



# Solicitud del Programa de comidas a domicilio adaptadas a necesidades médicas de Community Servings

Community Servings ofrece de forma gratuita comidas caseras a personas de todo Massachusetts que atraviesan una serie de enfermedades críticas y crónicas. Su bolsa puede contener una combinación de platos principales, sopas o guisos, guarniciones y postres.

**Tenga en cuenta:** No somos un centro certificado en materia de alérgenos alimentarios. Las comidas pueden contener trazas de frutos secos, pescado, mariscos, lácteos y/o huevos. No podemos admitir restricciones relacionadas con el gluten, el trigo, el sésamo, la soja o cualquier otra restricción no mencionada anteriormente. No utilizamos productos derivados del cerdo ni de mariscos en ninguna de nuestras comidas.



**Para determinar su elegibilidad, por favor complete y envíe la siguiente documentación. No podemos avanzar en su solicitud sin toda la documentación y los formularios firmados.**

- 1. Formulario de certificación médica (página 2) \*\* COMPLETADO POR SU PROVEEDOR MÉDICO \*\***  
Complete los valores de laboratorio donde se indique. Se aceptan firmas digitales. Se requieren valores de laboratorio recientes y datos específicos de la enfermedad donde se indique. No podemos procesar una solicitud sin esta información.
- 2. Nota médica con la lista de problemas \*\* COMPLETADO POR SU PROVEEDOR MÉDICO \*\***
- 3. Formulario de admisión del/de la cliente (página 3)**
- 4. Reconocimientos del/de la cliente (página 5)**
- 5. Autorización para obtener/divulgar información (página 6)**
- 6. Formulario de elegibilidad anual (página 7)**

Sólo para solicitantes con VIH/SIDA o mono infección de hepatitis C.

**Este es un cuadro del proceso para los solicitantes elegibles:**



**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** envíe los formularios cumplimentados por fax al 617-522-7770. También puede ponerse en contacto con los miembros de nuestros equipos bilingües de Servicio al cliente y Servicios de nutrición llamando al 617-522-7777.

Nombre del/de la cliente \_\_\_\_\_

Firma del/de la cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Sección a completar por el proveedor de atención médica:** Community Servings proporciona comidas a domicilio a clientes que se encuentran en una fase crítica de una enfermedad potencialmente mortal. En nombre del/de la solicitante/cliente, complete este **formulario de certificación con los valores de laboratorio, además de una nota médica reciente. A continuación deberá indicar valores de laboratorio recientes y datos específicos de la enfermedad. No podemos procesar una solicitud sin esta información.** Gracias por su ayuda al servicio de nuestros clientes.

Solicitante/cliente: Estatura \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ in Peso: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_

**A. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Marque TODAS las opciones que correspondan.**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SIDA (definición de los CDC) (*<b>Conteo de CD4:</b> _____ <b>Carga vírica:</b> _____ <b>Año del diagnóstico:</b> _____)</li> <li><input type="checkbox"/> VIH+ (*<b>Conteo de CD4:</b> _____ <b>Carga vírica:</b> _____ <b>Fecha de extracción:</b> _____)</li> <li><input type="checkbox"/> Monoinfección de Hepatitis C</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer (especificar): _____<br/><input type="checkbox"/> Quimioterapia activa <input type="checkbox"/> Radioterapia activa</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (especificar) _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Embarazo de alto riesgo, semanas de gestación: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria</li> <li><input type="checkbox"/> ICC (estadio/gravedad): _____</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes tipo II o diabetes tipo I (*<b>HbA1C:</b> _____)</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (especificar): _____<br/><input type="checkbox"/> EPOC (estadio/gravedad): _____</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad renal (estadio): _____ (<b>TFG:</b> _____)<br/><input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal</li> </ul> |
|--|---|

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

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cuidados al final de la vida</li> <li><input type="checkbox"/> Úlcera por presión – Estadio: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Neuropatía periférica que limita significativamente la bipedestación y/o la deambulacion</li> <li><input type="checkbox"/> Salud conductual</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Emaciación (pérdida de peso involuntaria superior al 5 % del peso corporal habitual)</li> <li><input type="checkbox"/> Demencia o enfermedad de Alzheimer</li> </ul> |
|---|--|

**Cualquier otro dato necesario:** \_\_\_\_\_

**C. MOVILIDAD:** Factores que afectan la capacidad del/de la cliente para mantener una dieta sana y un estilo de vida independiente.

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> En cama</li> <li><input type="checkbox"/> No puede estar de pie más de 15 minutos</li> <li><input type="checkbox"/> No puede caminar más de 50 pies de una vez</li> <li><input type="checkbox"/> No puede cargar más de 15 libras de peso</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> En silla de ruedas</li> <li><input type="checkbox"/> Cuadruplejia o paraplejia</li> <li><input type="checkbox"/> No puede cocinar o preparar la comida por su cuenta</li> <li><input type="checkbox"/> No puede comprar comida por su cuenta</li> </ul> |
|--|---|

**D. ALERGIAS:**

¿Tiene el/la cliente alergias o intolerancias a determinados alimentos?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione detalles: \_\_\_\_\_

Consulte la página de portada para obtener información sobre nuestro protocolo de alergias.

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

Firma del médico/NP/PA \_\_\_\_\_

Clínica | Afiliación hospitalaria | Nombre del consultorio \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta o sello \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

## Formulario de admisión de cliente

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Fecha de nac.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer  Trans. hombre  Trans. mujer  No binario  
Dirección: \_\_\_\_\_ N.º apt. \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_  
Tel. principal: \_\_\_\_\_ Contacto alternativo (nombre y teléfono): \_\_\_\_\_  
Otro tel.: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Últimos cuatro dígitos del NSS del/de la cliente: \_\_\_\_\_

Persona que completa la admisión: \_\_\_\_\_

Firma del/de la cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### DATOS DEMOGRÁFICOS

**Idioma principal:**  Inglés  Español  Otro (especificar) \_\_\_\_\_  
**Raza:**  Afroamericano(a)/negro(a)  Asiático(a)  Indígena americano(a)/Nativo(a) de Alaska  
 Nativo(a) de Hawái/Isla del Pacífico  Blanco(a)  Otra (especificar) \_\_\_\_\_  
**Hispano(a) o latino(a):**  Hispano(a) o latino(a)  Ni hispano(a) ni latino(a)  Desconocido/No comunicado  
**Subgrupo asiático:**  Mexicano(a), Mexicano(a) americano(a), Chicano(a)  Puertorriqueño(a)  Cubano(a)  
 Otro origen hispano/latino o español  
**Subgrupo de nativos de Hawái/Islas del Pacífico:**  Nativo(a) de Hawái  Guamanés o chamorro  Samoano(a)  
 Otros isleños del Pacífico  
**País de nacimiento:**  EE. UU.  Dependencias de EE.UU., incluido Puerto Rico  Otro \_\_\_\_\_  
**¿Ha prestado servicio activo en las Fuerzas Armadas de EE.UU.?**  Sí  No

### INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA E INGRESOS

#### Seleccione una opción:

Vivienda permanente  Vive temporalmente con un amigo o familiar  
 Vivienda transitoria  Centro de tratamiento para el consumo de sustancias  
 Refugio de emergencia  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Origen de los ingresos \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD

¿Tiene MassHealth?  Sí  No

**Si responde Sí:** Nombre del plan de MassHealth \_\_\_\_\_ N.º de ID de MassHealth \_\_\_\_\_

ID de plan de MassHealth (de la tarjeta) \_\_\_\_\_

**Si responde No:** Nombre del plan de Seguro de salud \_\_\_\_\_

**Tipo (marque todas las que correspondan):**  Medicare  Medicare Advantage  VA/Tricare/Otro seguro militar  
 RI Medicaid  Patrocinio del empleador  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

### CATEGORÍA DE EXPOSICIÓN (SÓLO COMPLETAR PARA SOLICITANTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA)

**Indique la categoría de exposición al VIH/SIDA (marque todas las que correspondan):**  Hombres que tienen sexo con hombres (MSM)  Mujeres que tienen sexo con mujeres (WSW)  Contacto heterosexual  
 Consumo de drogas inyectables  Transmisión perinatal  Hemofilia  A través de sangre, hemoderivados, tejidos  Otro riesgo  Desconocido

## Pautas para los clientes

### ¿Cuáles son mis responsabilidades como cliente?

Para recibir un servicio eficaz y de calidad, los clientes son responsables de lo siguiente:

- **Documentación:** Cumplimentar toda la documentación necesaria para recibir comidas.
- **Comunicación:** Notificar al Servicio de Atención al Cliente cualquier cambio de dirección o número de teléfono. Tratar a todo el personal de Community Servings con dignidad y respeto cuando se comunique por teléfono o en persona.
- **Cronograma de entrega:** Las entregas se realizan una vez a la semana en un día establecido. El horario exacto de entrega puede variar, pero debe haber alguien en casa el día de la entrega para recibir las comidas. Horarios de entrega: de lunes a viernes entre las 9 a.m. y las 6 p.m. Si a las 5 p.m. no ha recibido sus comidas, deje un mensaje en el Servicio de Atención al Cliente, en el 617-522-7777.
- **Recertificación:** Una vez al año, o cuando sea necesario, se le pedirá que vuelva a presentar algunos documentos y que su proveedor de atención médica envíe por fax una *nueva nota médica* con su estado médico y de movilidad. Cada seis meses deberá actualizar algunos documentos.
- **Cancelación:** Los clientes deben llamar a nuestro departamento de Atención al cliente con 24 horas de antelación y no más tarde de las 8:00 a.m. del día de la entrega para cancelar las comidas. Si no va a estar disponible durante un tiempo prolongado (por ejemplo, por vacaciones u hospitalización), puede poner sus comidas en espera y llamar al servicio de Atención al cliente para reanudar las entregas.

### ¿Cuáles son mis derechos como cliente?

Community Servings respetará los derechos de cada persona que reciba servicios. Tiene derecho a lo siguiente:

- A ser tratado(a) con dignidad y respeto.
- A ser informado(a) de las políticas y procedimientos relativos a los clientes.
- A que se hagan todos los esfuerzos razonables para satisfacer las necesidades y restricciones dietéticas especiales.
- A la confidencialidad y a que ese derecho sea protegido por el personal, los voluntarios y todas las demás personas relacionadas con la agencia.
- A ser informado(a) sobre el procedimiento de quejas.
- A dar su opinión, sugerir cambios, ofrecer retroalimentación y hacer comentarios.
- A recibir servicios de interpretación o notificaciones escritas sin costo alguno.

### ¿Qué es el procedimiento de queja?

Si un/una cliente cree que ha sido tratado(a) injustamente por Community Servings:

- El/la cliente debe intentar resolver cualquier desacuerdo o disputa con la persona implicada, ya sea voluntario, personal u otras personas relacionadas con la agencia.
- Si esto no resuelve la situación en el plazo de 3 días hábiles, el/la cliente debe pedir hablar con el Responsable de Atención al Cliente. El servicio de Atención al cliente hará todo lo posible por resolver la situación e informará los resultados al/a la cliente.
- Si lo anterior falla, el/la cliente puede llamar al Director de Programas. El Director de Programas reunirá y analizará todos los hechos y se entrevistará a todas las partes. Se comunicarán los resultados al/a la cliente.
- En caso necesario, Community Servings puede remitir al/a la cliente a un mediador externo para que negocie.

### ¿Qué ocurre si no recibo una entrega?

Esperamos que haya alguien en la dirección de entrega para recibir las comidas el día de entrega programado. Una **entrega fallida injustificada** se produce cuando intentamos entregar las comidas el día programado y no hay nadie en casa para recibirlas. Por razones de seguridad alimentaria, estas comidas deben desecharse; para evitar desperdicios, llame con antelación para cancelar la entrega. **No reprogramaremos ni volveremos a realizar una entrega fallida injustificada.**

Si no va a estar en casa durante su horario habitual de entrega, llame a nuestro **departamento de Atención al cliente al 617-522-7777 con al menos 24 horas de antelación** y no más tarde de las 8:00 a.m. del día de la entrega. Deje un mensaje en el buzón de voz y le devolveremos la llamada lo antes posible.

**No informar de forma consistente al servicio de Atención al cliente que no va a estar en casa para recibir sus comidas hará que se interrumpa la entrega de comidas. Su servicio se interrumpirá después de 3 entregas fallidas consecutivas.**

## Reconocimientos del/de la cliente

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

- Autorizo a Community Servings a obtener información sobre mi estado de salud de mis profesionales de atención médica y gestores de casos.
- Entiendo que la información recopilada sobre mí se utiliza únicamente para proporcionarme la nutrición y las comidas adecuadas. Esta información no se divulgará a ninguna fuente sin mi consentimiento previo por escrito.
- Asumo toda la responsabilidad de informar a Community Servings sobre restricciones, requisitos y cambios en la dieta.
- Acepto volver a certificarme una vez al año presentando una nueva solicitud, incluido el formulario anual de elegibilidad y documentos complementarios, si se solicitan.
- Entiendo que debo comunicar a Community Servings lo antes posible cualquier cambio en mi estado médico, necesidades nutricionales, dirección o número de teléfono.
- Entiendo que debo revisar un Plan de servicio de comidas. Este documento resume los detalles de la entrega y la dieta. Entiendo que debo firmar y devolver el Plan de servicio de comidas a Community Servings cada seis meses, si así se me solicita.
- Entiendo que, por razones de seguridad alimentaria, las comidas deben ser recibidas por una persona y no se dejarán desatendidas.
- Entiendo que las comidas y los suplementos entregados son para mi consumo y no pueden venderse.
- Entiendo que Community Servings no realizará entregas en un lugar donde el personal o los voluntarios puedan sentirse inseguros. Esto incluye abuso físico, verbal, o de sustancias por un/una cliente o cualquier persona en la casa o el edificio del/de la cliente, o por cualquier otra razón determinada por Community Servings. El incumplimiento de esta norma puede dar lugar a la suspensión de las entregas de comidas durante un máximo de 90 días o a la cancelación del servicio de entrega de comidas a los clientes.
- Para clientes con VIH/SIDA/Hepatitis C: Entiendo que cualquier divulgación de información privada a Ryan White Parte A o al Departamento de Salud Pública de Massachusetts o a la persona que ellos designen es sólo para fines de supervisión obligatoria. Entiendo que la revisión será sólo visual y que no se copiará ningún registro ni se registrará ninguna información que me identifique. 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 a partir de la fecha de firma a continuación. Entiendo que no estoy obligado(a) por ley a consentir la divulgación de esta información, pero elijo hacerlo de manera voluntaria. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya actuado en virtud de mi consentimiento.

### Acuerdo del/de la cliente:

- **Leí y acepto las responsabilidades, los derechos y el procedimiento de reclamación del/de la cliente.**
- **Leí y acepto la Política de entrega de comidas fallida.**
- **Leí y acepto los Reconocimientos del/de la cliente.**
- **Entiendo que esta autorización tendrá una duración de un año a partir de la fecha de mi firma**
- **Comprendo todas las pautas de Community Servings y he recibido una copia de este documento para el/la cliente.**

Firma del/de la cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Autorización para obtener/divulgar información

**Nombre del/de la cliente:** \_\_\_\_\_

\*Por la presente autorizo a Community Servings a divulgar y/o intercambiar información general (incluido el estado de VIH) relacionada con mi salud, antecedentes de consumo de drogas/alcohol u otra información que pueda considerar confidencial con el fin de coordinar mi atención. Entiendo que esta autorización se refiere a la información obtenida en la fecha de la firma o antes. Autorizo la divulgación y el intercambio de información a las siguientes personas:

		<b>Información de contacto:</b>
<b>Proveedor de atención médica</b>	Nombre: Cargo: Agencia:	Correo electrónico: Teléfono: Fax:
<b>Gestor de casos o trabajador social</b>	Nombre: Cargo: Agencia:	Correo electrónico: Teléfono: Fax:
<b>Persona que remite (si no es el gestor de casos)</b>	Nombre: Cargo: Agencia:	Correo electrónico: Teléfono: Fax:
<b>Contacto adicional</b>	Nombre: Cargo: Agencia:	Correo electrónico: Teléfono: Fax:
<b>Contacto adicional</b>	Nombre: Cargo: Agencia:	Correo electrónico: Teléfono: Fax:

**Contacto de emergencia (debe conocer el diagnóstico principal):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Firma del/de la cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\*Esta autorización caducará en doce (12) meses a partir de la fecha anteriormente indicada, a menos que sea revocada con anterioridad. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, pero no con carácter retroactivo a la divulgación de información ya realizada de buena fe.

**Esta página sólo debe ser cumplimentada por los solicitantes con VIH/SIDA y Hepatitis C:  
Seleccione una opción de cada una de las siguientes secciones 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 seguro de las personas que reciben servicios Ryan White Parte A. Este formulario es válido durante 12 meses después de la fecha de selección.

Nombre del/de la cliente: \_\_\_\_\_ Código de cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de selección: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento (12 meses después de la selección): \_\_\_\_\_

**INGRESOS**

<p><b>Ingresos anuales del/de la cliente:</b> _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Talón de pago (los 2 últimos)</li> <li><input type="checkbox"/> Carta del Seguro Social (SSDI/SSI)</li> <li><input type="checkbox"/> Declaración privada de discapacidad</li> <li><input type="checkbox"/> Formulario de verificación de MassHealth</li> <li><input type="checkbox"/> Departamento de Asistencia Transitoria</li> <li><input type="checkbox"/> Carta (TANF/EAEDC)</li> </ul>	<p><b>% del nivel federal de pobreza:</b> _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos</li> <li><input type="checkbox"/> Carta del Director médico</li> <li><input type="checkbox"/> Declaración jurada del/de la cliente</li> <li><input type="checkbox"/> Otro: _____</li> </ul>
--	---

**RESIDENCIA**

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Talón de pago</li> <li><input type="checkbox"/> Cheque emitido por el gobierno</li> <li><input type="checkbox"/> Correspondencia del gobierno</li> <li><input type="checkbox"/> Licencia de conducir válida/ID de MA</li>   <li><input type="checkbox"/> Factura de servicio público</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Extracto bancario</li> <li><input type="checkbox"/> Factura del impuesto inmobiliario</li> <li><input type="checkbox"/> Arrendamiento de vivienda actual</li> <li><input type="checkbox"/> Carta del gestor de casos médicos con ciudad incluida</li> <li><input type="checkbox"/> y código postal</li> <li><input type="checkbox"/> Otro: _____</li> </ul>
---	---

**SEGURO**

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Carta de aprobación de HDAP</li> <li><input type="checkbox"/> Carta de la aseguradora</li> <li><input type="checkbox"/> Declaración de la prima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Impresión fechada de la Bolsa</li> <li><input type="checkbox"/> Carta de aprobación de MassHealth</li> <li><input type="checkbox"/> Otro: _</li> </ul>
--	--

Yo, \_\_\_\_\_, actualmente recibo servicios Ryan White Parte A de Community Servings. En los últimos seis meses, **no ha habido cambios** en mi elegibilidad para recibir servicios de la Parte A. Entiendo que debo informar cualquier cambio en mis ingresos, residencia y seguro para seguir siendo elegible para recibir estos servicios.

**Firma del/de la cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_