

División de Servicios para Personas Mayores del Condado de Bergen Conexión de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas
APLICACIÓN DE COMIDAS A DOMICILIO
Fax: 201-336-7424 Teléfono: 201-336-7420

Presentado por
 solicitante Otro (indicar quién) _____
 El solicitante ha acordado aceptar CAD
 Dado de alta del hospital/rehabilitación dentro de 30 días
 Puede haber una lista de espera para CAD. ¿Alguien puede ayudarlo mientras espera CAD?
 Sí – asistencia limitada Sin Sistema de apoyo

Fecha de aplicación _____ / _____ / 2024
 Idioma del solicitante: _____

Estado de confinamiento en el hogar <input type="checkbox"/> No puede salir de casa sin asistencia <input type="checkbox"/> Capaz de salir de casa de forma independiente Motivo de salud para solicitar CAD: <input type="checkbox"/> Demencia/Deterioro de la memoria Dieta: <input type="checkbox"/> Regular/Corazón Saludable/ Sin sal <i>Las dietas especiales no están disponibles.</i>	Arreglo de vivienda (seleccione todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Mujer cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Con cónyuge/pareja de hecho/unión civil <input type="checkbox"/> Con compañero/amigo/familiar u otro cuidador informal <input type="checkbox"/> El cuidador no está en casa durante el día <input type="checkbox"/> El cuidador está en casa durante el día <input type="checkbox"/> El solicitante está cuidando a un niño discapacitado	¿Tiene un asistente de salud en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Numero de horas de cuidado diurno: _____ ¿Recibe Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Recibe Servicios Administrados de Soporte a Largo Plazo (MLTSS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

Apellido	Nombre	I	Apodo o Nombre Preferido
Dirección	Apt/Piso	Ciudad	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa/)	Edad:	Número de teléfono Casa ()	Primario <input type="checkbox"/>
Peso:	Altura:	Número de teléfono Móvil ()	Primario <input type="checkbox"/>
Instrucciones para el Chofer (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Puerta delantera <input type="checkbox"/> Puerta trasera <input type="checkbox"/> Puerta lateral <input type="checkbox"/> Toque timbre <input type="checkbox"/> Toque Puerta <input type="checkbox"/> Chofer tiene la llave de la puerta <input type="checkbox"/> Problemas de audición <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Consumidor de Oxígeno <input type="checkbox"/> No ambulatorio <input type="checkbox"/> Usuario de silla de ruedas <input type="checkbox"/> Andador/Usuario de baston <input type="checkbox"/> Otro		Indicaciones para llegar a casa (incluir calle transversal, código de acceso al edificio, etc.)	

Etnicidad (seleccione uno) <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	Raza (seleccione uno o más; información recopilada para estadísticas federales) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Frágil <input type="checkbox"/> Vulnerable
Sexo/Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Maculino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro	Otra orientación sexual (opcional): <input type="checkbox"/> Heterosexual/Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> Si no aparece en la lista anterior, especifique:	Veterano de Servicio Armado de EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Ingresos (seleccione uno)			
	Una Persona	Dos Personas	
FPL - Nivel federal de pobreza:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$1,255 mensual	<input type="checkbox"/> \$0 - \$1,703 mensual	
Entre FPL e Índice de ancianos:	<input type="checkbox"/> \$1,256 - \$3,034 mensual	<input type="checkbox"/> \$1,704 - \$4,011 per mensual	
	<input type="checkbox"/> \$3,035 mensual o mas	<input type="checkbox"/> \$4,012 mensual o mas	

Información de Contacto de Emergencia:		Número de Teléfono <input checked="" type="checkbox"/> indica principal	
Nombre	Parentesco	<input type="checkbox"/> Casa	
Ciudad		<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> Negocio

<input type="checkbox"/> Autorizar para discutir el caso con este contacto			
Nombre	Parentesco	<input type="checkbox"/> Casa	
Ciudad	<input type="checkbox"/> Autorizar para discutir el caso con este contacto	<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> Negocio
Nombre del Médico		<input type="checkbox"/> Negocio	
Ciudad	<input type="checkbox"/> Autorizar para discutir el caso con este contacto		

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA – En los últimos 7 días, si ha tenido alguna dificultad para realizar cualquiera de las siguientes tareas por sí mismo, o ha requerido asistencia o supervisión personal o de acompañamiento, marque 'Discapacida'.

1. Preparación de comidas	<input type="checkbox"/> Discapacidad	5. Manejo de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Discapacidad
2. Tareas domésticas ordinarias	<input type="checkbox"/> Discapacidad	6. Uso del Transporte	<input type="checkbox"/> Discapacidad
3. Lavandería	<input type="checkbox"/> Discapacidad	7. Pago de Facturas/ Administración del dinero	<input type="checkbox"/> Discapacidad
4. Ir de compras	<input type="checkbox"/> Discapacidad	8. Usar el Teléfono	<input type="checkbox"/> Discapacidad

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: En los últimos 7 días, si ha tenido dificultades o ha requerido ayuda para realizar lo siguiente, marque 'Discapacida'.

Bañarse	<input type="checkbox"/> Discapacidad	Levantarse de la Cama o de la Silla	<input type="checkbox"/> Discapacidad
Vestirse	<input type="checkbox"/> Discapacidad	Incontinencia	<input type="checkbox"/> Discapacidad
Comer	<input type="checkbox"/> Discapacidad	Ir al Baño	<input type="checkbox"/> Discapacidad

EVALUACIÓN DE DESNUTRICIÓN

¿Ha perdido peso recientemente sin intentarlo? No Yes

Si la respuesta es sí, ¿cuánto peso ha perdido?

2 – 13 lbs.
 14 – 23 lbs.
 24 – 33 lbs.
 34 lbs. or more
 No estoy seguro

1. ¿Ha estado comiendo mal debido a la disminución del apetito? No Sí

EVALUACIÓN DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA

1. En los últimos doce meses, ¿le ha preocupado si su comida se agotará antes de tener dinero para comprar más? Nunca A veces A menudo

2. En los últimos doce meses, mi comida no me duraba y no tenía dinero para comprar más Nunca A veces A menudo

EVALUACIÓN NUTRICIONAL Las señales de advertencia de una salud nutricional deficiente se pasan por alto a menudo. Esta encuesta ayudará a identificar si usted está en riesgo nutricional. Lea las declaraciones a continuación. Marque la columna correspondiente.

3. ¿Come menos de 2 comidas al día?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
4. ¿Come solo la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
5. ¿Come menos de 2 porciones de leche o productos lácteos al día.....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
6. ¿Come menos de 5 porciones de frutas y/o vegetales al día?.....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
7. ¿Toma 3 o más tragos de cerveza, licor o vino casi todos los días?.....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
8. Sin querer, ¿ha perdido o aumentado peso en los últimos 6 meses?.....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, perdido <input type="checkbox"/> Sí aumentado
9. ¿Tiene alguna enfermedad o condición de salud que le hizo cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que come? (Ej: Diabetes, Enfermedad del Corazón, Enfermedad del Riñón, etc.)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
10. ¿Toma 3 o más medicamentos recetados o de venta libre al día?.....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
11. ¿No puede comprar, cocinar y/o alimentarse físicamente, o conseguir que alguien lo haga por usted?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
12. ¿Tiene algún problema con los dientes o la boca que le dificulta comer?.....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
13. ¿A veces se le acaba el dinero para comprar comida?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

Si desea hablar con un dietista sobre su salud nutricional, marque aquí.

El PROGRAMA DE VERIFICACIÓN DE BIENESTAR es un programa de tranquilidad telefónico automatizado diseñado para verificar el bienestar de los residentes que viven solos, están confinados en sus hogares y tienen más de 60 años o más de 18 años con una discapacidad. Se anima a los participantes de Comidas a Domicilio a inscribirse en este programa

Marque aquí si RECHAZA estar inscrito o recibir información sobre el Programa de Verificación de Bienestar.

Plan de Comidas Preferido (seleccione uno):

- Caliente: Una comida caliente entregada cada día de la semana de Lunes a Viernes.
- Congelados: Suministro para una semana de 5 comidas congeladas entregadas en un día programado cada semana.
- Solo Clientes de alto riesgo / Entrega entre semana 2 comidas congeladas para usar el fin de semana.**

Las comidas congeladas estan cocinadas por completo y se pueden recalentar en un horno convencional o de microondas

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

- Debe estar en casa para aceptar la entrega de su comida y ponerse en contacto con el chofer. Su chofer no puede dejar su comida sin saber que está a salvo.
- Los choferes deben tener acceso seguro a su puerta, lo que incluye, entre otros, la sujeción adecuada o el confinamiento de todas las mascotas durante la entrega.
- Si tiene una cita con el médico o no estará en casa, debe suspender temporalmente la entrega de su comida llamando a Comidas a Domicilio lo más tardar a las 12:00 del mediodía del día laboral anterior. Puede dejar un mensaje en cualquier momento del día, los 7 días de la semana.
- Si no escucha la puerta y encuentra una etiqueta de "Intento de entrega" dejada por el chofer, o recibe un mensaje de voz, llame a Comidas a Domicilio inmediatamente al 201-336-7420. Si no tenemos noticias suyas, detendremos la entrega de su comida y es posible que llamemos a la policía para verificar su bienestar.
- La falta repetida de suspender su entrega o la suspensión tardía puede resultar en la terminación del programa. La comida es un recurso valioso que no podemos desperdiciar.
- Se sugiere una donación voluntaria de \$1.25 por comida. Por favor, done lo que pueda.
- Solo podemos proporcionar una comida al día, y es posible que no podamos entregar esa comida según lo planeado en un día determinado debido a condiciones climáticas peligrosas u otras circunstancias imprevistas. Debe mantener alimentos en su hogar en todo momento.
- Cada 6 meses, se requiere una evaluación en persona en su hogar para determinar su elegibilidad para continuar recibiendo comidas a domicilio y proporcionar posibles referencias para otros servicios

Al enviar esta solicitud, certifico que la información provista para mi determinación de elegibilidad es correcta según lo mejor de mi conocimiento y entender, entiendo y acepto las responsabilidades del cliente al aceptar este servicio.

Firma _____

Fecha _____