



NOMBRE: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

TELÉFONO (hogar): _____ **TELÉFONO (cel.):** _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **ZIP:** _____

EMAIL: _____ **SEXO:** Masculino Femenino Otro

IDIOMA PRINCIPAL: Español Inglés **ESTATUS DEL CLIENTE:** Nuevo De regreso

NÚMERO DE MASCOTAS: Gato Perro **¿TIENE UN MICROONDAS?** Sí No

ETNICIDAD: Hispano Caucásico Afroamericano Nativo Americano Asiático Otro

LUGAR DE RESIDENCIA: Ciudad de Santa Fe Condado de Santa Fe Fuera del Condado de Santa Fe

<u>INSTRUCCIONES ESPECIALES DE MANEJO Y/O ENTREGA:</u>
<u>DIAGNÓSTICO / RAZÓN PARA SOLICITAR EL SERVICIO:</u>

SEGURO MÉDICO: Medicaid Medicare BC/BS Presbyterian
 Molina United Healthcare Privado/Suplementario

DÍAS QUE SOLICITA LA ENTREGA DE COMIDAS: lun. mar. mié. jue. vie.

DE COMIDAS CONGELADAS PARA EL FIN DE SEMANA: 0 1 2 Otra:

DIETA SOLICITADA (SUJETA A LA APROBACIÓN DEL PERSONAL) SELECCIONE SOLAMENTE 1 CATEGORÍA:

<input type="checkbox"/> Regular <i>(para individuos sin restricciones en alimentos)</i> <input type="checkbox"/> Fácil de Digerir <i>(para individuos quienes necesitan alimentos fáciles de digerir sin especias picantes)</i> <input type="checkbox"/> Renal / Baja en Sodio <i>(para aquellos con enfermedad renal crónica o quienes necesitan una dieta baja en sodio)</i> <input type="checkbox"/> Vegetariana <i>(para individuos quienes siguen una dieta basada en plantas)</i>

FAMILIAR MAS CERCANO: _____ **RELACION:** _____ **TELÉFONO:** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ **RELACIÓN:** _____ **TELÉFONO:** _____

CONTACTO MÉDICO: _____ **RELACIÓN:** _____ **TELÉFONO:** _____

REFERIDO POR: _____ **TELÉFONO DEL REFERIDO:** _____

ADMISIÓN COMPLETADA POR: _____ **FECHA QUE LA ADMISIÓN FUE COMPLETADA:** _____

<i>Office use only</i>			
CALL DATE _____	START DATE _____	END DATE _____	CI# _____



SECCIÓN I -- Cliente Potencial de Kitchen Angels – LLENE SOLAMENTE ESTA SECCIÓN & devuelva a Kitchen Angels.

Yo, _____, autorizo

 a _____

 a liberar la información necesaria para que yo sea considerado para los servicios de comidas de Kitchen Angels.

 (Su Firma) _____ (Fecha de Hoy)

Kitchen Angels es una agencia sin fines de lucro que entrega comidas gratuitamente, nutritivas a personas que enfrentan condiciones de salud que desafían la vida. Tenemos 3 criterios para cualificar:

- 1. El cliente está confinado en su hogar.** Definimos "confinado en su hogar" como confinado físicamente en el hogar de una persona debido a una enfermedad asociada con VIH/SIDA, cáncer, EM, u otras condiciones debilitantes. Las excepciones pueden incluir citas con el doctor, viajes necesarios para agencias de asistencia, y salidas asistidas ocasionalmente.
- 2. El cliente no tiene los recursos regulares para comidas.** Ellos no son elegibles para programas de servicios de alimentos, y no tienen un familiar local quien puede asistir con las compras y preparando los alimentos de forma regular.
- 3. El cliente tiene 60 años o menor.** Le damos servicios a los individuos menores de 60 años. Podemos servir a aquellos solamente mayores de 60 años si tienen restricciones en sus dietas recetadas médicamente.

SECCIÓN II – Proveedor del Cuidado con Licencia – Complete TODAS LAS PREGUNTAS en esta sección y devuelva antes de _____.

Basados en los criterios y definición descritos arriba, ¿está confinada en su hogar la persona que solicita comidas? Sí No

¿Cuál es su diagnóstico? _____

¿Puede él/ella comprar y cocinar regularmente? Sí NO

¿Por cuánto tiempo necesitará él/ella nuestros servicios? _____

Se necesitará una recertificación después de DOS AÑOS

<p>Seleccione Solamente 1</p> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Fácil de Digerir <input type="checkbox"/> Renal/ Baja en Sodio <input type="checkbox"/> Vegetariana	<p>Seleccione cualquier requisito dietético</p> <input type="checkbox"/> Sin Carne Roja <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Sin Azúcar <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Puré <input type="checkbox"/> Alergias a alimentos _____
---	--

 (ponga el nombre y título del proveedor) _____ (firma del proveedor con licencia)

 (núm. de tel.) _____ (núm. de fax) _____ (fecha de hoy)



Yo, _____, por la presente aplico para los servicios de entrega de comidas de KITCHEN ANGELS.

Entiendo que KITCHEN ANGELS es un servicio voluntario que me es ofrecido libre de costo y accedo a tratar a los voluntarios y persona con cortesía.

Autorizo a KITCHEN ANGELS a comunicarse con mi(s) proveedor(es) del cuidado de la salud, mi(s) cuidador(es), y proveedor(es) de seguro de salud en relación con el servicio de KITCHEN ANGELS o mi condición.

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

_____ Estaré en mi hogar para recibir los alimentos entregados entre 4:40 y 6:30 p.m. los días que especifique;

_____ Si no estoy en mi hogar al momento de la entrega, es mi responsabilidad llamar a KITCHEN ANGELS para volver a reiniciar el servicio de entrega de comidas.

_____ Le daré por lo menos 24 horas a KITCHEN ANGELS para suspender o reiniciar el servicio de entrega de comidas. Además, le notificaré a la oficina cuando me haya recuperado, que ya no esté confinado en mi hogar*, o que ya no sea elegible para los servicios por cualquier razón. [*Confinado en el hogar se define como estar confinado físicamente al hogar debido a enfermedades o condiciones debilitantes, excepto al ir a citas médicas, viajes necesarios a las agencias de asistencia, y salidas ocasionales asistidas.]

_____ Le informaré a KITCHEN ANGELS de cualquier cambio de dirección, instrucciones de entrega, información de contacto, u otros detalles pertinentes con mi servicio de entrega de comidas. También le informaré a la oficina de cualquier cambio médicamente hecho en mi dieta;

_____ Entiendo que las horas de entrega y protocolos pueden cambiar debido al clima, días feriados y circunstancias imprevistas. KITCHEN ANGELS me informará cualquier cambio;

_____ Mantendré confinado a cualquiera de mis mascotas, me aseguraré de que las entradas están bien iluminadas para que las entregas de alimentos sean lo más fáciles posibles.

_____ No estaré bajo la influencia de drogas ilegales o alcohol al momento de la entrega;

_____ Entiendo que KITCHEN ANGELS se reserva el derecho a negarme entregas si les amenazo, hago daño, o exhibo comportamiento abusivo hacia cualquier voluntario o empleado;

_____ Si tengo algún problema con la comida, entrega, un voluntario, o el servicio, llamaré a KITCHEN ANGELS para discutir el asunto con servicio al cliente;

_____ Responderé prontamente a cualquier solicitud para llenar papeles necesarios.

He leído lo anterior y entiendo que, si fallo en el cumplimiento de este acuerdo, mi servicio de comidas será discontinuado.

Firma del Cliente

Fecha de Hoy