

Programa de Nutrición para Personas Mayores ENTREGADAS DE COMIDAS A DOMICILIO (C2)
Formulario de Admisión de Clientes FY2026-2027

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 congregarse 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 este individuo 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		¿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.							

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	
¿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 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:			

Comentarios: _

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

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.

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"/>
¿Eres física y mentalmente capaz de abrir los recipientes de comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay mascotas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios:		

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:	
Referencia(s) realizada(s):					
<input type="checkbox"/> Educación/asesoramiento nutricional para clientes en riesgo					
<input type="checkbox"/> Otro: _____					
<input type="checkbox"/> Otro: _____					
Notas: _____					

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 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