COUNTY of VENTURA
Human Services Agency
Area Agency on Aging

Programa de Nutrición para Personas Mayores CONGREGAR A COMER (C1) - Formulario de Admisión de Clientes FY2025-2026

ESTA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

PARA RECIBIR COMIDAS DE CONGREGAR A COMER: La persona debe tener 60 años o más, ser cónyuge del participante del programa para congregarse a comer, persona discapacitada que resida donde se encuentra el sitio de congregación o persona discapacitada que resida y acompañe a un participante que se congrega a comer. 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 (*Sin Apodos*):	

Elegibilidad: ☐ 60 años o más ☐ Cónyuge del participante para congregar a comer ☐ Persona discapacitada que reside en el área donde se congregan a comer ☐ Persona discapacitada que reside y es acompañante de un participante del programa para congregar a comer ☐ Voluntario

DIRECCIÓN E INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección:		Ciudad:		Código Postal:	
Teléfono:		Correo Electrónico:			
Nombre/Número de Teléfono del Contacto de Emergencia Local:		# 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 ☐ Otros; por favor especifique: ☐ Declinar a declarar ☐ No está en la lista	☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Intersexual ☐ Otro; Por favor, especifique: ☐ Declinar a declarar ☐ No está en la lista	☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ No sé ☐ Lesbiana o gay ☐ Queer, pansexual, cuestionando ☐ Algo más; por favor especifique: ☐ 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	☐ Indio Americano o Indio de Alaska	☐ Chino ☐ Filipino	☐ Japonés ☐ Coreano	☐ Samoa ☐ Otros Asiáticos ☐ Otros Isleños del Pacífico

☐ Declinar a declarar ☐ No está en la lista	☐ Asiático Nativo ☐ Negro o Afroamericano ☐ Camboyano	☐ Guameña ☐ Hawaiano	☐ Laosiano	☐ 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.

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:	

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

CONSENTIMIENTO PARA LLEVARSE COMIDAS

La Agencia de Servicios Humanos del Condado de Ventura, la Agencia sobre el Envejecimiento del Área del Condado de Ventura, en asociación con las ciudades del Condado de Ventura, ofrece almuerzos calientes y nutritivos en sitios para congregarse a comer a personas mayores de 60 años o más. Las comidas están disponibles en la mayoría de las ciudades de Lunes a Viernes. En el caso de que desee llevar una comida a casa, o cualquier parte de una comida, usted acepta toda la responsabilidad de la comida. Por favor, firme a continuación para liberarnos de toda responsabilidad.

El firmante _____ desea retirar comida congelada y/o
(Nombre del Participante)

llevarse a casa el resto de su almuerzo. Al hacerlo, acepta total responsabilidad de este alimento. En consideración por aceptar llevarse este alimento, el participante o su representante autorizado acepta liberar a VCAAA, Programa de Nutrición para Personas Mayores, a los voluntarios, directores, funcionarios, agentes y empleados de cualquier consecuencia. El participante reconoce que se le ha informado que los alimentos calientes que permanezcan por debajo de 140°F durante más de 2 horas deben desecharse, y las comidas congeladas deben permanecer congeladas en todo momento y colocarse en el refrigerador o congelador de inmediato.

_____ _____
Firma del participante Fecha

_____ _____
Firma de un miembro de la familia/tutor/cuidador Fecha