# Demande de portions communautaires pour le programme de repas

**Formulaire de certification médicale**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du client Signature du client Date

**Section des fournisseurs de soins de santé :**

Le service communautaire fournit des repas à domicile aux clients à un stade critique d’une maladie potentiellement mortelle. Au nom du demandeur ou du client, veuillez remplir ce formulaire de certification avec les valeurs de laboratoire, ainsi qu’une note médicale récente. Des valeurs récentes en laboratoire et des caractéristiques particulières de la maladie sont requises là où elles sont indiquées ci-dessous. Nous ne pouvons pas traiter une demande sans ces renseignements. **Merci de votre aide au service de nos clients.**

**Veuillez envoyer ce qui suit par télécopieur au Service à la clientèle au 617-522-7770**

* **Formulaire d’attestation rempli avec signatures**
* **Note médicale récente avec liste des problèmes**

**Demandeur/client : Taille :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ po. **Poids : \_\_\_\_\_\_ PA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A. DIAGNOSTIC PRIMAIRE :** Cochez TOUT ce qui s’applique.

* SIDA (défini par les CDC) **(\*Requis CD4 : Charge virale :\_\_\_\_\_\_\_ Année du diagnostic :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**
* VIH+ (**\*Requis CD4 : Charge virale :\_\_\_\_\_\_**

**Date de collecte : \_\_\_\_\_\_\_)**

* Hépatite C mono-infectée

**Année du diagnostic : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (obligatoire)**

* Cancer (préciser le type) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Chimiothérapie Radiothérapie
* Liver Disease (specify type): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sclérose en plaques
* La maladie de Parkinson
* Cardiac Disease (specify type):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* CHF (préciser stade/sévérité) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Diabète II ou diabète I (**\*Requis HbA1C : )**
* Maladie pulmonaire (préciser le type) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* MPOC (préciser le stade/la gravité) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Maladie rénale (préciser le stade :**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (DFG :\_\_\_\_\_\_)**
* Hémodialyse Dialyse péritonéale

**B. AFFECTIONS MÉDICALES LIÉES À LA MALADIE :**

* Soins de fin de vie
* Ulcère de pression – Stade :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Neuropathie périphérique limitant de manière significative la position debout et/ou l’ambulation
* Émaciation (perte de poids involontaire de plus de 5 % du poids corporel habituel) Expliquer :
* Démence ou maladie d’Alzheimer
* Maladie mentale (cochez toutes les réponses qui s’appliquent) : Crises de colère Anxiété Mauvaise mémoire Insomnie. Nervosité Manque d’appétit Dépression Schizophrénie Dépendance bipolaire aux drogues/à l’alcool **Autres détails nécessaires : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C. MOBILITÉ:** Facteurs qui influeraient sur la capacité à maintenir une alimentation saine et un mode de vie autonome.

|  |  |
| --- | --- |
| * Lié au lit
* Ne peut pas supporter plus de 15 minutes à la fois
* Ne peut pas marcher plus de 50 pieds à la fois
 | * Ne peut pas porter un poids de plus de 15 lb
* Fauteuil roulant
* Quadriplegia or Paraplegia
* Autres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

**En tant que fournisseur de soins de santé de ce client, je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et exacts au meilleur de ma connaissance.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du médecin/IP/AP Affiliation à une clinique ou à un hôpital Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom en caractères d’imprimerie ou de timbre Numéro de téléphone Numéro de télécopieur

**Formulaire de demande du client**

**Prénom du client : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_\_\_\_ Nom de famille du client : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date de naissance : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexe :** Homme Femme transgenre-Homme Femme-transgenre non binaire

**Address : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Indiquez :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Téléphone principal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Autre personne-ressource (nom et numéro de téléphone) :**

**Autre téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prénom de la mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Les quatre derniers chiffres du sécurité sociale: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_**

**Démographie**

**Langue principale :** Anglais Espagnol Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Race :** Afro-Américain/Noir Américain Indien/Natif d’Alaska Natif d’Hawaï/Insulaire du Pacifique Blanc Autre (veuillez préciser)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hispanique ou Latino/a :** Hispanique ou Latino/a Not Hispanic ou Latino/a Unknown/Unrereported

**Sous-groupe hispanique :** Mexicain, Mexicain Américain, Chicano/Portoricain Cubain Autre Hispanique, Latino/Espagnol

**Asiatique Sous-groupe :** Asiatique Indien Chinois Philippin Japonais Coréen Vietnamien Autre Asiatique

**Sous-groupe** des Hawaiiens et des Insulaires du Pacifique : Guamaniane ou Samoan chamorro Autres Insulaires du Pacifique

**Pays de naissance :** États-Unis Dépendances américaines, y compris Porto Rico Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Information sur le logement et le revenu**

**Veuillez en choisir un :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logement permanent Logementde transition Refuge d’urgence | Établissement psychiatriqueinconnu/non déclaréIncarcéré | Vivre temporairement avec un ami ou un membre de la famille Centre de traitement dela toxicomanie Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**J’ai accès à :** Réfrigérateur Cuisinière Four à micro-ondes Congélateur Aucun Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Avez-vous quelqu’un pour vous aider?** Infirmière visiteuse Aide à domicile Membre de la famille/ami Aucune aide

**Revenu Source\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Revenu mensuel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**Renseignements sur l’assurance**

**Fournisseur d’assurance maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Type d’assurance (cochez toutes les réponses qui s’appliquent) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MassHealth (Medicaid)MedicareConnectorCare | Autres assurances publiquesFilet de sécurité sanitaireAucune assurance | AV, Tricare ou autre régime militaire de soins de santéAssurance privée Particulier Employeur Préciser le plan : |

**Catégorie d’exposition (à remplir seulement pour les demandeurs ayant reçu un diagnostic de VIH/sida)**

**Veuillez indiquer la catégorie d’exposition au VIH/sida (cochez toutes les réponses qui s’appliquent) :** Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HARSAH)

Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (WSW) Contact hétérosexuel Consommation de drogues injectables Transmission périnatale

Hémophilie Par le sang, les produits sanguins, les tissus Autre risque Inconnu

**Personne qui remplit la demande : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Client’s signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lignes directrices** à l’intention des clients (veuillez conserver cette page pour vos dossiers)

## **Quelles sont mes responsabilités en tant que client?**

Afin de recevoir un service efficace et de grande qualité, les clients sont responsables de ce qui suit :

1. **Documents :** Remplir tous les documents nécessaires pour recevoir les repas.
2. **Coordonnées :** Avisez les Services à la clientèle de tout changement d’adresse ou de numéro de téléphone.
3. **Calendrier de livraison :** Les livraisons sont effectuées une fois par semaine un jour prescrit. Les délais de livraison exacts peuvent varier, mais quelqu’un doit être à la maison le jour de votre livraison pour recevoir vos repas.

Les heures de livraison sont : du lundi au vendredi, de 9 h à 18 h. Si vous n’avez pas reçu vos repas avant 17 h, veuillez laisser un message au Service à la clientèle au 617-522-7777.

1. **Renouvellement du certificat :** Une fois par année, ou au besoin, on vous demandera de soumettre de nouveau tous les documents et de demander à votre fournisseur de soins de santé de vous télécopier un formulaire de certification *annuel* qui indique le statut médical et de mobilité d’un client. Il faut mettre à jour certains documents sur une base de six mois.
2. **Annulation : Les** clients doivent appeler notre service à la clientèle 24 heures à l’avance et au plus tard à 8 h le jour de la livraison pour annuler les repas. Si vous n’êtes pas disponible pendant une période prolongée (comme des vacances ou une hospitalisation), vous pouvez suspendre vos repas et appeler le Service à la clientèle pour reprendre les livraisons.

**Quels sont mes droits en tant que client?**

Les Services communautaires doivent respecter les droits de chaque personne recevant des services. Vous avez le droit :

1. Être traité avec dignité et respect.
2. Être informé des politiques et procédures concernant les clients.
3. Faire tous les efforts raisonnables pour répondre aux besoins alimentaires particuliers et aux restrictions.
4. À la confidentialité et à la protection de ce droit par le personnel, les bénévoles et toutes les autres personnes associées à l’agence.
5. Être informé de la procédure de règlement des griefs.
6. Formuler des commentaires, suggérer des changements, donner de la rétroaction et des commentaires.
7. Recevoir gratuitement des services d’interprétation ou des avis écrits.

# Qu’est-ce que la procédure de règlement des griefs?

Si un client croit qu’il a été traité injustement par les services communautaires :

1. Le client doit essayer de résoudre tout désaccord ou différend avec la personne concernée, qu’il s’agisse de bénévoles, de membres du personnel ou d’autres personnes associées à l’organisme.
2. Si cela ne règle pas la situation dans les trois jours ouvrables, le client doit demander à parler au gestionnaire des services à la clientèle. Le gestionnaire des services à la clientèle fera toutes les tentatives pour résoudre la situation et informer le client des résultats.
3. Si ce qui précède échoue, le client peut appeler le directeur des programmes. Le directeur des programmes recueillera et analysera tous les faits et toutes les parties seront interviewées. Le client sera informé des résultats.
4. Les Servitudes communautaires peuvent diriger le client vers un médiateur tiers aux fins de négociation, au besoin.

# Que se passe-t-il si je rate une livraison?

Nous nous attendons à ce que quelqu’un soit à votre adresse de livraison pour accepter les repas le jour de livraison prévu. Une **livraison manquée non exceptionnelle** est lorsque nous tentons de livrer vos repas le jour prévu et que personne n’est à la maison pour les recevoir. Pour la sécurité alimentaire, ces repas doivent être jetés; Pour éviter le gaspillage, veuillez appeler à l’avance pour annuler votre livraison. **Nous ne reporterons pas ou ne rengagerons pas une livraison manquée sans préavis.**

Si vous ne serez pas à la maison pendant votre heure de livraison habituelle, veuillez appeler notre service à la **clientèle au 617-522-7777 au moins** 24 heures à l’avance et au plus tard à 8 h le jour de la livraison. Veuillez laisser un message sur la boîte vocale et nous vous rappellerons dès que possible.

**Si vous omettez systématiquement d’informer les Services à la clientèle que vous ne serez pas à la maison pour recevoir vos repas, ceux-ci seront interrompus. Votre service sera interrompu après 3 livraisons manquées consécutives.**

# Remerciements des clients

**Il est convenu qu’en tant que client de Community Servings :**

1. J’autorise les membres de la collectivité à obtenir de mes professionnels de la santé et gestionnaires de cas des renseignements sur mon état de santé.
2. Je comprends que l’information recueillie à mon sujet est utilisée uniquement pour me fournir une alimentation et des repas appropriés. Ces renseignements ne seront divulgués à aucune source sans mon consentement écrit préalable.
3. J’assume l’entière responsabilité d’informer la Community Servings des restrictions, des exigences et des changements alimentaires.
4. J’accepte de renouveler mon certificat une fois par année en présentant une nouvelle demande.
5. Je comprends que je dois informer les Services communautaires le plus tôt possible de tout changement dans l’état de santé, les besoins nutritionnels, l’adresse ou le numéro de téléphone.
6. Je comprends que je dois revoir un plan de service de repas. Ce document résume les détails de l’administration et de l’alimentation. Je comprends que je dois signer et retourner le Plan de service de repas et le formulaire d’admissibilité de six mois aux Portions communautaires sur une base de six mois, sur demande.
7. Je comprends que pour la salubrité alimentaire, les repas doivent être acceptés par une personne et ne seront pas laissés sans surveillance.
8. Je comprends que les repas livrés et les suppléments sont pour ma consommation et ne peuvent pas être vendus.
9. Je comprends que les services communautaires ne serviront personne à un endroit où le personnel ou les bénévoles pourraient ne pas se sentir en sécurité. Cela comprend l’abus physique, verbal ou de substances par un client ou toute autre personne dans le ménage ou l’immeuble du client, ou pour toute autre raison déterminée par les portions communautaires. Le non-respect de ces lignes directrices peut entraîner la suspension des livraisons de repas pour une période maximale de 90 jours ou l’annulation du service de livraison de repas des clients.
10. Pour les clients atteints du VIH/sida/hépatite C : Je comprends que toute divulgation de renseignements personnels à Ryan White Part A ou au Massachusetts Department of Public Health ou à leur représentant ne sert qu’à des fins de surveillance obligatoire. Je comprends que l’examen sera visuel seulement et qu’aucun dossier ne sera copié et qu’aucun renseignement m’identifiant ne sera enregistré. L’autorisation ne divulgue aucun renseignement de nature personnelle et confidentielle à un employé ou à un bénévole qui n’est pas autorisé avec mon consentement. Cette autorisation aura une durée d’*un an* à compter de la date de signature ci-dessous. Je comprends que la loi ne m’oblige pas à consentir à la divulgation de ces renseignements, mais je choisis de le faire volontairement. Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps, sauf dans la mesure où des mesures ont été prises en me fondant sur mon consentement.

### Convention du client

1. **J’ai lu et j’accepte la Procédure relative aux responsabilités, aux droits et aux griefs des clients.**
2. **J’ai lu et j’accepte la Politique sur la livraison des repas manqués.**
3. **J’ai lu et j’accepte les remerciements du client.**
4. **Je comprends que cette autorisation durera un *an à compter de* la date de ma signature.**
5. **Je comprends toutes les lignes directrices sur les portions communautaires et j’ai reçu une copie du présent document.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du client Date

**Autorisation d’obtenir des renseignements sur la mainlevée**

**Nom du client : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*J’autorise par la présente les Portions communautaires à divulguer et/ou à échanger des renseignements généraux (y compris la séropositivité) liés à ma santé, à mes antécédents de consommation de drogues ou d’alcool, ou d’autres renseignements que je pourrais considérer comme sensibles aux fins de la coordination de mes soins. Je comprends que cette autorisation concerne les renseignements obtenus au plus tard à la date de signature. J’autorise la communication et l’échange de renseignements aux personnes suivantes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Coordonnées** |
| **Fournisseur de soins médicaux** | Nom : Titre : Agence :  | Courriel : Téléphone :Télécopieur :  |
| **Gestionnaire de cas ou travailleur social**  | Nom : Titre : Agence :  | Courriel : Téléphone :Télécopieur :  |
| **Personne qui fait la recommandation (si elle diffère du gestionnaire de cas)** | Nom : Titre : Agence :  | Courriel : Téléphone :Télécopieur :  |
| **Personne-ressource supplémentaire** | Nom : Titre : Agence :  | Courriel : Téléphone :Télécopieur :  |
| **Personne-ressource supplémentaire** | Nom : Titre : Agence :  | Courriel : Téléphone :Télécopieur :  |

**Personne-ressource d’urgence (doit être au courant du diagnostic primaire)**

Name : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relationship : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Client Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Cette autorisation expirera dans douze (12) mois à compter de la date ci-dessus, sauf si elle est révoquée plus tôt. Cette autorisation peut être révoquée à tout moment, mais non rétroactivement à la divulgation de renseignements déjà faits de bonne foi.

**Cette page doit être remplie par les candidats vivant avec le VIH/sida et l’hépatite C seulement : Veuillez sélectionner une option dans chaque section ci-dessous et envoyer les documents correspondants avec la demande**

**Formulaire annuel d’admissibilité**

Le présent formulaire vise à documenter la couverture financière, résidentielle et d’assurance des personnes qui reçoivent les services de la partie A de Ryan White. Ce formulaire est valide pendant 12 mois après la date de présélection.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du client : | Code de client : |
| Date de présélection : | Date d’expiration (12 mois après le dépistage) : |

|  |
| --- |
| Revenu |
| Revenu annuel du client :  | % du niveau fédéral de pauvreté :  |
| * Talon de paye (deux plus récents)
* Lettre de sécurité sociale (SSDI/SSI)
* Déclaration d’invalidité privée
* Formulaire de vérification Masshealth
* Ministère de l’Aide à la transition
* (TANF/EAEDC) Letter
 | * Avantages pour les anciens combattants
* Lettre du gestionnaire de cas médical
* Client Affidavit
* Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Résidence  |
| * Talon de paie
* Vérification des enjeux gouvernementaux
* Correspondance gouvernementale
* Permis de conduire ou ID d’AM valide
* Facture de services publics
 | * Relevé bancaire
* Projet de loi sur l’impôt foncier
* Bail résidentiel actuel
* Lettre du gestionnaire de cas médical, y compris la ville et le code postal
* Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Assurance  |
| * Lettre d’approbation du GCMUH
* Lettre de l’assureur
* Relevé de prime
 | * Impression datée de l’échange
* Lettre d’approbation de santé de masse
* Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

Je, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reçois actuellement des services Ryan White de la partie A des Services communautaires. Au cours des 12 derniers mois, aucun changement **n’a été** apporté à mon admissibilité aux services de la partie A. Je comprends que je dois signaler tout changement à mon revenu, à ma résidence et à mon assurance pour demeurer admissible à ces services.

**Client Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**