# Solicitud de Community Servings para el Programa de Comidas

**Formulario de Certificación Médica**

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

Nombre del cliente Firma del cliente Fecha

**Sección de Proveedores de Atención Médica:**

Community Servings proporciona comidas a domicilio a los clientes en una etapa crítica de una enfermedad potencialmente mortal. En nombre del solicitante/cliente, completa este **formulario de certificación con los valores de laboratorio completos, más una nota médica reciente. Se requieren valores de laboratorio recientes y datos específicos de la enfermedad cuando se indica a continuación. No podemos procesar una solicitud sin esta información.** Gracias por su ayuda para servir a nuestros clientes.

**Envíe por fax lo siguiente a Servicios al Cliente al 617-522-7770**

* **Formulario de certificación completado con firmas**
* **Nota médica reciente con lista de problemas**

**Solicitante/cliente: Altura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ft. \_\_\_\_\_\_in. **Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A. DIAGNÓSTICO PRIMARIO:** Compruebe TODOS que se aplican.

* SIDA (definido por los CDC) **(\*Obligatorio CD4: Carga Viral: \_\_\_\_\_\_\_ Año de diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**
* VIH+ (**\*Se requiere CD4: Carga viral: \_\_\_\_\_\_**

**Fecha de recogida: \_\_\_\_\_\_\_)**

* Hepatitis C mono-infectada

**Año de diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Obligatorio)**

* Cáncer (especifíquese el tipo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□Quimioterapia □Radioterapia

* Enfermedad de hígado (especifíquese el tipo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Esclerosis múltiple
* Enfermedad de Parkinson
* Enfermedad Cardiaca (especifíquese el tipo):
* CHF (especificar etapa/severidad): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Diabetes II o Diabetes I (**\*Se requiere HbA1C:** \_\_\_\_\_\_
* Enfermedad pulmonar (especifíquese el tipo): \_\_\_\_\_\_
* EPOC (especifíquese el estadio/gravedad): \_\_\_\_\_\_\_
* Enfermedad renal (especifíquese la etapa**): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (GFR: \_\_\_\_\_\_)**
* Hemodiálisis □Diálisis Peritoneal

**B. CONDICIONES MÉDICAS RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD:**

* Atención al final de la vida
* Úlcera por presión - Etapa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Neuropatía periférica que limita significativamente la posición y/o la ambulación
* Pérdida de peso (pérdida de peso involuntaria de más del 5% del peso corporal habitual) Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Demencia o enfermedad de Alzheimer
* Enfermedad mental (Marque todo lo que corresponda): □Arrebatos de ira □Ansiedad □Mala memoria □Insomnio□ Nerviosismo Falta de apetito□ Depresión □Esquizofrenia □bipolar □Adicción a drogas/alcohol

**Cualquier otro detalle necesario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C. MOVILIDAD:** Factores que afectarían la capacidad para mantener una dieta y un estilo de vida saludable.

|  |  |
| --- | --- |
| * Encamado
* No puede soportar más de 15 minutos a la vez
* No se puede caminar más de 50 pies a la vez
 | * No puede llevar un peso de más de 15 libras
* Silla de ruedas
* Cuadriplejia o Paraplejia
* Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

**Como proveedor de atención médica de este cliente, certifico que la información anterior es precisa y correcta a mi leal saber y entender.**

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

Firma del médico/NP/PA Afiliación a Clínica o Hospital Fecha

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

Nombre de impresión o sello Número de teléfono Número de fax

**Formulario de admisión de clientes**

**Nombre del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apellido del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_Género:** □Hombre □Mujer □Transgénero Hombre □Mujer transgénico □No binario

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Estado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Contacto alternativo (nombre y número de teléfono):**

**Otro Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de la madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_**

**Demografía**

**Idioma primario:** □ inglés □ español □ Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Raza:** □Afroamericano/Negro □Asiático □Americano Indio/Nativo de Alaska □Hawaiano/Isleño del Pacífico □Blanco Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hispano o Latino/a:** □Hispano o Latino/a □No Hispano o Latino/a □Desconocido/No Reportado

**Subgrupo Hispano:** □mexicano, Mexicano Americano, Chicano/a □puertorriqueño □cubano □Otro Hispano, Latino/a o español

**Subgrupo Asiático:** □Asiático □Indio □Chino □Filipino□ Japonés □Coreano □Vietnamita □Otro asiático

**Subgrupo de nativos de Hawái/Islas del Pacífico**: □Nativo de Hawái □Guamaniano o Chamorro □samoano Otros isleños del Pacífico

**País de nacimiento:** □EE.UU □Dependencias de EE. UU incluyendo Puerto Rico □Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información sobre vivienda e ingresos**

**Por favor, elija uno:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □Vivienda permanente□Vivienda de transición□Refugio de emergencia | □Centro Psiquiátrico□Desconocido/ No Reportado□Encarcelado | □Vivir temporalmente con un amigo/miembro de la familia□Otros (sírvase especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Tengo acceso a:** □Refrigerador □horno □Estufa □Microondas □Congelador □Ninguno □Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tienes a alguien que te ayude?** □Enfermera visitante □Asistente de salud en el hogar □Miembro de la familia/amigo □No hay ayuda □Otros

**Fuente de ingresos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ingreso mensual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­**

**Información de seguros**

**Proveedor de seguro médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipo de seguro (marque todo lo que corresponda):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □MassHealth□Medicare□ConnectorCare | □Otros seguros públicos□Red de seguridad sanitaria (Health Safety Net)□Sin seguro | □VA, Tricare, otro Servicio de Salud Militar Seguro□Privado Empleador Individual Especificar el plan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□Otros (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Categoría de exposición (solo completa para solicitantes con diagnóstico de VIH/SIDA)**

**Sírvase indicar la categoría de exposición al VIH/SIDA (marque todas las que correspondan):** □ Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) □ Mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres (WSW) □Contacto heterosexual □ Consumo de drogas inyectables □ Transmisión perinatal □ Hemofilia □ A través de la sangre, productos sanguíneos, tejidos □ Otro riesgo □ Desconocido

**Persona que completo la admisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## **Directrices del cliente**

## **¿Cuáles son mis responsabilidades como cliente?**

## Para recibir un servicio eficiente y de alta calidad, los clientes son responsables de lo siguiente:

1. **Papelo:** Completa todos los documentos necesarios para recibir las comidas.
2. **Comunicación:** Notificar a Servicios al Cliente cualquier cambio de dirección o número de teléfono.
3. **Horario de entrega:** Las entregas se realizan una vez a la semana en un día prescrito. Los tiempos de entrega exactos pueden variar, pero alguien debe estar en casa el día de su entrega para recibir sus comidas.

Los horarios de entrega son: lunes - viernes entre **9:00am-6:00pm**. Si no ha recibido sus comidas antes de las 5 pm, por favor deje un mensaje con Servicios al Cliente al 617-522-7777.

1. **Recertificación:** Una vez al año, o según sea necesario, se le pedirá que vuelva a presentar toda la documentación y que su proveedor de atención médica envíe un fax en un formulario de certificación *anual* que indique el estado médico y de movilidad del cliente. Las actualizaciones a algunos papeles se requieren sobre una base de seis meses.
2. **Cancelación:** Los clientes deben llamar a nuestro departamento de Servicios al Cliente con 24 horas de antelación y no más tarde de las 8:00 am del día de la entrega para cancelar las comidas. Si no estará disponible por un período prolongado de tiempo (como vacaciones u hospitalización), puede suspender sus comidas y llamar a Servicios al Cliente para reanudar las entregas.

**¿Cuáles son mis derechos como cliente?**

Las porciones comunitarias respetarán los derechos de cada persona que reciba servicios. Usted tiene el derecho:

1. Ser tratado con dignidad y respeto.
2. Estar informado de las políticas y procedimientos relativos a los clientes.
3. Que se hagan todos los esfuerzos razonables para satisfacer las necesidades y restricciones dietéticas especiales.
4. A la confidencialidad y a que ese derecho sea protegido por el personal, los voluntarios y todos los demás asociados a la agencia.
5. Ser informado del Procedimiento de Queja.
6. Para proporcionar información, sugerir cambios, ofrecer comentarios y comentarios.
7. Recibir servicios de intérprete o avisos por escrito sin costo alguno.

# ¿Qué es el Procedimiento de Queja?

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

1. El cliente debe tratar de resolver cualquier desacuerdo o disputa con la persona involucrada, ya sea voluntaria, personal u otros asociados con la agencia.
2. Si esto no resuelve la situación dentro de 3 días hábiles, el cliente debe pedir hablar con el Administrador de Servicios al Cliente. El Administrador de Servicios al Cliente hará todo lo posible para resolver la situación e informar al cliente de los resultados.
3. Si esto falla, el cliente puede llamar al Director de Programas. El Director de Programas reunirá y analizará todos los hechos y todas las partes serán entrevistadas. El cliente será informado de los resultados.
4. Community Servings puede remitir al cliente a un mediador de terceros para la negociación, si es necesario.

# ¿Qué pasa si me pierdo una entrega?

Esperamos que alguien esté en su dirección de entrega para aceptar las comidas en su día de entrega programado. Una **entrega perdida injustificada** es cuando intentamos entregar sus comidas en su día programado regularmente y nadie está en casa para recibirlas. Para la seguridad alimentaria, estas comidas deben ser desechadas; para evitar desperdicios, por favor llame con anticipación para cancelar su entrega. **No volveremos a entregar una entrega perdida injustificada.** Si no va a estar en casa durante su tiempo de entrega regular, por favor llame a nuestro **departamento de Servicios al Cliente al 617-522-7777** con al menos 24 horas de antelación y no más tarde de las 8:00 am del día de entrega. Por favor, deje un mensaje en el correo de voz y le devolveremos su llamada lo antes posible.

**Si no informa a los Servicios al Cliente de que no estará en casa para recibir sus comidas, se detendrán sus comidas. Su servicio se detendrá después de 3 entregas perdidas consecutivas.**

# Acuses de recibo

**Se acuerda que como cliente de Community Servings:**

1. Autorizo a Community Servings para obtener información sobre mi estado médico de mis profesionales de la salud y administradores de casos.
2. Entiendo que la información recopilada sobre mí se utiliza únicamente para proporcionarme una nutrición y comidas adecuadas. Esta información no será revelada a ninguna fuente sin mi consentimiento previo por escrito.
3. Asumo la plena responsabilidad de informar a las porciones comunitarias de las restricciones, requisitos y cambios dietéticos. Y estoy de acuerdo en volver a certificar una vez al año mediante la presentación de una nueva solicitud.
4. Entiendo que debo informar a Community Servings lo antes posible de cualquier cambio en el estado médico, necesidades nutricionales, dirección o número de teléfono.
5. Entiendo que debo revisar un Plan de Servicio de Comidas. Este documento resume la entrega y los detalles de la dieta. Entiendo que debo firmar y devolver el Plan de Servicio de Comidas y el Formulario de Elegibilidad de Seis Meses a las Porciones de la Comunidad en una base de seis meses, si se solicita.
6. Entiendo que, para la seguridad alimentaria, las comidas deben ser aceptadas por un individuo y no serán dejadas desatendidas. Tambien entiendo que las comidas y suplementos entregados son para mi consumo y pueden no ser vendidos.
7. Entiendo que las porciones comunitarias no servirán a nadie en un lugar donde el personal o los voluntarios puedan sentirse inseguros. Esto incluye abuso físico, verbal o de sustancias por parte de un cliente o cualquier persona en el hogar o edificio del cliente, o por cualquier otra razón determinada por Porciones Comunitarias. El incumplimiento de esta directriz puede resultar en la suspensión de las entregas de comidas por hasta 90 días, o la cancelación del servicio de entrega de comidas de los clientes.
8. Para los clientes con VIH/SIDA/Hepatitis C: Entiendo que cualquier divulgación de información privada a Ryan White Parte A o el Departamento de Salud Pública de Massachusetts o su designado es solo para los propósitos de monitoreo obligatorio. Entiendo que la revisión será solo visual y que no se copiarán registros ni se registrará ninguna información que me identifique. La autorización no revela ninguna información de carácter personal y confidencial a ningún empleado o voluntario que no esté autorizado con mi consentimiento. Esta autorización tendrá una duración de *un año* a partir de la fecha que se firma a continuación. Entiendo que no estoy obligado por ley a dar su consentimiento para divulgar esta información, pero elijo hacerlo voluntaria y voluntariamente. Entiendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a mi consentimiento.

### Acuerdo con el cliente

1. **He leído y estoy de acuerdo con las responsabilidades del cliente, los derechos y el procedimiento de reclamación.**
2. **He leído y acepto la Política de entrega de comidas perdidas.**
3. **He leído y estoy de acuerdo con los Agradecimientos del Cliente.**
4. **Entiendo que esta autorización tendrá una duración de *un año a partir de la fecha de mi firma.***
5. **Entiendo todas las pautas de Porciones Comunitarias y he recibido una copia del cliente de este documento.**

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

Firma del cliente Fecha

**Autorización para obtener información de liberación**

**Nombre del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Por la presente autorizo a Porciones Comunitarias a revelar y/o intercambiar información general (incluyendo el estado de VIH) relacionada con mi salud, antecedentes de drogas/alcohol, u otra información que pueda considerar sensible con el propósito de coordinar mi atención. Entiendo que esta autorización se refiere a información obtenida en o antes de la fecha firmada. Autorizo la divulgación e intercambio de información a los siguientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Información de Contacto** |
| **Médico** | Nombre: Título: Agencia:  | Correo electrónico: Teléfono:Fax:  |
| **Administrador de casos o trabajador social**  | Nombre: Título: Agencia:  | Correo electrónico: Teléfono:Fax:  |
| **Persona que hace referencia (si es diferente de Case Manager)** | Nombre: Título: Agencia:  | Correo electrónico: Teléfono:Fax:  |
| **Contacto adicional** | Nombre: Título: Agencia:  | Correo electrónico: Teléfono:Fax:  |
| **Contacto adicional** | Nombre: Título: Agencia:  | Correo electrónico: Teléfono:Fax:  |

**Contacto de emergencia (debe estar al tanto del diagnóstico primario)**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Esta autorización expirará en doce (12) meses a partir de la fecha anterior, a menos que se revoque antes. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, pero no retroactiva a la divulgación de información ya realizada de buena fe.

**Esta página debe ser completada por los solicitantes que viven con VIH/SIDA y Hepatitis C solamente: Por favor, seleccione una opción de cada sección a continuación y envíe los documentos correspondientes con la solicitud.**

**Formulario de Elegibilidad Anual**

El propósito de este formulario es documentar la cobertura financiera, residencial y de seguros para las personas que reciben los servicios de Ryan White Part A. Este formulario es válido por 12 meses después de la fecha de selección.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del cliente: | Código del cliente: |
| Fecha de la proyección: | Fecha de vencimiento (12 meses después de la detección): |

|  |
| --- |
| Ingresos |
| Ingresos anuales del cliente:  | Porcentaje del nivel federal de pobreza:  |
| * Recibo de pago (2 más reciente)
* Carta del Seguro Social (SSDI/SSI)
* Declaración Privada de Discapacidad
* Formulario de verificación de Masshealth
* Departamento de Asistencia para la Transición
* (TANF/EAEDC) Carta
 | * Beneficios para veteranos
* Carta del Administrador de Casos Médicos
* Declaración jurada del cliente
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Residencia  |
| * Talón de pago
* Control de Asuntos Gubernamentales
* Correspondencia del Gobierno
* Licencia de Conducir Válida/MA ID
* Ley de servicios públicos
 | * Estado de cuenta
* Ley de Impuestos Inmobiliarios
* Contrato de arrendamiento residencial actual
* Carta del Administrador de Casos Médicos incluyendo ciudad y código postal
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Seguro  |
| * Carta de Aprobación del HDAP
* Carta de la aseguradora
* Estado de Cuenta Premium
 | * Impresión con fecha de Exchange
* Carta de Aprobación de Salud Masiva
* Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actualmente estoy recibiendo los servicios de Ryan White Parte A de Porciones Comunitarias. En los últimos 12 meses, no ha habido **cambios en mi elegibilidad para los servicios de la Parte A. Entiendo que debo reportar cualquier cambio en mis ingresos, residencia y seguro para seguir siendo elegible para recibir estos servicios.**

**Firma del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**