Senior Nutrition Program CONGREGATE Meals (C1) – Client Intake Form FY2020-2021

CONFIDENTIAL

PROVIDER LOCATION: Simi Valley Senior Center

TO PARTICIPATE IN CONGREGATE MEALS: Person must be aged 60 or older. There is no charge for meals; however, donations are accepted. A person will not be denied services if that individual chooses not to donate.

Date:		**Phone:**		**Birth Date:** *(Required)*	
Last Name:		**First Name:** *(No nicknames)*			
Street Address:		**City:**		**ZIP:**	
Email:		**Rural:** (91307, 93066, 93040)	☐ Yes ☐ No ☐ Decline to State		
Local Emergency Contact Name:		**Phone:**			

RACE – PLEASE CHOOSE (X) ONE:				**Ethnicity:**
☐ American Indian or Alaska Native	☐ Filipino	☐ Laotian	☐ Samoan	☐ Not Hispanic/ Latino
☐ Asian Indian	☐ Guamanian	☐ Multiple Race	☐ Vietnamese	☐ Hispanic/ Latino
☐ Black or African American	☐ Hawaiian	☐ Other Asian	☐ White	☐ Decline to State
☐ Cambodian	☐ Japanese	☐ Other Pacific Islander	☐ Decline to State	
☐ Chinese	☐ Korean	☐ Other Race		

MARITAL STATUS:	☐ Divorced ☐ Domestic Partner ☐ Married ☐ Separated ☐ Single ☐ Widowed ☐ Decline to State		
Veteran Status:	☐ Yes ☐ No	**Preferred Language:**	
Client Lives:	☐ Alone ☐ Not Alone ☐ Decline to State	**Number of Persons Living in Household:**	

Applicant's Income Level (approximate):

IF MARRIED:	**IF SINGLE:**
☐ At or below Federal Poverty Level *($16,910/year or less)*	☐ At or below Federal Poverty Level *($12,490/year or less)*
☐ Above Federal Poverty Level *($16,911/year or more)*	☐ Above Federal Poverty Level *($12,491/year or more)*
☐ Decline to State	☐ Decline to State

What was your sex at birth?	**What is your Gender?**	**How do you describe your sexual orientation or sexual identity?**
☐ Female	☐ Female ☐ Male	☐ Straight/Heterosexual
☐ Male	☐ Transgender Female to Male	☐ Bisexual
☐ Decline to State	☐ Transgender Male to Female	☐ Gay/Lesbian/Same-Gender Loving
	☐ Genderqueer/Gender Non-binary	☐ Questioning/Unsure
	☐ Decline to State	☐ Decline to State
	☐ Not listed, please specify:	☐ Not listed, please specify:

Nutritional Assessment of Applicant:		**Check All That Apply:**
I have an illness or condition that made me change the kind and/or amount of food I eat.	(2pts)	☐
I eat fewer than 2 meals per day.	(3pts)	☐
I eat few fruits or vegetables or milk products.	(2pts)	☐
I have 3 or more drinks of beer, liquor or wine almost every day.	(2pts)	☐
I have tooth or mouth problems that make it hard for me to eat.	(2pts)	☐
I don't always have enough money to buy the food I need.	(4pts)	☐
I eat alone most of the time.	(1pt)	☐
I take 3 or more different prescribed or over-the-counter drugs a day.	(1pt)	☐
Without wanting to, I have lost or gained 10 pounds in the last 6 months.	(2pts)	☐
I am not always physically able to shop, cook and/or feed myself.	(2pts)	☐
	Decline to State:	☐
(If equal to or greater than 6, the client is at high nutritional risk→)	**Total Score:**	

I certify that all statements on this form are true and correct. _____

Applicant's Signature

DO NOT WRITE IN THIS BOX – OFFICIAL USE ONLY

Client Q Database/Unique Participant ID Number:	☐ Senior ☐ Spouse ☐ Volunteer ☐ Private Pay
Reviewed by: ☐ Staff ☐ Volunteer	☐ Non-Senior Disabled with Senior

CONSENT TO REMOVE MEALS

Ventura County Area Agency on Aging in partnership with cities in Ventura County provides hot, nutritious lunches at congregate meal sites to seniors age 60 and over. Meals are available in most cities Monday through Friday. In the event you would like to take a meal home, or any portion of a meal home, you are accepting all responsibility for the food. Please sign below to release any and all liability.

The undersigned_____ desires to remove a frozen and/or
(Participant's Name)
take home the remainder of his/her lunch. In doing so, he/she accepts full responsibility for this food. In consideration for agreeing to surrender this food, the participant or his/her authorized agent agrees to release VCAAA, Senior Nutrition Program, the volunteers, directors, officers, agents and employees from any consequences. The participant acknowledges that he/she has been advised that hot food items held below 140°F for longer than 2 hours must be discarded, and frozen meals should remain frozen at all times and be placed in the refrigerator or freezer immediately.

_____ _____
Participant's Signature Date

_____ _____
Family Member/Guardian/Caregiver Signature Date

Programa de Nutrición para el Adulto Mayor, Congregar a Comer – Registración FY2020-2021

CONFIDENCIAL

PROVIDER LOCATION: _____

Para participar en el programa CONGREGAR A COMER: La persona debe tener de 60 años de edad o mayor. No hay ningún cargo para las comidas, sin embargo, se aceptan donaciones. No se le negarán los servicios en caso que decida no dar un donativo.

Fecha:		**Teléfono:**		**Fecha de nacimiento:** *(Requerido)*	
Apellido:		**Nombre:** *(No Apodos)*			
Dirección:		**Ciudad:**		**# Postal:**	
Email:		**Rural:** (91307, 93066, 93040)	☐ Sí ☐ No ☐ Se negó a declarar		
Contacto Local De Emergencia *(Nombre)*		*Teléfono:*			

RAZA – Por favor, elija (X) uno:

☐ Indio americano o nativo de Alaska
☐ India asiática
☐ Negro o afroamericano
☐ Camboya
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Guames
☐ Hawaiano
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Laos
☐ Múltiples razas
☐ Otra Asiática
☐ Otros isleños del Pacífico
☐ Otra Raza
☐ Samoa
☐ Vietnamita
☐ Blanco
☐ Se negó a declarar

Origen Étnico:

☐ No Hispano/ Latino
☐ Hispano/Latino
☐ Se negó a declarar

Estado Civil: ☐ Divorciado(a) ☐ Compañero de hogar ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Se negó a declarar

Veterano: ☐ Sí ☐ No **Idioma preferido:**

Cliente Vive: ☐ Solo ☐ Acompañado ☐ Se negó a declarar **Número de personas que viven en el hogar:**

NIVEL de ingresos del solicitante (aproximado):

SI ES CASADO(A):
☐ En o por debajo del nivel de pobreza Federal *($16,910/año o menos)*
☐ Por encima del nivel de pobreza Federal *($16,911/año o más)*
☐ Se negó a declarar

SI ES SOLTERO(A):
☐ En o por debajo del nivel de pobreza Federal *($12,490/año o menos)*
☐ Por encima del nivel de pobreza Federal *($12,491/año o más)*
☐ Se negó a declarar

¿Cuál era su sexo al nacer?
☐ Mujer
☐ Hombre
☐ Se negó a declarar

¿Cuál es su género?
☐ Mujer ☐ Hombre
☐ Hombre transgénero
☐ Mujer transgénero
☐ Queer o de género no binario
☐ Se negó a declarar
☐ No aparece, especifique:

¿Cómo describiría su orientación sexual o identidad sexual?
☐ Heterosexual ☐ Bisexual
☐ Cuestionándose/en duda
☐ Gay/Lesbiana/persona que siente atracción hacia una persona del mismo sexo
☐ Se negó a declarar
☐ No aparece, especifique:

Evaluación Nutricional Del Solicitante		**Marque Lo Que Corresponda:**
Tiene alguna enfermedad o condición que le haya hecho cambiar su dieta y/o la cantidad de comida que consume?	(2pts)	☐
Come menos de 2 comidas por día.	(3pts)	☐
Como pocas frutas o verduras o productos lácteos.	(2pts)	☐
Consume 3 o más bebidas alcohólicas casi todos los días.	(2pts)	☐
Tiene problemas en la boca o en los dientes que le dificulten el comer o masticar.	(2pts)	☐
Se queda sin dinero para comprar comida la mayoría de los meses.	(4pts)	☐
Come solo la mayor parte del tiempo.	(1pt)	☐
Toma usted 3 o más medicamentos sin prescripción médica por día.	(1pt)	☐
Usted ganado o perdido 10 libras o más en los últimos 6 meses sin proponérselo.	(2pts)	☐
Esta usted físicamente discapacitado para comprar, cocinar, y/o alimentarse por sí mismo.	(2pts)	☐
	Se negó a declarar:	☐
(Si el puntaje es igual o superior a 6, el cliente está en alto riesgo nutricional)	**Total Puntuación:**	

Certifico que todas las declaraciones en este formulario son verdaderas y correctas.

_____
Firma del solicitante

NO ESCRIBA EN ESTA CAJA. SÓLO PARA USO OFICIAL

Client Q Database/Unique Participant ID Number:

Revisado por: ☐ Personal ☐ Voluntario

☐ Adulto Mayor ☐ Cónyuge ☐ Voluntario ☐ Pago Privado
☐ No-Adulto Mayor Discapacitado con Adulto Mayor

CONSENTIMIENTO PARA RETIRAR COMIDAS

La Agencia sobre el Envejecimiento del Área del condado de Ventura (VCAAA, por sus siglas en inglés) en sociedad con ciudades del Condado de Ventura brinda almuerzos calientes y nutritivos en comedores comunitarios a personas mayores de 60 años o más. Las comidas están disponibles de lunes a viernes en la mayoría de las ciudades. Usted acepta completamente ser responsable por la comida o la porción de comida que decida llevarse a su casa. Firme a continuación para la exención de toda responsabilidad.

El abajo firmante _____ desea retirar comida congelada o llevar
(Nombre del participante)
a su hogar el resto de su almuerzo. Al hacerlo, acepta la total responsabilidad por esta comida.

Teniendo en cuenta el acuerdo para la entrega de esta comida, el participante o su agente autorizado acuerda eximir de toda responsabilidad a la VCAAA, el Programa de Nutrición para Personas Mayores, los voluntarios, los directores, los funcionarios, los agentes y los empleados ante cualquier consecuencia. El participante reconoce que se le advirtió que los alimentos calientes que permanezcan a menos de 140°F durante más de 2 horas deben ser desechados y que las comidas congeladas deben permanecer congeladas en todo momento y deben colocarse en el refrigerador o en el congelador de inmediato.

_____ _____
Firma del participante Fecha

_____ _____
Firma del familiar, tutor o proveedor de cuidados Fecha