|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Comedores Congregados** Favor de completar este formulario lo mejor que pueda. Los elementos marcados con un asterisco (\*) son requeridos. | **\*Unique Participate ID:** Referred by: Intake Date: Staff: Beginning Date: **\*Termination Date:** **\*Reason:**  | Eligibility:\_\_\_Age 60+\_\_\_Spouse of congregate meal  participant\_\_\_Disabled person residing  where the congregate site  is located.\_\_\_Disabled person who resides  with and accompanies a  congregate meal participant.\_\_\_ Volunteer |
| Primer Nombre: | Apellido: | **\*Fecha de Nacimiento:** |
| Dirección: | Ciudad: | **\*Código Postal** |
| Dirección de envío: ¿La misma que la residencial? 🞎 Si | Ciudad: | **\*Código Postal** |
| Teléfono: ( ) Teléfono alternativo: ( )Correo Electrónico:  | Contacto de Emergencia:Dirección:Teléfono: ( ) Relación: |
| **\*Arreglo de Vivienda****# de miembros en el hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_**🞎 declinó/no declarado | **\*¿Sus ingresos familiares aproximados?** $ por 🞎 mes 🞎 año 🞎 declinó/no declarado | **\*Zona Rural:**🞎 Si 🞎 No🞎 declinó/no declarado |
| **\*¿Identidad de género? (Marque uno)**🞎 Masculino 🞎 Femenino🞎 Transgénero Masculino a Femenino 🞎 Transgénero Femenino a Masculino🞎 Género queer/Género No-binario 🞎 No en lista, por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **\*¿Cuál era su sexo al nacer? (Marque uno)**🞎 Masculino 🞎 Femenino🞎 Declinó/no indicado | **\*** **¿Cómo describe su orientación sexual o identidad de género? (Marca solo uno)**🞎 Heterosexual 🞎 Bisexual 🞎 Gay/Lesbiana/Del mismo género🞎 En cuestión/No estoy seguro🞎 No en lista, por favor especifique: |
| 🞎 Declinó/no indicado | 🞎 Declinó/no indicado |
| **\*¿Has servido en el ejército de los Estados Unidos?** 🞎 Si 🞎 No🞎 Declinó/no indicado | **\*** **¿Es el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que está sirviendo o que ha servido en el ejército de los Estados Unidos?**🞎 Si 🞎 No🞎 Declinó/no indicado | **\*Si se identifica como afiliado militar, marca abajo si: “Doy mi consentimiento a esta agencia y al Departamento de Envejecimiento de California para que transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico, dirección postal y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos únicamente con el propósito de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos por los cuales puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses.”**🞎 Si 🞎 No Contacte al Departamento de Asuntos de Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad para servicios y apoyos en www.calvet.ca.gov o al 1-800-952-5626. |
| **\*Etnia:** (Marque uno)¿Hispano? 🞎 Si 🞎 No 🞎 Declinó/no indicado | Idioma:  🞎 Habla inglés | 🞎 Necesita intérprete |  🞎 No inglés/idioma |
| **\*Raza: (Marque todas las que apliquen)** |  |  |
| 🞎 Blanco 🞎 Negro/Afroamericano 🞎 Indio Americano/Nativo de Alaska |  |  |
| 🞎 Asiático 🞎 Camboyano 🞎 Chino 🞎 Filipino 🞎 Japones | 🞎 Coreano | 🞎 Laosiano |
| 🞎 Vietnamita 🞎 Otro Asiático 🞎 Nativo de Hawai/Otro Isleño del Pacífico🞎 Otra Raza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 Declinó/no indicado | 🞎 Guamán | 🞎 Samoano |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Evaluación de riesgos nutricionales:** | **Circule si es sí** |
| Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de comida que como. | 2 |
| Como menos de dos comidas al día. | 3 |
| Como pocas frutas, verduras o productos lácteos. | 2 |
| Tengo tres o más bebidas de cerveza, licor o vino cada día. | 2 |
| Tengo problemas de dientes o boca que me dificultan comer. | 2 |
| No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito. | 4 |
| Como solo todo el tiempo. | 1 |
| Tomo tres o más medicamentos recetados o de venta libre al día. | 1 |
| Sin querer, he perdido o aumentado diez libras en los últimos 6 meses. | 2 |
| No siempre tengo la capacidad física para comprar, cocinar y/o alimentarme. | 2 |
| Puntuación Total: |  |
|  **¿El riesgo nutricional es una puntuación total de 0-5 o 6 o más?** | **0 - 5** | **6+** |
|  |  |
| 🞎 se negó a declarar |

Entiendo que la información que estoy proporcionando en este formulario es para fines de registro. Entiendo que se mantendrá confidencial y que la Agencia del Área sobre el Envejecimiento y los proveedores de servicios pueden usarla para ayudar a identificar otros servicios de los que puedan beneficiarse.

Firma del participante o persona que completo formulario Fecha