# Pedido de porções da comunidade para o programa de refeições

**Formulário de Certificação Médica**

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

Nome do cliente Assinatura do cliente Data

**Seção de prestadores de serviços de saúde:**

As porções da comunidade fornecem refeições entregues aos clientes em um estágio crítico de uma doença potencialmente fatal. Em nome do candidato/cliente, preencha este **formulário de certificação com os valores de laboratório preenchidos, além de uma nota médica recente. Os valores laboratoriais recentes e as especificidades da doença são necessários quando observado abaixo. Não foi possível processar um aplicativo sem essas informações.** Obrigado por sua ajuda para atender aos nossos clientes.

**Envie o seguinte fax para o Atendimento ao cliente pelo telefone 617-522-7770**

* **Formulário de certificação preenchido com assinaturas**
* **Nota médica recente com lista de problemas**

**Requisitante/Cliente: Altura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pés \_\_\_\_\_\_ pol. **Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A. DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO:** Marque TODAS as opçõeses aplicáveis.

* AIDS (CDC definido) **( obrigatório CD4: Carga viral:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ano de diagnóstico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**
* HIV ( **obrigatório CD4: Carga viral:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data de coleta: \_\_\_\_\_\_)**

* Hepatite C mono-infetada

**Ano de diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Obrigatório)**

* Câncer (especificar tipo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Quimioterapia □ Radioterapia
* Liver Disease (specify type): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Esclerose múltipla
* Doença de Parkinson
* Cardiac Disease (specify type):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ICC (specifical estágio/gravidade):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Diabetes II ou Diabetes I ( **HbA1c necessária: )**
* Doença pulmonar (especificar tipo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DPOC (especificar estágio/gravidade):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Doença renal (especificar estágio:**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (GFR:\_\_\_\_\_\_)**
* Hemodiálise □ diálise peritoneal

**B. CONDIÇÕES MÉDICAS RELACIONADAS À DOENÇA:**

* Fim da vida útil
* Úlcera de pressão – Estágio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Neuropatia periférica limitando significativamente a deambulação e/ou a posição em pé
* Desperdício (perda acidental de peso de mais de 5% do peso corporal habitual)

Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Demência ou doença de Alzheimer
* Doença mental (marque todas as respostas aplicáveis): □ explosões com raiva □ ansiedade □ memória insuficiente □ insônia

□ nervosismo □ apetite pobre □ depressão □ esquizofrenia □ Bipolar □ Addicção de drogas/álcool

**Quaisquer outros detalhes necessários: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C. MOBILIDADE:** Fatores que podem afetar a capacidade de manter uma dieta saudável e um estilo de vida:

|  |  |
| --- | --- |
| * Limite do leito * Não é possível ficar parado por mais de 15 minutos ao mesmo tempo * Não é possível andar mais de 50 pés de uma vez | * Não é possível carregar um peso de mais de 15 lbs * Cadeira de rodas * Quadriplegia or Paraplegia * Outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Como prestador de serviços de saúde deste cliente, certifico que as informações acima são precisas e corretas de acordo com o meu conhecimento.**

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

Assinatura do médico/NP/PA Afiliação clínica ou hospitalar Data

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

Nome do carimbo ou impressão Número de telefone Número de fax

**Formulário de entrada do cliente**

**Nome do cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sobrenome do cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Gênero:** □ Homem □ mulher □ Transgênero (H) □ Transgênero (M) □ não binário

**Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No apto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Estado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefone principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Contato alternativo (nome e número de telefone):**

**Outro telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome da mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Últimos quatro dígitos do número de seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dados demográficos**

**Idioma principal:** □English □Spanish □Other (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Raça:** □afro-americano/negro □asiático □índio americano/nativo do Alasca □nativo do Havaí/ilha do Pacífico □branco □outro (especifique) **Hispânico ou latino/a:** □hispânico ou latino/a □não hispânico ou latino/a □Desconhecido/não relatado **Subgrupo hispânico:** □mexicano, mexicano americano, Chicano/a □porto-riquenho □cubano □outros hispânicos, latino/a ou espanhóis **Subgrupo asiático:** □ asiático □ indiano □ chinês □ filipino □ japonês □ coreano □ vietnamita □ outro asiático **Subgrupo nativo das ilhas do Havaí/Pacífico:** □nativo do Havaí □Guamaniano ou Chamorro □Samoan □outras ilhas do Pacífico**País de nascimento:** □ EUA □ dependências dos EUA, incluindo Porto Rico □ outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informações de moradia e renda**

**Escolha uma opção:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Habitação Permanente  □ Habitação transitória  □ proteção de Emergência | □ Unknown/ Unreported □ Unidade Psiquiátrica  □ encarcerado | □ viver temporariamente com um amigo/membro da família □ Substance Abuse Treatment Center  □ outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Tenho acesso a:** □ Geladeira □ Fogão □ microondas □ Forno □ congelador □ Nenhum □ outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Você tem alguém para ajudá-lo?** □ Enfermeira visitante □ Aida da Saúde da Casa □ Membro da Família/amigo □ sem Ajuda □ outro **Fonte de renda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Renda mensal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**Informações de seguro**

**Provedor de seguro saúde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipo de seguro (marque todas as opçõeses aplicáveis):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ MassHealth (Medicaid) □ Medicare  □ ConectorCare | □ outro seguro público  □ rede de Segurança em Saúde  □ sem seguro | □ VA, Tricare ou outro Serviço de Saúde Militar □ seguro Privado → □ indivíduo □ empregador  Especifique o plano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Categoria de exposição (completa apenas para candidatos com diagnóstico de HIV/AIDS)**

**Indique a categoria de exposição ao HIV/AIDS (marque todas as opçõeses aplicáveis):** □ homens que têm sexo com homens (MSM) □ mulheres que têm sexo com mulheres (WSW) □ contato heterossexual □ uso de drogas injetáveis □ transmissão perinatal □ hemofilia □ através de sangue, hemoderivados, tecido □ outro risco □ Desconhecido

**Pessoa que completa a admissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Diretrizes do cliente** (Mantenha esta página para seus arquivos)

## **Quais são minhas responsabilidades como cliente?**

Para receber um serviço eficiente e de alta qualidade, os clientes são responsáveis pelo seguinte:

1. **Documentação:** Preencha toda a documentação necessária para receber as refeições.
2. **Informações de contato:** Notifique os Serviços ao Cliente sobre qualquer alteração de endereço ou número de telefone.
3. **Programação de Entrega:** As entregas são feitas uma vez por semana em um dia prescrito. Os horários exatos de entrega podem variar, mas alguém deve estar em casa no dia da entrega para receber suas refeições.

Os horários de entrega são: De segunda a sexta-feira, das 9:00 às 6:00. Se você não recebeu suas refeições até as 17h, deixe uma mensagem com o Atendimento ao Cliente pelo telefone 617-522-7777.

1. **Recertificação:** Uma vez por ano, ou conforme necessário, você será solicitado a reenviar toda a documentação e pedir ao seu provedor de serviços de saúde que envie fax anualmente*, com certificação* que declara o status médico e de mobilidade de um cliente. As atualizações de alguns documentos são necessárias em uma base de seis meses.
2. **Cancelamento:** Os clientes devem ligar para o nosso departamento de Serviços ao Cliente com 24 horas de antecedência e, o mais tardar, às 8:00 no dia da entrega para cancelar as refeições. Se você não estiver disponível por um longo periodo (como férias ou hospitalização), poderá colocar suas refeições em espera e ligar para o Atendimento ao Cliente para retomar as entregas.

**Quais são meus direitos como cliente?**

Os serviços comunitários devem honrar os direitos de cada pessoa que receba serviços. Você tem o direito:

1. Ser Tratado com dignidade e respeito.
2. Ser informado sobre políticas e procedimentos relacionados aos clientes.
3. Ter todos os esforços razoáveis feitos para acomodar necessidades e restrições alimentares especiais.
4. A confidencialidade e ter esse direito protegido por funcionários, voluntários e todos os outros associados à agência.
5. Para ser informado sobre o procedimento de queixa.
6. Para fornecer informações, sugerir alterações, oferecer feedback e comentários.
7. Para receber serviços de intérprete ou avisos por escrito sem nenhum custo.

# O que é o procedimento de Grievance?

Se um cliente acreditar que foi Tratado injustamente por serviços comunitários:

1. O Cliente deve tentar resolver qualquer desacordo ou disputa com a pessoa envolvida,
2. seja voluntária, equipe ou outras pessoas associadas à agência.
3. Se isso não resolver a situação dentro de 3 dias úteis, o cliente deverá pedir para falar com o Client Services Manager. O Client Services Manager fará todas as tentativas de resolver a situação e informará o cliente sobre os resultados.
4. Se o procedimento acima falhar, o cliente poderá ligar para o diretor de programas. O diretor de Programas reunirá e analisará todos os factos e todas as partes serão entrevistadas. O cliente será informado sobre os resultados.
5. Os serviços da comunidade podem encaminhar o cliente a um mediador de terceiros para negociação, se necessário.

# O que acontece se eu perder uma entrega?

Esperamos que alguém esteja no seu endereço de entrega para aceitar as refeições no seu dia de entrega programado. Uma **entrega perdida sem desculpas** é quando tentamos entregar suas refeições em seu dia programado regularmente e ninguém está em casa para recebê-las. Para a segurança dos alimentos, estas refeições devem ser descartadas; para evitar desperdício, ligue com antecedência para cancelar sua entrega. **Não reagendaremos ou reentregaremos uma entrega perdida não justificada.** Se você não estiver em casa durante o horário de entrega regular, ligue para o **nosso departamento de Serviços ao Cliente pelo telefone 617-522-7777** com pelo menos 24 horas de antecedência e até 8:00 no dia da entrega. Deixe uma mensagem no correio de voz e retornaremos sua chamada assim que possível.

**A falha consistente em informar os Serviços ao Cliente de que você não será o lar para receber suas refeições resultará na interrupção de suas refeições. Seu serviço será interrompido após 3 entregas perdidas consecutivas.**

# Confirmações do cliente

**Fica acordado que, como cliente de serviços comunitários:**

1. Autorizo que os funcionários da Comunidade obtenham informações sobre meu status médico com meus profissionais de saúde e gerentes de caso.
2. Entendo que as informações coletadas sobre mim são usadas exclusivamente para me fornecer nutrição e refeições adequadas. Essas informações não serão divulgadas a nenhuma fonte sem meu consentimento prévio por escrito.
3. Assumo a total responsabilidade de informar as autoridades comunitárias sobre restrições alimentares, requisitos e mudanças.
4. Concordo em recertificar uma vez por ano enviando um novo aplicativo.
5. Compreendo que tenho de deixar que as porções da Comunidade saibam o mais rapidamente possível de quaisquer alterações no estado médico, necessidades nutricionais, endereço ou número de telefone.
6. Entendo que devo revisar um Plano de Serviço de refeição. Este documento resume os detalhes de entrega e dieta. Compreendo que tenho de assinar e devolver o Plano de Serviço de refeição e o Formulário de elegibilidade de seis meses às porções da Comunidade em seis meses, se solicitado.
7. Entendo que, para a segurança alimentar, as refeições devem ser aceitas por um indivíduo e não serão deixadas sem supervisão.
8. Entendo que as refeições entregues e os suplementos são para o meu consumo e podem não ser vendidos.
9. Entendo que as porções da comunidade não servirão ninguém em um local onde funcionários ou voluntários possam se sentir inseguros. Isto inclui o abuso físico, verbal ou de substância por um cliente ou por qualquer pessoa no domicílio ou edifício do cliente, ou por qualquer outro motivo determinado pelas porções da Comunidade. O não cumprimento desta diretriz pode resultar na suspensão das entregas de refeições por até 90 dias ou no cancelamento do serviço de entrega de refeições dos clientes.
10. Para clientes com HIV/AIDS/Hep C: Entendo que qualquer divulgação de informações privadas para Ryan White parte A ou Massachusetts Department of Public Health ou seu representante é apenas para fins de monitoramento obrigatório. Entendo que a revisão será somente visual e que nenhum registro será copiado e nenhuma informação que me identifique será registrada. A autorização não divulga nenhuma informação de natureza pessoal e confidencial a qualquer funcionário ou voluntário que não esteja autorizado com o meu consentimento. Esta autorização terá uma duração *de um ano* a partir da data assinada abaixo. Entendo que não sou obrigado por lei a consentir a divulgação dessas informações, mas opto por fazê-lo voluntariamente. Compreendo que eu possa revogar o consentimento a qualquer momento, exceto na medida em que a ação tenha sido tomada com base no meu consentimento.

### Contrato do Cliente

1. **Li e concordo com o procedimento responsabilidades, Direitos e queixas do cliente.**
2. **Li e aceito a Política de Entrega de Refeições perdidas.**
3. **Li e concordo com as confirmações do cliente.**
4. **Entendo que essa autorização terá duração *de um* ano a partir da data da minha assinatura.**
5. **Compreendo todas as diretrizes de serviços da Comunidade e recebi uma cópia do documento para o cliente.**

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

Assinatura do cliente Data

**Autorização para obter informações de Liberação**

**Nome do cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Autorizo, por meio deste, que as porções comunitárias divulguem e/ou troquem informações gerais (incluindo o status de HIV) relacionadas à minha saúde, histórico de drogas/álcool ou outras informações que eu possa considerar sensíveis com o objetivo de coordenar meus cuidados. Entendo que esta autorização pertence às informações obtidas na data de assinatura ou antes dela. Autorizo a liberação e troca de informações para o seguinte:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Informações de contato** |
| **Médico** | Nome:  Título:  Agência: | E-mail:  Telefone:  Fax: |
| **Gerenciador de casos ou Social worker** | Nome:  Título:  Agência: | E-mail:  Telefone:  Fax: |
| **Pessoa que faz referência (se for diferente do Gerenciador de casos)** | Nome:  Título:  Agência: | E-mail:  Telefone:  Fax: |
| **Contato adicional** | Nome:  Título:  Agência: | E-mail:  Telefone:  Fax: |
| **Contato adicional** | Nome:  Título:  Agência: | E-mail:  Telefone:  Fax: |

**Contato de emergência (*deve estar ciente do diagnóstico primário)***

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacionamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Esta autorização expirará em doze (12) meses a partir da data acima, a menos que seja revogada antes. Esta autorização pode ser revogada em qualquer momento, mas não retroativamente à divulgação de informações já de boa fé.

**Esta página deve ser preenchida somente por candidatos que vivem com HIV/AIDS e Hep C: Selecione uma opção em cada seção abaixo e envie documentos correspondentes com a inscrição.**

**Formulário de elegibilidade anual**

O objetivo deste formulário é documentar a cobertura financeira, residencial e de seguro para indivíduos que recebem os serviços Ryan White parte A. Este formulário é válido por 12 meses após a data de triagem.

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do cliente: | Código do cliente: |
| Data de triagem: | Data de expiração (12 meses após a triagem): |

|  |  |
| --- | --- |
| Renda | |
| Renda Anual do Cliente: | % Do nível de pobreza federal: |
| * Pagar stub (2 mais recentes) * Carta de SSDI/SSI (Previdência Social) * Declaração de incapacidade Privada * Formulário Verificação de MassHealth * Departamento de Assistência de transição * (TANF/EAEDC) Letter | * Benefícios dos Veteranos * Carta do gerente de caso médico * Client Affidavit * Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Residência | |
| * Pagar stub * Verificação de problemas governamentais * Correspondência governamental * Carteira de motorista/ID MA válida * Conta de serviços públicos | * Extrato bancário * Fatura de imposto imobiliário * Arrendamento residencial atual * Carta do gerente de caso médico incluindo cidade e CEP * Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Seguro | |
| * Carta de aprovação HDAP * Carta da Seguradora * Declaração de prêmio | * Impressão desatualizada fora da Troca * Carta de aprovação de saúde em massa * Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , estou atualmente a receber serviços Ryan White parte A de serviços comunitários. Nos últimos 12 meses**, não houve alterações** na minha elegibilidade para os serviços da parte A. Entendo que devo relatar quaisquer mudanças na minha renda, residência e seguro para que permaneçam qualificados para receber esses serviços.

**Assinatura do Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**