



COMMUNITY ACTION OF NAPA VALLEY

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 ☐ No		Ciudad: _____		*Código Postal _____	
Teléfono: () _____ Teléfono alternativo: () _____ Correo Electrónico: _____		Contacto de Emergencia: Dirección: _____ Teléfono: () _____ Relación: _____			
*Arreglo de Vivienda # de miembros en el hogar: _____ ☐ Prefiero no decir/no indicado		*¿Sus ingresos familiares aproximados? \$ _____ por ☐ mes ☐ año ☐ Prefiero no decir/no indicado		*Zona Rural: ☐ Si ☐ No ☐ Prefiero no decir/no indicado	
*¿Sexo al Nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino		*¿Cómo describe su orientación sexual o identidad de género? (Marca solo uno) ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Gay/Lesbiana/Amor entre personas del mismo género ☐ En cuestión/No estoy seguro ☐ Prefiero no decir/no indicado ☐ No en lista, por favor especifique: _____			
*¿Has servido en el ejército de los Estados Unidos? ☐ Si ☐ No ☐ Prefiero no decir/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 ☐ Prefiero no decir/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 ☐ Prefiero no decir/no indicado		Idioma: ☐ Habla inglés ☐ Necesita intérprete ☐ No inglés/idioma			



COMMUNITY ACTION OF NAPA VALLEY

***Raza: (Marque todas las que apliquen)**

- | | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Blanco | ☐ Negro/Afroamericano | ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska | ☐ Coreano | ☐ Laosiano |
| ☐ Asiático | ☐ Camboyano | ☐ Chino | ☐ Filipino | ☐ Japones |
| ☐ Vietnamita | ☐ Otro Asiático | ☐ Nativo de Hawai/Otro Isleño del Pacífico | ☐ Guamán | ☐ Samoano |
| ☐ Otra Raza _____ | ☐ Prefiero no decir/no indicado | | | |

*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