

Community Servings: Programa de Entrega de Comida

Lista de verificación

Community Servings es un programa gratis de entrega de comida con servicio a domicilio para personas que viven con una enfermedad potencialmente mortal. Cada entrega semanal incluye 5 platos principales, 4 ensaladas, 4 sopas, fruta fresca, postre, y un cuarto de galón de leche. Para determinar su elegibilidad, por favor presenta los siguientes documentos:

- Formulario de certificación** – Por favor pida que su médico o enfermera asistente u otro proveedor de cuidado médico completa este Formulario de Certificación y presenta una copia de sus resultados del laboratorio (preferiblemente dentro de los últimos seis meses), una lista de medicamentos, y una nota del doctor de una cita reciente.
**Enviar estos documentos por fax al departamento de Servicios al Cliente al 617-522-7770*
 - Resultados del laboratorio actualizados**
 - Solicitantes con el **VIH/SIDA** tienen que incluir resultados de **CD4 y Carga Viral**
 - Solicitantes **diabéticos** tienen que incluir resultados de **HbA1C**
 - Lista de medicamentos actualizada**
 - Copia de una nota de su doctor de una cita reciente con una lista de problemas**
- Formulario de admisión del cliente** – Complete en su totalidad y fírmelo.
- Acuerdo del cliente** – Lea los lineamientos de los clientes y firme la página del acuerdo del cliente.
- Autorización del cliente para permiso de liberación de información** – Complete en su totalidad y firmela.
- Six Month Eligibility Form (Formulario de elegibilidad de seis meses - *SOLO para los solicitantes con el VIH/SIDA o Hepatitis C*)** - Usted y su coordinador de servicios tienen que llenar y firmar este formulario que verifica los ingresos anuales, la residencia, y el estatus del seguro médico. No tiene que incluir documentación adicional.

Tenga en cuenta que solo evaluamos solicitudes completas.

Información Adicional

1. **Determinación de Elegibilidad:** Cuando ya hemos recibido todo el papeleo listado arriba, evaluaremos su solicitud para determinar la elegibilidad. Si está aceptado en el programa, tiene que enviar una solicitud nueva una vez al año.
2. **Empieza del Servicio** – Si está aceptado en el programa, uno de nuestros Coordinadores de Servicios al Cliente se contactará sobre la fecha del inicio del servicio. Se enviamos un **Plan de Servicio de Alimentos** con la primera entrega que resume los detalles de su entrega y dieta. Tiene que firmar y devolver el Plan de Servicio de Alimentos dentro de dos semanas después de la fecha de inicio de su servicio si es solicitada por Community Servings.
3. **La Entrega** – La entrega ocurre una vez a la semana. El día de su entrega está determinada por Community Servings y está basado en su ubicación o situación de residencia. La hora exacta de la entrega puede variar, pero alguien tiene que estar en la casa para recibir la comida. **La horas de entrega son: lunes – viernes 9:00am-6:00pm y sábado 9:00am-2:00pm.** Para la seguridad alimentaria, no dejaremos comidas donde no haya personas para recibir las. Se puede arreglar a recoger sus comidas en nuestra oficina en vez de recibir una entrega. Llame a uno de nuestros Coordinadores de Servicios al Cliente si tiene alguna pregunta.
4. **Preguntas de Nutrición** – Si usted necesita cambiar el tipo de comida que recibe o si tiene preguntas nutricionales, por favor llame a nuestras dietistas al 617-522-7777.

¡No espere en llamar al departamento de Servicios al Cliente al 617-522-7777 con cualquier pregunta!

Carolyn Smith
Gerente de servicios al cliente

Sarah Montgomery
Coordinadora de servicios al cliente

Nate Ross
Coordinador de servicios al cliente bilingüe

Por favor regrese materiales a:
Client Services
18 Marbury Terrace
Jamaica Plain, MA 02130
FAX: 617-522-7770

Revisado: March 2017

Community Servings Certification Form

Applicant/Client Section: I hereby authorize my physician, nurse practitioner or physician assistant to release information regarding my medical condition to Community Servings for the purpose of verifying my eligibility:

Client Name

Signature

Date

Healthcare Provider Section:

Community Servings provides home delivered meals to clients at a critical stage of a life-threatening illness. On behalf of the applicant/client noted above, please complete this form with all relevant information. The certification form, laboratory results and medications list help us determine client eligibility and an appropriate diet. Thank you for your help in serving our clients!

Please Fax the following to Client Services at 617-522-7770

- Completed Certification Form
- Recent laboratory results (within past 6 months)
- Current medication list
- Recent medical note with Problem List

Applicant/Client: Height: _____ ft. _____ in. **Weight:** _____

A. PRIMARY DIAGNOSIS: Check ALL that apply.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS (CDC defined) (CD4 and Viral Load Required) Year of diagnosis: _____ (Required) | <input type="checkbox"/> Cardiac Disease (specify type): _____ <input type="checkbox"/> CHF (specify stage/severity): _____ |
| <input type="checkbox"/> Mono-infected Hepatitis C Year of diagnosis: _____ (Required) | <input type="checkbox"/> Diabetes II or <input type="checkbox"/> Diabetes I (HbA1C Required) |
| <input type="checkbox"/> HIV+ (CD4 and Viral Load Required) | <input type="checkbox"/> Lung Disease (specify type): _____ <input type="checkbox"/> COPD (specify stage/severity): _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer (specify type): _____ <input type="checkbox"/> Chemotherapy <input type="checkbox"/> Radiation Therapy | <input type="checkbox"/> Renal Disease (specify stage): _____ <input type="checkbox"/> Hemodialysis <input type="checkbox"/> Peritoneal Dialysis |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis (No labs required; <u>Provide medical note.</u>) | <input type="checkbox"/> Other – Please specify: _____ |

B. MEDICAL CONDITIONS RELATED TO ILLNESS: Patient exhibited the following conditions in the past 30 days:

- End of life care (no labs required) **Please describe:** _____
- Severe Diarrhea Severe Nausea Severe Vomiting (check all that apply)
- Oral or esophageal lesions limiting oral intake Pressure Ulcer – Stage: _____
- Peripheral neuropathy significantly limiting standing and/or ambulation
- Anemia Other condition causing severe fatigue or shortness of breath: _____
- Wasting (unintentional weight loss of more than 5% usual body weight) **Please describe:** _____
- An opportunistic infection or neoplasm **Please describe:** _____
- Dementia Mental Illness **Please describe:** _____
- Other **Please describe:** _____

C. MOBILITY: Factors that would impact a client's ability to maintain a healthy diet & independent lifestyle.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bed bound <input type="checkbox"/> Can't stand for more than 15 minutes at one time <input type="checkbox"/> Can't walk more than 50 feet at one time | <input type="checkbox"/> Can't carry a weight of more than 15 lbs <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Other _____ |
|--|--|

My signature certifies the medical information provided above.

Physician/NP/PA Signature

Clinic or Hospital Affiliation

Date

Print or Stamp Name

Telephone Number

Fax Number

Community Servings
Formulario de Admisión del Cliente

Información del Cliente

Nombre: _____ **Inicial segundo nombre:** _____ **Apellido:** _____

Fecha de nac.: ____/____/____ **Género:** Masculino Femenino Transgénero → Hombre a Mujer
 Mujer a Hombre

Dirección: _____ **Depto. #** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono principal: _____ **Contacto Alternativo (Nombre y Número):** _____

Otro teléfono: _____

Email: _____

Demografía

Lenguaje Principal: Inglés Español Otro (especifique) _____

Raza: Afroamericano/ Negro Asiático Indio americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái/Isla del Pacífico Blanco/ caucásico Otro (especifique) _____

Hispano/a o Latino/a: Hispano/a o Latino/a No Hispano/a o Latino/a Desconocido/No se reportó

Subgrupo Hispano o Latino: Mexicano, mexicano americano, chicano Puertorriqueño Cubano Otro origen hispano o latino

Subgrupo Asiático: Indio asiático Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro subgrupo asiático

Subgrupo de Nativo de Hawái/Islands del Pacífico: Nativo de Hawái Nativo de Guam Samoano
 Otro nativo de las islas del pacífico

País de Nacimiento: USA Dependencia de US, incluyendo Puerto Rico Otro (especifique) _____

Información de Ingreso Económico y de la Casa

Casa (escoja una):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casa permanente | <input type="checkbox"/> Encarcelamiento |
| <input type="checkbox"/> Casa de Transición | <input type="checkbox"/> Vive temporalmente con un amigo/familiar |
| <input type="checkbox"/> Albergue temporal | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Desconocido/No se reportó |
| <input type="checkbox"/> Facilidad Psiquiátrica | |

Tengo acceso a: Refrigerador Estufa Microondas Horno Congelador Ninguno Otro: _____

¿Tiene alguien que le ayude? Enfermera visitante Asistente médico en casa Familiar/Amigo Sin ayuda
 Otro (especifique) _____

Fuente del Ingreso _____ **Ingreso Mensual** _____

Identificación Personal

Nombre completo de la madre: _____

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social del Cliente: _____

Información del Seguro

Seguro Médico:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MassHealth (Medicaid) | <input type="checkbox"/> Otro Seguro Público |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Seguro Privado → <input type="checkbox"/> Plan Individual <input type="checkbox"/> Plan del Empleador |
| <input type="checkbox"/> Connector Care | Especificar Plan: _____ |
| <input type="checkbox"/> VA, Tricare, u otro Cuidado de Salud Militar | <input type="checkbox"/> No hay seguro |
| <input type="checkbox"/> Red de Seguridad de la Salud (Health Safety Net) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |

¿Es usted miembro de CCA (Commonwealth Care Alliance) One Care o SCO? Si es así, llame al **617-522-7777** para hablar con Servicios al Cliente.

Información del Contacto de Emergencia

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono principal: _____ Otro teléfono: _____

¿Sabe el contacto de emergencia sobre el estado o de la enfermedad del cliente? _____

Información de Referencia a Nuestro Servicio

Fuente de la Referencia: Uno mismo Encargado del Caso Programa de Abuso de Sustancias Servicios de Personas sin hogar Centro de Salud Doctor, Enfermera o Dietista Diálisis Hospicio Otro: _____

Nombre de la Referencia: _____ Título: _____

Agencia que Refiere: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Sistema de Apoyo (si es diferente a la fuente de referencia)

Nombre del Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

Agencia/ Clínica: _____ FAX: _____

Nombre del Trabajador Social / Encargado del Caso: _____ Teléfono: _____

Agencia: _____ Correo electrónico: _____

Información Médica

Si tiene SIDA o VIH+, por favor indique la categoría de la exposición (marque todas las que aplican):

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (MSM) Mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres (WSW) Contacto Heterosexual Inyección por uso de drogas Transmisión Perinatal Hemofilia A través de la sangre, productos relacionados con sangre, tejido Otros riesgos Desconocido

Si tiene SIDA o VIH+: cada semana, ¿Qué tan seguido toma todas las dosis de su medicamento relacionado al SIDA?

- Rara vez (>4 dosis no tomadas) Algunas veces (3-4 dosis no tomadas) Frecuentemente (1-2 dosis no tomadas) Siempre (toma todas las dosis)

Salud Mental: ¿Está usted experimentando? : Episodios de Enojo Ansiedad Poca Memoria Insomnio
 Nerviosismo Poca apetito Depresión

Ha sido tratado o está usted actualmente siendo tratado por: Esquizofrenia Bipolar Depresión
 Adición a drogas/Alcohol (¿Por cuánto tiempo en recuperación?) _____ Otro: _____

Hospitalizaciones Previas:

| Fecha | Razón | Centro Médico |
|-------|-------|---------------|
| | | |
| | | |

Seguimientos Médicos: Chequeos Regulares Va a Emergencias (ER) Solamente cuando está enfermo Nunca Desconocido Otro: _____ Citas programadas (¿Qué días?): _____

Nutrición e Información de la Dieta

Peso Actual: _____ Altura: _____

| Preguntas | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿Tiene alguna alergia a alimentos? Si responde Sí, enliste a continuación cada alergia y el tipo de reacción que presenta: | | |
| ¿Ha <u>perdido peso</u> sin intención en los últimos 6 meses? Si responde Sí, ¿Cuánto? | | |
| ¿Ha <u>ganado peso</u> sin intención en los últimos 6 meses? Si responde Sí, ¿Cuánto? | | |
| ¿Ha cambiado su apetito en los últimos 6 meses? Si responde Sí, describa: | | |
| ¿Tiene problemas masticando? Si responde Sí, describa: | | |
| ¿Tiene problemas tragando? Si responde Sí, describa: | | |
| ¿Tiene náusea o vómito? Si responde Sí, ¿qué tan frecuente y por cuánto tiempo? | | |
| ¿Tiene diarrea? Si responde Sí, ¿qué tan seguido y por cuánto tiempo? | | |
| ¿Bebe usted Boost ó Ensure? | | |
| ¿Cuál es el impacto de los efectos secundarios de sus medicamentos? <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Ninguno Describa los efectos secundarios si es que se presentan: | | |

Por favor escriba cualquier otra inquietud de nutrición o de alimentos a continuación: _____

Nuestro personal de nutrición puede contactarlo para revisar sus respuestas.

Tipo de Dieta: Por favor escoja hasta tres (3) selecciones de dieta

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dieta de Bienestar (sin restricciones) | <input type="checkbox"/> Renal | <input type="checkbox"/> No Huevos |
| <input type="checkbox"/> Diabética | <input type="checkbox"/> Suave (baja en ácido y especias) | <input type="checkbox"/> No Pescado/Marisco |
| <input type="checkbox"/> Cardíaca | <input type="checkbox"/> Blanda | <input type="checkbox"/> Vegetariano – no carne, pollo, o pescado/ marisco |
| <input type="checkbox"/> Baja en Fibra | <input type="checkbox"/> No Nueces | <input type="checkbox"/> Alta en Calorías/Proteína |
| <input type="checkbox"/> Baja en Vitamina K | <input type="checkbox"/> No Carne Roja | <input type="checkbox"/> Menú de niños |
| | <input type="checkbox"/> Baja en Lácteos | |

Leche: Descremada/sin grasa 1% 2% Lactaid (deslactosada)

Me gustaría ser contactado por una dietista para discutir mi dieta u otras preocupaciones nutricionales

Por favor tome en cuenta: No somos una facilidad libre de comida alérgica. Los alimentos pueden contener restos de nueces, pescado, mariscos, lácteos, y/o huevo. No podemos acomodar restricciones de alimentos libres de gluten e intolerancia al trigo y soya o cualquier otra restricción que no se enliste arriba. No usamos productos de puerco en ninguno de nuestros alimentos.

Personas en el Hogar

Community Servings, además de al cliente principal, proveerá de alimentos para un cuidador o padre/esposo y cualquier niño menor de 18 años.

| Relación | Selección de Dieta (ver arriba) | Raza | Género | Fecha de Nacimiento |
|----------|---------------------------------|------|--------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Instrucciones de Entrega

Por favor provea de cualquier información relevante para la entrega (p.ej. rejas, timbre, códigos, o citas previamente programadas como diálisis):

Persona que completa la forma de admisión: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Lineamientos de los Clientes

Procedimientos de Responsabilidades, Derechos y Quejas de los Clientes

¿Qué es Community Servings?

La misión de Community Servings es la de proveer de apoyo nutricional gratuito en sus casas a personas que viven con una enfermedad potencialmente mortal, sin importar raza, religión, sexo, nacionalidad, u orientación sexual. Nos dedicamos a dar servicios con cuidado y compasión, de tal forma que se promueva dignidad y autosuficiencia. La elegibilidad de los servicios se determina con un *formulario de certificación*, la cual establece con exactitud la enfermedad potencialmente mortal y evalúa las necesidades de los clientes de acuerdo a implicaciones de salud y movilidad.

¿Cuáles son mis responsabilidades como cliente?

Para asegurar un servicio de alta calidad, los clientes son responsables de lo siguiente:

- **Papeleo:** Completar todo el papeleo necesario que se requiere para recibir los alimentos.
- **Información de Contacto:** Notificar a Servicios al Cliente ante cualquier cambio de dirección o teléfono.
- **Programación de la Entrega:** La entrega se realiza una vez por semana en un día predeterminado. Los horarios exactos de entrega pueden variar pero alguien debe de estar en casa el día de la entrega para recibir los alimentos.
Horarios de Entrega: Lunes – Viernes entre 9:00am-6:00pm y Sábado 9:00am-2:00pm (a menos que se realicen otros arreglos de la entrega). Si no ha recibido sus alimentos a las 5pm, por favor deje un mensaje en Servicios al Cliente al 617-522-7777
- **Recertificación:** Una vez al año, o tanto como sea necesario, se le pedirá que envíe nuevamente todo el papeleo y que su proveedor médico envíe por fax un *formulario de certificación* anual que indique el estado médico y de movilidad del cliente. Algunos formularios necesitan ser actualizados cada seis meses.
- **Cancelación:** Para cancelar un alimento, los clientes deben de llamar a nuestro departamento de Servicios al Cliente con 24 horas de anticipación y no después de las 8:00am del día de la entrega. Si no estará disponible por un período extendido de tiempo (como vacaciones u hospitalización), debe de suspender temporalmente sus alimentos y llamar al Servicios al Cliente para reestablecer las entregas.

¿Cuáles son mis derechos como cliente?

Community Servings debe de honrar los derechos de cada cliente que recibe los servicios. Usted tiene el derecho de:

- Ser tratado con dignidad y respeto.
- Ser informado de políticas y procedimientos que le conciernan al cliente.
- Que se realice todo esfuerzo razonable para acomodar las necesidades especiales de dieta y restricciones.
- Tener confidencialidad y tener ese derecho protegido por el personal, voluntarios y todos aquellos asociados con la agencia.
- Ser informados de los Procedimientos de Quejas.
- Dar opiniones, sugerir cambios, ofrecer críticas y comentarios.
- Recibir servicios de interpretación sin costo.

¿Cuál es el Procedimiento de Queja?

Si un cliente cree que ha sido tratado injustamente por Community Servings:

- El cliente debe de tratar resolver cualquier discrepancia o disputa con la persona involucrada, ya sea voluntario, personal, u otro asociado en la agencia.
- Si esto no resuelve la situación dentro de 3 días laborales, el cliente debe de buscar hablar con el Gerente de Servicios al Cliente. El Gerente de Servicios al Cliente realizará todos los intentos de resolver la situación y de informar al cliente de los resultados.

- Si lo anterior falla, el cliente puede llamar a la Directora de Servicios al Cliente y Voluntario. La Directora de Servicios al Cliente y Voluntario juntará y analizará todos los hechos y ambas partes serán entrevistadas. El cliente será informado de los resultados.
- Community Servings puede referir al cliente con un tercero para mediar la negociación, en caso de ser necesario.

Políticas de fallas en recibir una entrega de alimentos

¿Qué pasa si fallo en recibir una entrega de alimentos?

Esperamos que alguien esté en su casa para recibir los alimentos en su día ya programado. Una **falla injustificada en la recepción de la entrega de alimentos** es cuando intentamos entregar sus alimentos en su día programado y nadie se encuentra en casa para recibirlo. Debido a la inocuidad de los alimentos estos alimentos deben de tirarse; para evitar desperdiciarlos por favor llame con anticipación para cancelar la entrega. **No volveremos a reprogramar o entregar de nuevo cuando haya una falla injustificada en recibir los alimentos.**

Si usted no estará en casa durante su tiempo de entrega regular, usted debe de llamar al **Departamento de Servicios al Cliente al 617-522-7777** por lo menos con 24 horas de anticipación y no después de las 8:00am del día de la entrega. Por favor deje un mensaje de voz y le regresaremos la llamada tan pronto como sea posible.

Fallas constantes en informar a Servicios al Cliente de que no estará en casa para recibir sus alimentos resultará en la suspensión de la entrega de sus alimentos. Se dejarán de entregar sus alimentos si fallas en recibir sus alimentos 3 veces consecutivas sin aviso previo

Cientes que recojan sus alimentos en Community Servings – Se espera que recoja sus alimentos en el día programado. Fallas en recoger sus alimentos semanales sin aviso previo serán consideradas como fallas en recibir una entrega de alimentos. Su servicio será cancelado si fallas en recoger sus alimentos 3 semanas consecutivas sin aviso previo.

Acuerdo del Cliente

Acuerdo que como cliente de Community Servings:

- Autorizo a Community Servings obtener información en lo referente a mi estado medico con mi proveedor de servicios médicos y coordinador de servicios.
- Entiendo que la información recolectada sobre mí se obtiene solamente con la intención de darme alimentos y adecuada nutrición. Esta información no se compartirá con ninguna fuente sin mi previo consentimiento por escrito.
- Asumo responsabilidad completa de informar a Community Servings de las restricciones, requerimientos y cambios en la dieta.
- Estoy de acuerdo en recertificar una vez al año enviando una nueva aplicación.
- Entiendo que debo de informar a Community Servings tan pronto como sea posible sobre cualquier cambio en mi estado médico, necesidades nutricionales, dirección y números de teléfono.
- Entiendo que debo recibir un Plan de Servicios de Alimentos cada seis meses. Este documento resume los detalles de la entrega y de la dieta. Entiendo que debo firmar y devolver el Plan de Servicios de Alimentos a Community Servings si se solicita.

- Entiendo que por inocuidad de los alimentos, éstos deben de ser recibidos por un individuo y que no serán desatendidos.
- Entiendo que la entrega de los alimentos y los suplementos son para mi consumo y no pueden ser vendidos.
- Entiendo que Community Servings no dará servicio a nadie en un lugar en el que el personal o voluntarios puedan estar en peligro. Esto incluye abuso físico, verbal o de sustancias por un cliente o alguien que se encuentre en la casa o edificio del cliente, o por cualquier otra razón determinada por Community Servings.

Acuerdo del Cliente

- He leído y estoy de acuerdo con las Responsabilidades del Cliente, Derechos y Procedimiento de Quejas.
- He leído y acepto las Políticas de Falla en la Entrega de Alimentos.
- He leído y estoy de acuerdo con las formas de Acuerdos del Cliente.
- Entiendo que esta autorización tiene una duración de *un* año desde la fecha de mi firma.
- Entiendo todos los lineamientos de Community Servings y he recibido una copia de este documento.

Firma del Cliente

Fecha

Para ser completado solamente por aplicantes con HIV/AIDS y Hepatitis C

Yo, _____, autorizo al personal de Community Servings que permita a Parte A de Ryan White (Ryan White Part A) o al Concesionario del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health Grantee) o sus designados a acceder y revisar mi expediente. El propósito de la revisión es solamente para monitoreo. La revisión puede incluir información como nombre, estado de HIV y diagnósticos relacionados, tratamiento de abuso de sustancias, cuidados médicos y tratamiento, circunstancias financieras, arreglos de vivienda, y otra información que sea necesaria. Entiendo que la revisión será visual solamente y que ningún registro será copiado y ninguna información que me identifique será registrada.

La autorización para compartir información es para revisión solamente y en ninguna forma autorizo a Ryan White Parte A o al Concesionario del Departamento de Salud Pública de Massachusetts o sus designados, el derecho a borrar información o recolectar identificadores personales, excepto en casos en que se sospeche de fraude o de otra fechoría criminal.

La autorización no revela ninguna información de naturaleza personal y confidencial a ningún empleado o voluntario que no esté autorizado con mi consentimiento.

Esta autorización tendrá una duración de *un año* desde la fecha de la firma al final del documento. Entiendo que no estoy requerido por ley a consentir el compartir esta información, pero elijo hacerlo de Buena gana y voluntariamente. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida de la acción que ha sido tomada en relación con mi consentimiento.

Firma del Cliente

Fecha

Autorización del Cliente para Liberación de Información

Yo, _____, he solicitado servicios de Community Servings. Yo entiendo que para poder prestar tales servicios, Community Servings tal vez necesitará la liberación de restricción para recibir información acerca de mí de:

(Por favor lista los nombres, números telefónicos y direcciones de las agencias/personas con quien tal vez necesitamos comunicar)

| | Nombre de Contacto | Nombre de Agencia y Dirección | Teléfono |
|----|---|-------------------------------|----------|
| 1. | <i>Mi Medico Principal</i> | | |
| 2. | <i>El/La Coordinador/a de mis servicios</i> | | |
| 3. | <i>Mi cuidador/a</i> | | |
| 4. | <i>Contacto adicional (si es necesario)</i> | | |
| 5. | <i>Contacto adicional (si es necesario)</i> | | |

Yo entiendo y estoy de acuerdo que Community Servings puede divulgar información acerca de mi condición y circunstancia física, psicológica económica y legal, incluyendo mi estado de SIDA (HIV/AIDS) e historia de uso de sustancias.

Yo permito esta autorización basado en la condición de que Community Servings tomará todo cuidado apropiado, en todo tiempo para proteger mis derechos a privacidad y confidencialidad. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en forma escrita en cualquier momento con excepción de cuando Community Servings ya ha divulgado información basado en este acuerdo.

Además, si no está específicamente declarado, este Formulario de Liberación estará vigente por un año desde la fecha en que está firmado.

Firmado: _____

Fecha: _____

Six Month Eligibility Recertification Summary

Form only to be completed for applicants with HIV/AIDS or Mono-Infected Hepatitis C

The purpose of this form is to document the ongoing components of eligibility: financial, residential and insurance coverage for individuals receiving Ryan White Part A services. This form can be shared among service providers to verify, income, residency and health insurance coverage if the client has signed and dated a release of information document. **This form is valid for 6 months after screening date.**

| | |
|----------------------|--|
| Agency Name: | |
| Agency Address: | |
| Agency Phone Number: | |
| Client Name: | Client Code: |
| Screening Date: | Expiration date (six month after screening): |

| Financial | |
|--|---|
| Client Annual Income | % of Federal Poverty Level |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pay Stubs (2 most recent) <input type="radio"/> Social Security (SSDI/SSI) Letter <input type="radio"/> Private Disability Statement <input type="radio"/> Department of Transitional Assistance (TANF/EAEDC)Letter | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Veterans' Benefits <input type="radio"/> Medical Case Manager Letter <input type="radio"/> Other: _____ |
| Residency | |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pay Stub <input type="radio"/> Government Issued Check <input type="radio"/> Government Correspondence <input type="radio"/> Valid Driver's License/MA ID <input type="radio"/> Utility Bill | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Bank Statement <input type="radio"/> Real Estate Tax Bill <input type="radio"/> Current Residential Lease <input type="radio"/> Medical Case Manager Letter including town and zip code <input type="radio"/> Other _____ |
| Insurance | |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> HDAP Approval Letter <input type="radio"/> Letter from Insurer <input type="radio"/> Premium Statement | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dated Print out from Exchange <input type="radio"/> Mass Health Approval Letter <input type="radio"/> Other: _____ |

| | |
|---------------------|-------------|
| Signatures | |
| Client: _____ | Date: _____ |
| Agency Staff: _____ | Date: _____ |
| Title : _____ | |