COUNTY of VENTURA
Human Services Agency
Area Agency on Aging

Programa de Nutrición para Personas Mayores ENTREGADAS DE COMIDAS A DOMICILIO (C2) - Formulario de Admisión de Clientes FY2025-2026

ESTA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

PARA RECIBIR COMIDAS A DOMICILIO: El solicitante debe tener 60 años o más, estar confinado en casa debido a una enfermedad o discapacidad, no poder preparar comidas, no conducir o asistir a un sitio para congregar a comer si se proporciona transporte. Las comidas son gratuitas; sin embargo, se aceptan contribuciones voluntarias. A la persona **no** se le negarán los servicios si este individuo decide no contribuir.

Ubicación del Proveedor:		Fecha:	
Idioma Preferido:		Fecha de Nacimiento (*Obligatorio*):	
Apellido:		Nombre de Pila (S*in Apodos*):	

ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE	SÍ	NO
(a) ¿El solicitante está frágil y confinado en casa debido a una enfermedad, discapacidad o aislamiento?	☐	☐
(b) ¿Es usted cónyuge de quien es frágil (a) y está confinado en casa debido a una enfermedad, discapacidad o aislamiento y es en su mejor interés que usted también reciba una comida? Nombre de la persona (a): _____.	☐	☐
(c) ¿Es usted una persona con una discapacidad que reside con y es en su mejor interés que usted también reciba una comida? Nombre de la persona (a): _____.	☐	☐

NOTA: *Si la respuesta es SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, el solicitante es elegible para recibir comidas a domicilio.*

DIRECCIÓN E INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección:		Ciudad:		Código Postal:	
Teléfono:		Correo Electrónico:			
Nombre/Número de Teléfono del Contacto Local de Emergencia:		# de Personas en el Hogar:			
¿Vive Solo?	☐ Sí ☐ No ☐ Declinar a declarar ☐ No está en la lista	¿Vive en una Zona Rural? *(91307, 93066, 93040)*	☐ Sí ☐ No ☐ Declinar a declarar ☐ No está en la lista		

	FIRMA DEL SOLICITANTE:
Entiendo que la información que proporciono en este formulario es para fines de registro. Entiendo que se mantendrá confidencial y que la Agencia sobre el Envejecimiento del Área del Condado de Ventura y los proveedores de servicios pueden usarlo para ayudar a identificar otros servicios de los que puedo beneficiarme.	

Estos se utilizan para garantizar que los servicios se distribuyan de manera equitativa y NO afecten la elegibilidad.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA ☐ DECLINAR A DECLARAR ☐ NO ESTÁ EN LA LISTA

¿Cuál es su estado civil?	☐ Divorciado ☐ Pareja Doméstica ☐ Casado ☐ Nunca Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Declinar a Declarar ☐ No está en la Lista				
¿Cuál es su ingreso anual aproximado?	SOLTERO	☐ $15,650 o menos	En o por debajo del Nivel Federal de Pobreza	☐ $15,651 o más	Por encima del Nivel Federal de Pobreza
	CASADO	☐ $21,150 o menos		☐ $21,151 o más	

¿Te consideras a ti mismo como:	¿Qué sexo te asignaron al nacer?	¿Te consideras a ti mismo como:
☐ No binario Género queer ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Trans-Hombre ☐ Trans-Mujer	☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Intersexual ☐ Otro; Por favor, especifique:	☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ No sé ☐ Lesbiana o gay ☐ Queer, pansexual, cuestionando ☐ Algo más; por favor especifique:

☐ Otros; por favor especifique: ☐ Declinar a declarar ☐ No está en la lista	☐ Declinar a declarar ☐ ☐ No está en la lista	☐ Declinar a declarar ☐ No está en la lista

¿Cómo identificas tu origen étnico?	¿Cómo identificas tu(s) raza(s)? ☐ Declinar a declarar ☐ No está en la lista			
☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ Declinar a declarar ☐ No está en la lista	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático Nativo ☐ Negro o Afroamericano ☐ Camboyano	☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameña ☐ Hawaiano	☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Laosiano	☐ Samoa ☐ Otros Asiáticos ☐ Otros Isleños del Pacífico ☐ Vietnamita ☐ Blanco

¿Alguna vez has servido en el ejército de los Estados Unidos?	☐ SÍ ☐ NO	¿Es usted el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que está sirviendo o que ha servido en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?	☐ SÍ ☐ NO

¿Da su consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Adultos Mayores de California transmitan su nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono al Departamento de Asuntos de Veteranos, solo con el propósito de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puede ser elegible? Comuníquese con el Departamento de Asuntos de Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad para servicios y apoyos al www.calvet.ca.gov o al 1-800-952-5626.	☐ Niego mi consentimiento. ☐ Doy mi consentimiento. Entiendo que esto es válido por 12 meses.

EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS

Por favor, haga estas preguntas en la **PRIMERA** entrega de comida a domicilio.

El solicitante es:	☐ Sordo ☐ Ciego	El solicitante utiliza:	☐ Andador ☐ Silla de ruedas ☐ Bastón

El solicitante tiene:	SÍ	NO
¿Un refrigerador que funciona?	☐	☐
¿Espacio en el congelador para almacenar cinco comidas congeladas?	☐	☐
¿Un horno o microondas que funcione?	☐	☐
¿Alguna restricción dietética? (En caso afirmativo, explique debajo en comentarios)	☐	☐
¿Eres física y mentalmente capaz de abrir los recipientes de comida?	☐	☐
¿Hay mascotas?	☐	☐

Comentarios:

Determine su Salud Nutricional	Marque todo lo que aplica al solicitante:	
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	☐	4 puntos
Como menos de 2 comidas al día.	☐	3 puntos
Tengo una enfermedad o afección que me hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de alimentos que como.	☐	2 puntos
Como pocas frutas, verduras o productos lácteos.	☐	2 puntos
Tomo 3 o más tragos de cerveza, licor o vino casi todos los días.	☐	2 puntos
Tengo problemas dentales o bucales que me dificultan comer.	☐	2 puntos
Sin quererlo, he perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses.	☐	2 puntos
No siempre soy físicamente capaz de ir de compras, cocinar y/o alimentarme.	☐	2 puntos
Como solo la mayor parte del tiempo.	☐	1 punto
Tomo 3 o más medicamentos recetados o de venta libre al día.	☐	1 punto

Declinar a declarar. *incapaz de anotar*	☐	Comprobar si la puntuación total es igual o superior a 6 y si el cliente tiene un **riesgo nutricional alto**.	☐	Puntuación Total:	

Referencia(s) realizada(s):

☐ Educación/asesoramiento nutricional para clientes en riesgo

☐ Otro:

☐ Otro:

Notas:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADLS) Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (IADLS) DE CALIFORNIA Para cada actividad, marque el nivel de asistencia que usted (o el cliente) necesita.						
Nivel de asistencia necesario para realizar la tarea de:	**1 INDEPENDIENTE** *No necesita ayuda*	**2 SEÑAL VERBAL** *Necesita recordatorios verbales*	**3 ESPERA** *Necesita algo de ayuda humana*	**4 AYUDA FISICA** *Necesita mucha ayuda humana*	**5 DEPENDIENTE** *no puede realizar tarea*	**Declinar a Declarar**
ADLS						
Comer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vestirse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Moverse Dentro o Fuera de la Cama o la Silla	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bañarse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aseo Personal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Caminar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
IADLS						
Tareas Domésticas Ligeras	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Compras o Tareas	☐		☐		☐	☐
Preparación de Comidas y Limpieza	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transporte	☐	☐	☐		☐	☐
Uso del Teléfono	☐	☐	☐		☐	☐
Administración de Medicamentos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Administración de Dinero	☐	☐	☐		☐	☐
Tareas Domésticas Pesadas	☐	☐	☐	☐	☐	☐

NO ESCRIBIR EN ESTE RECUADRO – SOLO PARA USO OFICIAL	
Base de datos LiveWell/Número de identificación único del participante:	☐ Cónyuge del Adulto Mayor ☐ No Adulto Mayor ☐Discapacitado
Revisado por: ☐ Personal ☐ Voluntario	*Tipo de comidas:* ☐ Caliente ☐ Congelada