



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 fisica de un individuo para adquirir o preparar comidas y no esta basado en necesidad financiera.

SECTION 1 (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

/ /

Fecha De Nacimiento

Teléfono

/ /

Firma del Cliente

Fecha

Médico solamente debajo de esta línea /PHYSICIAN ONLY BELOW

SECTION 2 Required for eligibility, to be completed by your physician - please print legibly

1) DIAGNOSIS THAT PHYSICALLY DISABLES CLIENT FROM ACQUIRING AND/OR PREPARING MEALS

(please check all that apply)

- HIV/AIDS Active Cancer: list types _____
- Congestive Heart Failure COPD Dialysis Dependent Kidney Failure
- Alzheimer's Stage 5-7 CVA date: ____/____/____
- other: _____

2) PHYSICAL DATA (must be included to determine eligibility)

Height _____ ft _____ in weight _____ lbs

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

Identifies as: Female Male Trans (M2F) Trans F2M

3) NUTRITION DATA (please fill in applicable data per diagnosis)

Diet order: _____ Food Allergies _____

Physical limits: None/Independent feeding Needs Assistance Must be Fed

4) CLINICAL DATA (required data per diagnosis) Date Data Obtained ____/____/____

CD4 _____ HIV VL _____ HbA1c _____ BP ____/____

Total Chol _____ HDL/LDL ____/____ Triglycerides _____ Alb _____

Hgb _____ Hct _____ MCV _____ Fer _____

Bun _____ Cr _____ Phos _____ K _____ Vit D 25 hydroxy _____

5) ADDITIONAL DATA BASED ON ABOVE DIAGNOSIS, I CERTIFY THAT: (please check all that apply)

- Client's out-of-home mobility depends entirely on wheelchair or walker
- Client requires contracted medical transport such as MEDI-ACCESS to attend medical appointments
- Client requires 24 hour-a-day oxygen to treat lung or heart disease
- Client requires IV chemotherapy or radiation treatments more than once per month
- Client is New York Cardiac Class 3 or 4
- Expected survival is less than 6 months

Physician's Name (printed)

License Number

Medical facility Name

Physician's signature

date

Phone

FAX

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



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 **fechaada 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 **fechaada 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

Acuerdo del Cliente

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.

CLIENT SERVICES
922 Vine Street
Los Angeles, CA
90038-2702

tel 800.761.8889
tel 323.845.1810
fax 323.845.1834

angelfood.org

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 poner aceptar entregas** durante las horas asignadas. **Llamar** a Servicios del Cliente al (323) 845-1810 si no estaré en casa. **Llamar por lo menos un día antes** para cancelar una entrega. También comprendo que **si pierdo mis entregas** sin avisar, Project Angel Food tiene el derecho de parar y/o cancelar mis servicios.
3. Llamar **dentro de 24 horas** si quiero cancelar mis servicios.
4. Avisar a Servicios del Cliente **con tiempo** de cualquier cambio de **mi dirección o número 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.
8. Soy consciente de que la cocina de Project Angel Food no es un ambiente libre de los alérgenos, y que mis alimentos pueden entrar en contacto con los alérgenos. En este tiempo, yo eligo aceptar toda la responsabilidad por cualquier reacción potencial/daño que puede resultar por mi consumo de los alimentos de Project Angel Food.

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.

Soy consciente de que la cocina de Project Angel Food no es un ambiente libre de los alérgenos, y que mis alimentos pueden entrar en contacto con los alérgenos. En este tiempo, yo eligo aceptar toda la responsabilidad por cualquier reacción potencial/daño que puede resultar por mi consumo de los alimentos de Project Angel Food.

Yo entiendo que todos los clientes deben de seguir estas reglas. Yo entiendo que **Project Angel Food tiene el derecho de parar y/o cancelar servicios en cualquier tiempo** 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**.



PROJECT ANGEL FOOD

Consentimiento Para Proporcionar Información Confidencial

CLIENT SERVICES
922 Vine Street
Los Angeles, CA
90038-2702

tel 800.761.8889
tel 323.845.1810
fax 323.845.1834

angelfood.org

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 reporte 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.

Yo comprendo que toda mi información será guardada en confianza **excepto** debajo las siguientes circunstancias: Si estoy considerando un acto que me causará daño o daño a otras personas; Si me sospechan de abuso infantil, abuso a los ancianos, o si un niño es testigo de violencia doméstica. Yo también comprendo que Project Angel Food debe de cumplir con cualquier orden de la corte.

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

- para obtener información sobre servicios de emergencia
- para verificar información sobre 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

Información del Cliente

Favor de llenar toda la información en esta forma

POR FAVOR ESCRIBE CON LETRAS DE MOLDE

CLIENT SERVICES
922 Vine Street
Los Angeles, CA
90038-2702

tel 800.761.8889
tel 323.845.1810
fax 323.845.1834

angelfood.org

Nombre _____ Fecha _____
Apellido Primero

Domicilio _____
Calle Unidad

Ciudad _____ Estado **CA** Zip _____

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

Teléfono _____
Teléfono de casa Celular / otro

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

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
mes día año

Nombre de su Doctor _____

Clínica _____

Teléfono _____ Fax _____

Nombre de Compañías de Seguro Medico _____

Nombre de su Manejador de Caso _____

Agencia _____

Teléfono _____ Fax _____

Manejador de Caso (case manager) Correo _____

Electronico Prefiero tener comunicación **ORAL** en:

____ Inglés ____ Español ____ Otro: _____

Prefiero tener comunicación **ESCRITO**:

____ Inglés ____ Español ____ Otro: _____



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

CONSERVAR PARA SUS REGISTROS

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 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 350° 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.
 - **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, voltear 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** -- tirela 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 está **segura para comer y no afectarán 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.