



PROJECT
ANGEL
FOOD

CLIENT
SERVICES
922 Vine Street
Los Angeles, CA
90038-2702
tel 800.761.8889
tel 323.845.1810
fax 323.845.1834
angelfood.org

PROJECT ANGEL FOOD

Elegibilidad/ Forma de Consentimiento

Project Angel Food es una organización sin fines lucrativos que prepara y entrega gratis alimentos nutritivos a personas con necesidad dentro del Condado de Los Angeles. Elegibilidad para servicio está basado en la incapacidad física de un individuo para adquirir o preparar comidas debido al VIH/SIDA, cáncer u otras enfermedades graves; el servicio no esta basado en necesidad financiera.

SECTION I (debe ser completado por la persona deseando servicios de Project Angel Food—favor de escribir legiblemente)

Yo, _____ (escribe con letras de molde),
Pido que mi doctor proporcione mi información médica a Project Angel Food

_____/_____/_____
Firma del Cliente **Fecha**

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento (_____) **Teléfono**

PHYSICIAN ONLY BELOW THIS LINE

SECTION 2 (to be completed by your physician-please print legibly)

Diagnosis that physically disables client from acquiring and/or preparing meals (check all that apply):

- HIV/AIDS Active Cancer Congestive Heart Failure COPD CVA
 End Stage Renal Failure Advanced Liver Failure
 Other _____

BASED ON THE ABOVE DIAGNOSIS I CERTIFY THAT THE CLIENT IS: (select one from each box)

HOME BOUND PATIENT WHO CANNOT PREPARE MEALS
(leaves home only for essential appointments and services)

NOT HOME BOUND

AND

HAS AN ACUTE CONDITION

HAS A TERMINAL ILLNESS

IS BED-BOUND

NONE OF THESE CONDITIONS

PHYSICAL DATA (required for eligibility)

Height: _____ ft _____ in Weight: _____ lbs

Weight loss gain of _____ lbs over _____ (period of time)

NUTRITION DATA (please fill in applicable data per diagnosis)

Diet order: _____ Food Allergies: _____

Independent in feeding Needs assistance Must be fed

CLINICAL DATA (please fill in applicable data per diagnosis) Date Data Obtained ____/____/____

_____ T-Cell _____ Viral Load _____ HbA1c _____ Blood Pressure

_____ Total Cholesterol _____/_____ HDL/LDL _____ Triglycerides

Physician's Name (printed)

License Number

Medical Facility Name

Signature

_____/_____/_____
Date

(_____) _____
Phone

(_____) _____
Fax

Submission of this form is not guarantee of service. Fraudulent documentation will cause termination of service.



**PROJECT
ANGEL
FOOD**

**CLIENT
SERVICES**
922 Vine Street
Los Angeles, CA
90038-2702
tel 800.761.8889
tel 323.845.1810
fax 323.845.1834
angelfood.org

PROJECT ANGEL FOOD Información del Cliente

Favor de llenar toda la información en esta forma

POR FAVOR ESCRIBE CON LETRAS DE MOLDE

Nombre _____ Fecha _____
Apellido _____ Primero _____

Domicilio _____
Calle _____ Unidad _____

Ciudad _____ Estado **CA** Zona Postal _____

¿Quisiera recibir correo de nosotros a su domicilio? **SI NO**

Teléfono _____ - _____ - _____
Teléfono de casa Celular / otro

¿Podemos dejar un recado a estos números telefónicos? **YES NO**

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
mes día año

Nombre de su Doctor _____

Clínica _____

Teléfono _____ - _____ - _____ FAX _____ - _____ - _____

Nombre de su Manejador de Caso _____

Agencia _____

Teléfono _____ - _____ - _____ FAX _____ - _____ - _____

*Prefiero tener comunicación **ORAL** en:*

_____ Inglés _____ Español _____ Otro: _____

*Prefiero tener comunicación en **ESCRITO**:*

_____ Inglés _____ Español _____ Otro: _____



**PROJECT
ANGEL
FOOD**

**CLIENT
SERVICES**

922 Vine Street
Los Angeles, CA

90038-2702

tel 800.761.8889

tel 323.845.1810

fax 323.845.1834

angelfood.org

PROJECT ANGEL FOOD

Pautas de la Seguridad Alimentaria

INSTRUCCIONES PARA LA COMIDA CALIENTE

- Debe comer la comida en cuanto la recibe.
- No deje su comida afuera para comer más adelante en el día.
- Si no planea comer la comida en cuanto la recibe, póngala en el refrigerador inmediatamente. No guarde la comida por más de un día y medio.
- Para recalentar una comida almacenada en el refrigerador, utilice las mismas pautas para las comidas descongeladas mencionadas abajo.
- Tire a la basura cualquier comida dejada afuera del refrigerador por más de una hora.

INSTRUCCIONES PARA COMIDA CONGELADA

- La comida congelada **debe guardarse en el congelador en cuanto la recibe**. NO la deje afuera y no la ponga en el refrigerador a menos que planeé descongelarla.
- Usted puede descongelar la comida congelada antes de cocinarla -pero **siempre** la debe descongelar en el refrigerador. **NO** la descongele afuera del refrigerador.
 - Durará por lo menos 8 horas para que la comida se descongele en el refrigerador.
 - **NO** descongele la comida en el refrigerador por más de 24 horas. Debe de comer la comida dentro de las 24 horas de que se esta descongelando.
 - **NO VUELVA A CONGELAR** la comida después de que se ha descongelado.
- Como cocinar una comida congelada ó descongelada:
 - **EN EL HORNO:** Caliente el horno a 350º F. Cocine la comida descongelada por 30 minutos. Las comidas congeladas se cocinan más o menos por 45 minutos. Algunas comidas como los guisados pueden durar hasta una hora para calentar. Deje el plástico puesto para prevenir que la comida se seque.
 - **EN LA MICROONDA:** Caliente la comida descongelada por aproximadamente 3-4 minutos en la potencia máxima. Una comida congelada puede durar entre 5-7 minutos en algunas microondas. Si cocina la comida por mucho tiempo, se puede secar. No le quite el plástico y cortele un pequeño agujero en el medio. Si la microonda no gira por adentro, voltea la comida a la mitad del tiempo indicado, y sigue cocinando para ayudar que la comida se caliente uniformemente.

OTRA INFORMACIÓN

QUEMADURAS POR CONGELACIÓN- Estas aparecen como puntos de color grisáceo en diferentes partes de la comida congelada. Ocurren cuando la comida se seca. También ocurren cuando la comida no está bien cerrada ó ha permanecido congelada por mucho tiempo. Esto no quiere decir que la comida es peligrosa para comer. Usted puede cortar y quitar estas partes antes ó después de cocinar la comida. Si usted recibe una comida congelada con quemaduras por congelación, por favor avísenos.

COBERTURA PLÁSTICA AGUJERADA, ROTA, O CORTADA - Si recibe comida con la cobertura plástica dañada, **POR FAVOR NO LA COMA** — tírela a la basura. Queremos que usted esté sano(a) y seguro(a). Por favor avísenos si recibe una comida en malas condiciones.

CRISTALES DE HIELO - Estos son comunes. Se forman cuando agua en la comida se congela. Si ve cristales de hielo en la comida no se preocupe, la comida esta **segura para comer y no afectaran el sabor.**

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ALIMENTOS

PROJECT ANGEL FOOD tiene el orgullo de servirle comida sana y segura para comer.

Tomamos todas las medidas necesarias para asegurar que la comida este segura y esperamos su participación para mantenerla así después de que se entrega a su domicilio. Si usted creé que una de nuestras comidas le ha caído mal, **por favor notifique inmediatamente a Servicios de Nutrición** al 323.845.1800 ext 212.



**PROJECT
ANGEL
FOOD**

**CLIENT
SERVICES**
922 Vine Street
Los Angeles, CA
90038-2702
tel 800.761.8889
tel 323.845.1810
fax 323.845.1834
angelfood.org

PROJECT ANGEL FOOD **Póliza Para Falta de Entrega**

MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS

Project Angel Food quiere ayudarle a recibir alimentos nutritivos.
Usted nos debe llamar si no estará en casa para su entrega.

Si recibe comida caliente diariamente, debe llamar por lo menos un día antes, o antes de las 9:00am el día de la entrega.

Si recibe comida congelada semanal, debe llamar por lo menos un día antes.

Una falta de entrega es cuando nadie esta en casa para recibir sus alimentos

REGLAS PARA FALTA DE ENTREGA

La **primera** vez que falta una entrega recibira una advertencia verbal. Debe llamar antes de las 9:00am el día siguiente para recibir la proxima entrega. Haremos nota en sus datos sin hacer alguna acción.

La **segunda** vez que falta una entrega, paramos las entregas hasta que se comunique con nosotros. Para entregas semanales de comida congelada, si no se comunica antes de las 9:00am el día siguiente, las entregas pueden durar hasta 2 semanas para continuar.

La **tercera** vez que falta una entrega, paramos las entregas por una semana despues de que se comunica. Para entregas semanales de comida congelada, si no se comunica antes de las 9:00am el día siguiente, las entregas pueden durar hasta 2 semanas más para continuar.

La **cuarta** vez que falta una entrega, paramos las entregas por un mes despues de que se comunica. Para entregas semanales de comida congelada, si no se comunica antes de las 9:00am el día siguiente, las entregas pueden durar hasta 2 semanas más para continuar.

La **quinta** vez que falta una entrega, revisaremos su cuenta y las entregas se pueden parar hasta el fin del año.

Un nuevo archivo de entregas empieza cada año.

**Si falta o si no estará en casa para una entrega
LLAME A SERVICIOS DEL CLIENTE
(323) 845-1810 o gratis al (800) 761-8889
Si contesta la grabadora, debe deletrear
su apellido y dejar su número telefónico**



**PROJECT
ANGEL
FOOD**

**CLIENT
SERVICES**

922 Vine Street
Los Angeles, CA
90038-2702
tel 800.761.8889
tel 323.845.1810
fax 323.845.1834
angelfood.org

PROJECT ANGEL FOOD Prueba de Domicilio e Ingresos

DOMICILIO

Nuestros proveedores de fondos nos requieren a tener prueba de su domicilio en nuestros archivos. Por favor denos **UNA** forma de abajo **fecha dentro los últimos 6 meses**.

- Copia de cobro de utilidades o de teléfono con su nombre y domicilio actual.
- Carta de la Administración de Seguridad Social con su nombre y domicilio actual.
- Cualquier sobre dirigido a usted con sello del correo de los Estados Unidos.

INGRESOS

Nuestros proveedores de fondos nos requieren a tener prueba de sus ingresos en nuestros archivos. Por favor denos **UNA** forma de abajo **fecha dentro los últimos 6 meses**.

- Carta de beneficios de la Administración de Seguridad Social
- Talón de recibo de General Relief o AFDC
- Estado de cuenta bancaria que muestre depósitos directos.
- Talón de cheque o forma W-2

SI NO TIENE INGRESOS (\$0), FIRME Y REGRESE la declaración siguiente:

ESTO ES PARA CONFIRMAR QUE A PARTIR DE LA FECHA DE HOY, NO RECIBO DINERO DE SUELDOS, INCAPACIDAD, O BENEFICIOS PÚBLICOS. Recibo dinero para comida, renta y gastos de vida de:

_____ amigos o familiares _____ dinero de desconocidos _____ me pagan en efectivo

Firma del Cliente

Representante de Project Angel Food

Nombre del Cliente (letras de molde)

Fecha



**PROJECT
ANGEL
FOOD**

**CLIENT
SERVICES**

922 Vine Street
Los Angeles, CA
90038-2702
tel 800.761.8889
tel 323.845.1810
fax 323.845.1834
angelfood.org

PROJECT ANGEL FOOD

Consentimiento Para Proporcionar Información Confidencial

Yo, _____,

Entiendo que cualquier información acerca de mí que proporcione a Project Angel Food es confidencial. Entiendo que no será revelada sin mi consentimiento.

Autorizo a cualquier doctor o grupo médico que yo reporto como mi proveedor de servicios a proporcionar toda documentación necesaria de mí a Project Angel Food para establecer y renovar elegibilidad para servicios. Entiendo que la información también será usada para evaluaciones de nutrición.

Autorizo que todas las personas que reporto como proveedor de servicios médicos, cohabitante, cuidador o contacto de emergencia pueden ser contactados por el personal

- para obtener información de servicios de emergencia
- para verificar información de las entregas o elegibilidad

Entiendo que este consentimiento es válido desde la fecha en que fue firmado. Entiendo que será válido hasta que yo de notificación por escrito a Project Angel Food o hasta que yo deje de ser cliente de la agencia.

Firma del Cliente

Representante de Project Angel Food

Nombre del Cliente (letras de molde)

Fecha

PROJECT ANGEL FOOD

Acuerdo del Cliente



**PROJECT
ANGEL
FOOD**

CLIENT SERVICES

922 Vine Street
Los Angeles, CA
90038-2702
tel 800.761.8889
tel 323.845.1810
fax 323.845.1834
angelfood.org

Nuestro objetivo es asegurar comidas gratuitas y consejos de nutrición a los que necesitan este servicio. Pedimos que nuestros voluntarios, empleados y clientes nos ayuden a lograr esta meta.

Nuestros clientes tienen derechos y responsabilidades. Este acuerdo dice lo que usted necesita hacer para ser nuestro cliente. Por favor lea lo siguiente con cuidado:

Como cliente de Project Angel Food, yo estoy de acuerdo a:

1. **Proveer un diagnóstico escrito por mi doctor, prueba de ingresos, prueba de domicilio, y consentimiento para proporcionar información** dentro de 4 semanas de haberme inscrito.
2. **Estar en casa y poder aceptar entregas** durante las horas asignadas.
Llamar a Servicios del Cliente (323) 845-1810 para cancelar una entrega.
 - **Comidas Calientes:** llamar por lo menos un día antes para cancelar.
 - **Comidas Conjeladas:** llamar por lo menos un día antes para cancelar.He leído y comprendo la **póliza para falta de entrega** incluido. Sé que hay una pena si no aviso a Servicios del Cliente que no estaré en casa para la entrega.
3. Llamar **dentro de 24 horas** si necesito cancelar mis alimentos.
4. Avisar a Servicios del Cliente **con tiempo** de cualquier cambio de **mi dirección o numero telefónico**.
5. **Respetar** la confidencialidad de personas relacionadas con Project Angel Food.
6. Tratar a los empleados y voluntarios de Project Angel Food con respeto. No haré comentarios ofensivos, inapropiados, ni amenazas de violencia física a los empleados o voluntarios, y no estaré intoxicado(a) al tratar con ellos.
7. Seguir las **Pautas de la Seguridad Alimentaria** incluido en este paquete.

Estoy de acuerdo en recibir entregas de comida a mi domicilio y consejos de nutrición de Project Angel Food.

Yo entiendo que los servicios de Project Angel Food son **gratuitos**.

Estoy de acuerdo en soltar, y no responsabilizar o indemnizar a Project Angel Food de cualquier responsabilidad legal, costo, demanda o daño en cualquier forma que resulte por los servicios de dicha organización.

Yo entiendo que todos los clientes deben de seguir estas reglas. Yo entiendo que Project Angel Food tiene el derecho de suspender y/o cancelar servicios si violo estas reglas.

Firma del Cliente

Representante de Project Angel Food

Nombre del Cliente (letras de molde)

Fecha

Si usted tiene una queja, puede llamar al **(323) 845-1810** o gratis al **(800) 761-8889**. También puede imprimir nuestra póliza de quejas al www.angelfood.org y enviarnos la. O llamar a la Línea de Quejas del Departamento de Salud del Condado de Los Angeles al **(800) 260-8787**.