sexual?			
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans-Hombre <input type="checkbox"/> Trans- Mujer <input type="checkbox"/> No Género binario/Genderqueer <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado <input type="checkbox"/> Otros; por favor especifique: _____		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana, atracción al mismo sexo <input type="checkbox"/> Cuestionándose/en duda <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado <input type="checkbox"/> No está en la lista, especifique: _____			

RAZA/ETNIA – Por favor, marque todo lo que aplica (X):	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Guames	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Declinar/no declarado
	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Otra raza/etnia	
	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Samoa	
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Vietnamita	
	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Laos		
		<input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de Africa		

ESTADO DE VETERANO:	
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Envejecimiento de California transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos solo con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses.	<input type="checkbox"/> ¿Ha servido alguna vez en el ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> ¿Es usted cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que presta o ha prestado servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado
Comunícate 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.	

Su Salud Nutricional		Marque todo lo que aplica al solicitante:	
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.		<input type="checkbox"/>	4 puntos
Como menos de 2 comidas al día.		<input type="checkbox"/>	3 puntos
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 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
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
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
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 LiveWell/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 o más. 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