Senior Nutrition Program HOME-DELIVERED Meals (C2) – Client Intake Form FY2020-2021

CONFIDENTIAL

PROVIDER LOCATION: Simi Valley Senior Center

TO RECEIVE HOME DELIVERED MEALS: Person must be aged 60 or older, homebound due to illness or disability, unable to prepare meals, unable to drive, and unable to attend a congregate meal site if transportation were provided. 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)*			

APPLICANT ELIGIBILITY	**YES**	**NO**	**NOTE:**
Is applicant homebound due to illness or disability?	☐	☐	If answer is NO, stop here; applicant is not eligible for home-delivered meals.
Is applicant 60 or older, and/or the spouse of an eligible senior?	☐	☐	
Is applicant able to prepare meals?	☐	☐	If answer is YES, stop here; applicant is not eligible for home-delivered meals.
Does applicant drive?	☐	☐	
Can applicant attend a congregate meal site if transportation is provided?	☐	☐	

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:

THIS BOX FOR SERVICE PROVIDER ASSESSMENT

About the Applicant:	**YES**	**NO**	**Over the Past 3 Months, Does the Client…**	**YES**	**NO**
Any dietary restrictions? (If yes, explain)	☐	☐	Have trouble using the microwave or oven?	☐	☐
A working refrigerator?	☐	☐	Repeat some things over and over?	☐	☐
Freezer space to store five frozen meals?	☐	☐	Have trouble recalling appointments?	☐	☐
A working oven/microwave?	☐	☐	Have conversations that don't make sense?	☐	☐
Interested in weekend meals, if available?	☐	☐	Appear confused at times?	☐	☐
Comments:			**Comments:**		

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:**	

CALIFORNIA ACTIVITIES & INSTRUMENTAL ACTIVITIES (IADLS) OF DAILY LIVING (ADLS)
Please Check (✓) One of the Columns for Each Activity

	TYPE OF ASSISTANCE CARE RECEIVER NEEDS TO PERFORM TASK ➔	1 INDEPENDENT Needs No Help	2 VERBAL QUE Needs verbal reminders	3 STAND BY Needs some human help	4 HANDS ON Needs lots of human help	5 DEPENDENT Cannot perform task	Decline to State
ADLS	Eating	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Dressing	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Transferring	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Bathing	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Toileting	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Walking	☐	☐	☐	☐	☐	☐
IADLS	Light Housework	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Shopping/Errands	☐		☐		☐	☐
	Meal Prep/Cleanup	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Transportation	☐	☐	☐		☐	☐
	Using Telephone	☐	☐	☐		☐	☐
	Managing Medications	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Managing Money	☐	☐	☐		☐	☐
	Heavy Housework	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Applicant is:	☐ Blind ☐ Deaf	Applicant uses:	☐ Walker ☐ Wheelchair ☐ Cane

I understand that the information I am providing on this form is for registration purposes. I understand it will be kept confidential and that the Area Agency on Aging and service providers may use it to help identify other services for which I may benefit.

_____
Applicant's Signature

DO NOT WRITE IN THIS BOX – OFFICIAL USE ONLY

Client Q Database/Unique Participant ID Number:	☐ Senior ☐ Spouse ☐ Non-Senior Disabled
Reviewed by: ☐ Staff ☐ Volunteer	Type of Meals: ☐ Hot ☐ Frozen

Programa de Nutrición para el Adulto Mayor, Entrega de Comidas a Casa – Registración FY2020-2021

CONFIDENCIAL

PROVIDER LOCATION: Simi Valley Senior Center

Para participar en programa de ENTREGA DE COMIDAS A CASA: La persona debe tener 60 años de edad o mayor, no puede salir de casa debido a una enfermedad o discapacidad, no puede preparar sus propias comidas, incapaz de conducir y no poder asistir a comedores de alimentación aun cuando se le proporcione transporte. No hay cargo para las comidas, sin embargo, se aceptan donaciones. No se le negarán los servicios en caso que decida no dar un donativo. **LA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.**

Fecha:		**Teléfono:**		**Fecha de nacimiento:** *(Requerido)*	
Apellido:		**Nombre:** *(No Apodos)*			

Elegibilidad Del Solicitante	**Sí**	**No**	**Nota:**
¿El solicitante está inhabilitados debido a enfermedad o discapacidad?	☐	☐	Si la respuesta es NO, parar aquí; solicitante no es elegible para entregada comidas a casa.
¿El Solicitante tiene 60 años o más, y/o el cónyuge está tiempo completo al cuidado de un adulto mayor elegible?	☐	☐	
¿El Solicitante es capaz de preparar comidas?	☐	☐	Si la respuesta es Sí, parar aquí; solicitante no es elegible para entregada comidas a casa.
¿El solicitante maneja?	☐	☐	
¿Puede el solicitante asistir a un comedor de alimentos donde se congregan a comer si se provee transporte?	☐	☐	

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?	**¿Cuál es su género?**	**¿Cómo describiría su orientación sexual o identidad sexual?**
☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Se negó a declarar	☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Hombre transgénero ☐ Mujer transgénero ☐ Queer o de género no binario ☐ Se negó a declarar ☐ No aparece, especifique:	☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Cuestionándose/en duda ☐ Gay/Lesbiana/persona que siente atracción hacia una persona del mismo sexo ☐ Se negó a declarar ☐ No aparece, especifique:

ESTE CUADRO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS

Acerca Del Solicitante:	**Sí**	**No**	**En los Últimos 3 Meses, el Client…**	**Sí**	**No**
¿Tiene restricciones dietéticas? (explicar)	☐	☐	¿Tiene problemas utilizando microondas/horno?	☐	☐
¿Tiene un refrigerador que funcione apropiadamente?	☐	☐	¿Repite algunas cosas una y otra vez?	☐	☐
¿Tiene espacio en el congelador para almacenar 5 alimentos congelados?	☐	☐	¿Tiene problemas recordando citas?	☐	☐
¿Tiene un horno/microondas que funcione apropiadamente?	☐	☐	¿Hay conversaciones que no tienen sentido?	☐	☐
¿Está interesado en las comidas de fin de semana? (Si está disponible)	☐	☐	¿A veces parece confundido(a)?	☐	☐
Comentario:			**Comentario:**		

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:**	

ACTIVIDADES de CALIFORNIA (ADLS) & INSTRUMENTAL (IADL) actividades de la vida diaria (ADL)
Por favor, elija (✓) una de las columnas para cada actividad

	TIPO DE ASISTENCIA NECESARIA PARA REALIZAR TAREA ➔	1 INDEPENDIENTE No necesita ayuda	2 RECORDATORIO VERBAL Necesita recordatorios verbales	3 A LA ESPERA Necesita alguna ayuda	4 AYUDA Necesita mucha ayuda	5 DEPENDIENTE No puede realizar ninguna tarea	Se negó a declarar
ADLS	**Comida**	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Vestimenta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Transferencia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ducha	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ayuda para ir al baño	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Arreglo personal - *Opcional*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
IADLS	**Ligeras tareas domésticas**	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Lavandería - *Opcional*	☐		☐		☐	☐
	Compras	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Preparación de Comida/limpieza	☐	☐	☐		☐	☐
	Transporte	☐	☐	☐		☐	☐
	Uso de teléfono	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Manejo de medicamentos	☐	☐	☐		☐	☐
	Administración de dinero	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Subir escalera - *Opcional*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Tareas domésticas pesadas	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Solicitante es: ☐ Ciego ☐ Sordo | Solicitante utiliza: ☐ Caminante ☐ Bastón ☐ Silla de ruedas

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:	☐ Adulto Mayor ☐ No-Adulto Mayor ☐ No-Adulto Mayor Discapacitado con Adulto Mayor
Care Plan:	Tipo de comidas: ☐ Caliente ☐ Congelado