

Programa de Entrega de Alimentos para Pessoas com Doenças Crônicas da Community Servings

A Community Servings oferece refeições frescas para os moradores de Massachusetts que convivem com doenças crônicas. A embalagem contém entradas, sopas, acompanhamentos, pratos principais e sobremesas.

Observação: as refeições podem conter traços de castanhas, peixes, mariscos, laticínios e ovos. Não podemos oferecer refeições sem glúten, trigo, gergelim e soja, nem atender outros tipos de restrições alimentares. Não usamos produtos à base de mariscos ou carne de porco em nossas refeições.



Para verificar a sua elegibilidade, preencha e envie a documentação a seguir. Não poderemos dar andamento à sua inscrição sem a documentação e os formulários assinados.

1. Formulário de certificação médica (pág. 2) ** PREENCHIDO PELO SEU MÉDICO **

Preencha os dados laboratoriais. Aceitamos assinaturas digitais. Informe os dados laboratoriais recentes e doenças específicas. Não poderemos processar a sua solicitação sem essas informações.

2. Lista com observações clínicas ** PREENCHIDA PELO MÉDICO **

3. Formulário de inscrição do cliente (pág. 3)

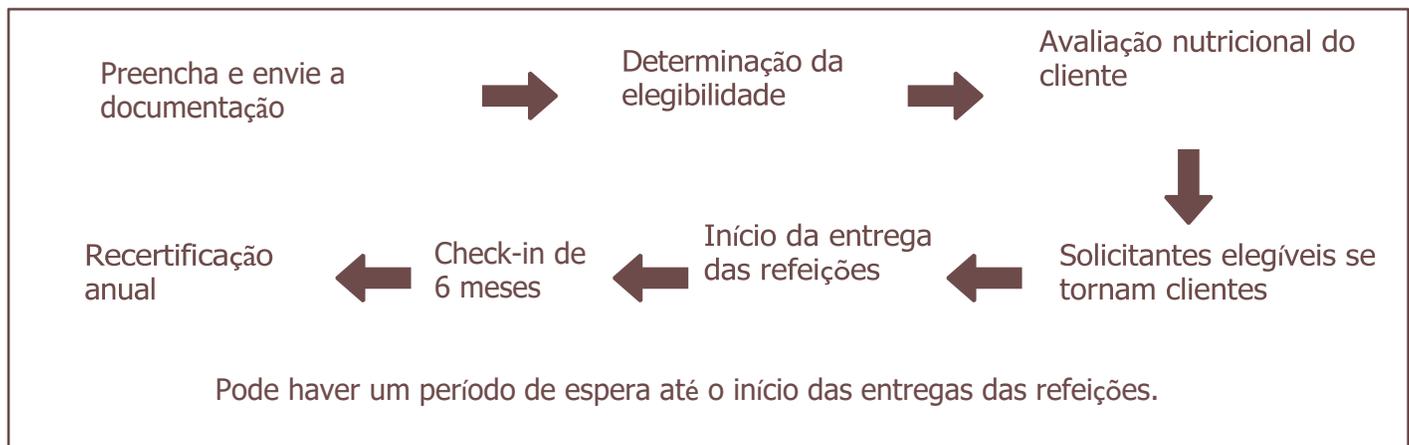
4. Obrigações do cliente (pág. 5)

5. Autorização de compartilhamento de informações (pág. 6)

6. Formulário de elegibilidade anual (pág. 7)

Apenas para solicitantes com HIV/AIDS ou hepatite C.

Como é o processo para solicitantes elegíveis:



INFORMAÇÕES: envie os formulários preenchidos por fax para 617-522-7770. Fale com as equipes de Serviços Nutricionais e de Atendimento Bilingue no número 617-522-7777.

FORMULÁRIO DE CERTIFICAÇÃO MÉDICA

Nome do cliente _____

Assinatura do cliente _____

Data _____

Informações para o médico: a Community Servings entrega refeições para clientes com doenças graves. Em nome do cliente/solicitante, preencha este **formulário de certificação com os dados laboratoriais e as anotações clínicas mais recentes. Os dados laboratoriais e sobre a doença são obrigatórios nos campos indicados abaixo. Não poderemos prosseguir com a solicitação sem essas informações.** Obrigado pela sua ajuda.

Solicitante/Cliente: Altura _____ ft _____ in Peso: _____ **BP:** _____

A. DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: marque todos os campos aplicáveis.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS (definido pelo CDC) (* CD4 exigido: _____ Carga viral: _____ Ano do diagnóstico: _____) | <input type="checkbox"/> Gravidez de risco, Semanas de gestação: _____ |
| <input type="checkbox"/> HIV+ (* CD4 exigido: _____ Carga viral: _____ Data da coleta: _____) | <input type="checkbox"/> Esclerose múltipla |
| <input type="checkbox"/> Hepatite C | <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Câncer (tipo): _____ | <input type="checkbox"/> Doença coronária |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia ativa <input type="checkbox"/> Radioterapia ativa | <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca (estágio/severidade): _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença de fígado (tipo): _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes II ou Diabetes I (* HbA1C exigido: _____) |
| | <input type="checkbox"/> Doença pulmonar (tipo): _____ |
| | <input type="checkbox"/> DPOC (estágio/severidade): _____ |
| | <input type="checkbox"/> Doença renal (estágio): _____ (GFR: _____) |
| | <input type="checkbox"/> Hemodiálise <input type="checkbox"/> Diálise peritoneal |

B. QUESTÕES CLÍNICAS RELACIONADAS À DOENÇA:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos | <input type="checkbox"/> Desgaste (perda de peso de mais de 5% do peso corporal normal) |
| <input type="checkbox"/> Úlcera de pressão – Estágio: _____ | <input type="checkbox"/> Demência ou doença de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Neuropatia periférica limitante | |
| <input type="checkbox"/> Saúde comportamental | |

Outras informações necessárias: _____

C. MOBILIDADE: Fatores que podem impactar a capacidade do cliente de ter uma dieta saudável e uma vida independente.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paciente de cama | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas |
| <input type="checkbox"/> Não pode ficar em pé por mais de 15 min | <input type="checkbox"/> Quadriplegia ou Paraplegia |
| <input type="checkbox"/> Não pode andar mais de 50 pés | <input type="checkbox"/> Não pode preparar a própria comida |
| <input type="checkbox"/> Não pode carregar mais de 15 lbs | <input type="checkbox"/> Não pode comprar a própria comida |

D. ALERGIAS:

O cliente tem alergia ou intolerância a algum alimento? Sim Não

Se sim, informe: _____

Leia a página de rosto para saber mais sobre o nosso protocolo de alergia.

Como médico do cliente, confirmo que as informações acima são precisas e corretas.

Assinatura do médico/NP/PA _____

Afiliação hospitalar | Prática _____

Data _____

Carimbo ou nome por extenso _____

Telefone _____

Fax _____

Formulário de inscrição do cliente

Nome do cliente: _____ Inicial do meio: _____ Sobrenome: _____
Data de Nasc.: ___/___/___ Gên. H M Trans H Trans M Não bin.
Endereço: _____ Apt.: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Zip Code: _____
Telefone: _____ Outro contato (Nome e telefone): _____
Outro telefone: _____
E-mail: _____
Nome da mãe: _____ Últimos 4 dígitos do Seguro Social do cliente: _____

Nome da pessoa que está conduzindo a inscrição: _____

Assinatura do cliente: _____ Data: _____

DADOS DEMOGRÁFICOS

Idioma: Inglês Espanhol Outro (especifique) _____
Raça: Afro-americano/Negro Asiático Nativo americano/do Alasca Nativo do Havá/Ilhas do Pacífico
 Branco Outro (especifique) _____
Hispânico ou Latino: Hispânico ou latino Não Hispânico ou latino Desconhecido/Não informado
Subgrupos latinos: Mexicano, Mexicano-americano, Chicano Porto-riquenho
Cubano Outros grupos hispânicos/latinos ou de origem espanhola
Subgrupos do Havá/Ilhas do Pacífico: Nativo do Havá De Guam ou Chamorro Samoano
 Outras ilhas do Pacífico
País de nascimento: EUA Territórios dos EUA, incluindo Porto Rico Outros _____
Você serviu ativamente nas Forças Armadas dos EUA? Sim Não

INFORMAÇÕES DE MORADIA E RENDA

Escolha uma:
 Moradia permanente Vivendo temporariamente com amigo/familiar
 Moradia transitória Centro de trat. para abuso de substâncias
 Abrigo de emergência Outro (especifique) _____
Fonte de renda _____ **Renda mensal** _____

INFORMAÇÕES SOBRE PLANO DE SAÚDE

Você tem MassHealth? Sim Não
Se sim: Nome do plano MassHealth _____ Número MassHealth _____
Número do plano MassHealth (como no cartão) _____
Se não: Nome do plano de saúde _____
Tipo (marque as opções aplicáveis): Medicare Medicare Advantage VA/Tricare/Other Military
 RI Medicaid Do empregador Outro (especifique) _____

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO (APENAS PARA SOLICITANTES PORTADORES DE HIV/AIDS)

Indique a categoria de exposição de HIV/AIDS (marque as opções aplicáveis): Homem x Homem (MSM) Mulher x Mulher (WSW) Contato heterossexual Uso de drogas injetáveis
 Transmissão perinatal Hemofilia Por sangue, produtos sanguíneos, tecidos Outros Não sabe

Obrigações do cliente

Quais são as minhas responsabilidades como cliente?

Para receber serviços eficientes e de alta qualidade, os clientes são responsáveis por:

- **Documentação:** preencher todos os documentos necessários para receber as refeições.
- **Comunicação:** notificar quaisquer alterações de endereço ou telefone. Trate a equipe da Community Servings com dignidade e respeito ao falar por telefone ou pessoalmente.
- **Agendamento:** as entregas são feitas uma vez por semana no dia escolhido. A hora exata pode variar, mas alguém precisa estar em casa para receber as refeições.
Horários: segunda a sexta, das 9 às 18hs. Se você não recebeu a sua refeição até as 17hs, ligue para o nosso Serviço de Atendimento: 617-522-7777.
- **Recertificação:** uma vez por ano, ou conforme necessário, você deverá reenviar alguns documentos e pedir para que o médico envie por fax uma *nova anotação clínica* sobre as suas condições de saúde e mobilidade. Alguns documentos devem ser atualizados a cada seis meses.
- **Cancelamento:** os clientes devem ligar para o nosso Serviço de Atendimento com 24 horas de antecedência e até as 8hs do dia da entrega para cancelar. Se você estiver indisponível por um período mais longo (de férias ou hospitalizado), pause as entregas e ligue para o Serviço de Atendimento para retomá-las.

Quais são os meus direitos como cliente?

A Community Servings garante os direitos de todos os clientes. É seu direito:

- Ser tratado com dignidade e respeito.
- Ser informado sobre as políticas e procedimentos relacionados aos clientes.
- Que todos os esforços sejam feitos para acomodar restrições alimentares e dietas especiais.
- Ter seus dados tratados com confidencialidade por funcionários, voluntários e terceirizados.
- Ser informado sobre o Procedimento de Reclamação.
- Dar opiniões, sugestões, feedback e comentários.
- Receber serviços de interpretação ou notificações por escrito, sem custo.

O que é o Procedimento de Reclamação?

Se um cliente achar que foi tratado de modo injusto pela Community Servings:

- O cliente deve tentar resolver qualquer questão com a pessoa envolvida, seja um voluntário, funcionário ou terceirizado.
- Se a situação não for resolvida em 3 dias úteis, o cliente deve falar com o Gerente do Serviço de Atendimento. Essa pessoa fará todos os esforços para resolver a situação e informar o cliente.
- Se não houver acordo, o cliente deve ligar para o Diretor dos Programas. Essa pessoa irá analisar os fatos e todas as partes serão entrevistadas. O cliente será informado sobre os resultados.
- A Community Servings pode chamar um mediador, se necessário.

O que acontece se eu não receber uma entrega?

Esperamos que haja alguém no seu endereço para receber as refeições no dia agendado.

Uma **entrega perdida sem justificativa** é quando tentamos entregar a sua refeição no dia agendado e não há ninguém para receber. Por uma questão sanitária, essa refeição será jogada fora; para evitar o desperdício, ligue antes e cancele a sua entrega. **Não reagendaremos uma entrega perdida sem justificativa.**

Se você não estiver em casa durante o horário de entrega, ligue para o nosso **Serviço de Atendimento no número 617-522-7777 pelo menos 24 horas antes** e até as 8hs do dia da entrega. Deixe uma mensagem no correio de voz e retornaremos o mais rápido possível.

Caso o problema seja recorrente, as suas refeições deixarão de ser entregues. O serviço será interrompido depois de 3 entregas perdidas consecutivas.

Obrigações do cliente

Como cliente da Community Servings:

- Autorizo a Community Servings a obter informações relativas ao meu estado clínico junto aos gerentes de caso e profissionais de saúde que me atendem.
- Entendo que as informações coletadas sobre mim serão usadas apenas para me fornecer as refeições adequadas. Essas informações não serão compartilhadas com ninguém sem a minha autorização prévia.
- Assumo total responsabilidade por informar a Community Servings sobre alterações, necessidades ou restrições alimentares.
- Concordo em fazer a recertificação anual enviando uma nova solicitação, incluindo o formulário de elegibilidade e os documentos necessários.
- Entendo que eu devo informar a Community Servings o mais breve possível sobre quaisquer alterações de estado clínico, necessidades nutricionais, endereço e telefone.
- Entendo que eu devo revisar o Plano de Refeições. Esse documento resume as informações de entrega e nutricionais.
Entendo que eu devo assinar e devolver o Plano de Refeições para a Community Servings a cada seis meses.
- Entendo que, por questões sanitárias, as refeições devem ser recebidas por alguém.
- Entendo que as refeições e suplementos entregues são para o meu consumo e não poderão ser vendidas.
- Entendo que a Community Servings não atenderá ninguém em um local onde as equipes e os voluntários se sintam inseguros, incluindo abusos físicos, verbais ou de substância por um cliente ou alguém na casa/prédio dele ou por qualquer razão determinada pela Community Servings. Se essa diretriz não for seguida, as entregas das refeições poderão ser suspensas por até 90 dias, levando até mesmo ao cancelamento.
- Para clientes com HIV/AIDS/Hep C: entendo que o compartilhamento de informações particulares com a Ryan White Part A ou a Secretaria de Saúde Pública de Massachusetts ou órgão designado serve apenas para fins de monitoramento. Entendo que a revisão dos documentos será apenas visual e que nada será copiado ou gravado. A autorização não permite o compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais com qualquer funcionário ou voluntário não autorizado. Esta autorização terá duração de um ano da data de assinatura abaixo. Entendo que não sou obrigado pela lei a aceitar o compartilhamento de informações, isso é feito de modo voluntário. Entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento, a não ser que alguma ação já tenha sido tomada.

Aceite do cliente:

- **Li e concordei com o Procedimento de Reclamação e os Direitos e Responsabilidades do Cliente.**
- **Li e aceitei a Política de Entrega Perdida.**
- **Li e concordei com as Obrigações do Cliente.**
- **Entendi que esta autorização terá duração de um ano a partir da data da minha assinatura.**
- **Entendi todas as diretrizes da Community Servings e recebi uma cópia deste documento.**

Assinatura do cliente: _____

Data: _____

Autorização de Compartilhamento de informações

Nome do cliente: _____

*Autorizo, por meio deste, a Community Servings a divulgar e/ou trocar informações gerais (incluindo o status de HIV) relacionadas à minha saúde, histórico de consumo de drogas/álcool ou outras informações que eu considere sensíveis, para fins de coordenação do meu tratamento. Entendo que esta autorização se refere a informações obtidas na data da assinatura ou antes dela. Autorizo a divulgação e a troca de informações com os nomes a seguir:

		Informações de contato:
Profissional de saúde	Nome: Título: Agência:	E-mail: Fone: Fax:
Gerente de Caso ou Assistente Social	Nome: Título: Agência:	E-mail: Fone: Fax:
Pessoa que está fazendo o encaminhamento (se não for o Gerente de Caso)	Nome: Título: Agência:	E-mail: Fone: Fax:
Contato adicional	Nome: Título: Agência:	E-mail: Fone: Fax:
Contato adicional	Nome: Título: Agência:	E-mail: Fone: Fax:

Contato de emergência (deve estar ciente do diagnóstico principal):

Nome: _____ Parentesco: _____ Fone: _____

Assinatura do cliente: _____ **Data:** _____

*Esta autorização irá expirar em doze (12) meses a partir da data acima, a não ser que seja revogada antes. Esta autorização pode ser revogada a qualquer momento, mas não retroativamente ao compartilhamento de informações que já tiver sido feito de boa-fé.

**Esta página deve ser preenchida somente por solicitantes portadores de HIV/AIDS e Hep C.
Selecione uma opção de cada seção abaixo e envie os documentos necessários com a solicitação.**

Formulário de elegibilidade anual

O objetivo deste formulário é documentar a cobertura financeira, residencial e de seguros dos indivíduos que recebem os serviços Ryan White Part A. Este formulário é válido por 12 meses desde a data de avaliação.

Nome do cliente: _____ Código do cliente: _____

Data da avaliação: _____ Data de expiração (12 meses após a avaliação): _____

RENDA

Renda anual do cliente: _____

- Holerite (2 últimos)
- Carta do Seguro Social (SSDI/SSI)
- Carta sobre necessidades especiais
- Formulário de verificação MassHealth
- Carta do Depto. de Assistência
- Transitória (TANF/EAEDC)

% do Nível Federal de Pobreza: _____

- Benefícios a veteranos
- Carta do Ger. de Cuidados Médicos
- Decl. juramentada do cliente
- Outros: _____

RESIDÊNCIA

- Holerite
- Cheques governamentais
- Correspondência governamental
- Carta de motorista válida/ ID de MA

- Conta de serviços públicos

- Extrato bancário
- Imposto predial
- Contrato de locação residencial atual
- Carta do Ger. de Cuidados Médicos informando cidade e
- zip code
- Outros: _____

SEGURO

- Carta de aprovação do HDAP
- Carta da seguradora com
- dados sobre franquia

- Carta de aprovação datada da
- MassHealth
- Outros: _____

Eu, _____, estou atualmente recebendo os serviços Ryan White Part A da Community Servings. Nos últimos seis meses, **não houve alterações** relativas à minha elegibilidade aos serviços Part A. Entendo que eu devo reportar quaisquer alterações na minha renda, residência e seguro para continuar elegível a esses serviços.

Assinatura do cliente: _____

Data: _____