



## Aplicación de Cliente

¡Gracias por su interés en Project Angel Food! **En Project Angel Food, creemos que la comida es amor y la comida es medicina.** Desde 1989, hemos entregado más de 13 millones de comidas a más de 24,000 personas que viven con enfermedades críticas y que tienen dificultades para conseguir o preparar sus propios alimentos. Nuestros servicios son gratuitos para los clientes.

Nuestras comidas nutritivas están "adaptadas médicamente" para el mayor beneficio para la salud. Las comidas se preparan en nuestra cocina en Hollywood, luego congeladas y se entregan en mano a los clientes en el condado de Los Ángeles. Por lo general, se proporcionan siete comidas una vez por semana, durante un período de cuatro horas.

Condiciones médicas que califican. Los clientes elegibles tienen uno o más.

- VIH o SIDA, especialmente con presencia viral activa o recuento bajo de CD4.
- Cáncer, en tratamiento.
- Enfermedad renal en etapa terminal, enfermedad renal crónica avanzada o enfermedad hepática grave.
- EPOC (COPD) u otra enfermedad respiratoria que requiera oxígeno frecuente o durante 24 horas.
- Insuficiencia cardíaca congestiva avanzada, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco reciente.
- Diabetes no controlada con indicador de A1c superior a 8.
- Enfermedad neurológica o muscular grave como Alzheimer, Parkinson o ELA (ALS).

Otros factores. También se tienen en cuenta: Restricciones de movilidad, discapacidad sensorial, baja esperanza de vida, edad avanzada, peso corporal extremadamente bajo o alto, inseguridad alimentaria y mala nutrición.

No determinamos la elegibilidad sobre la base de raza, sexo, género, orientación sexual, estado familiar, origen nacional o ciudadanía. No hay una prueba financiera.

Envíe una solicitud completa. Las aplicaciones contienen:

- Secciones para información personal, equipo de apoyo, declaración personal, evaluación nutricional, consentimiento y acuerdo, firma.
- Formulario de información médica, para ser completado y firmado por un proveedor de atención médica.
- *Solo para solicitantes de SIDA / VIH y residentes de West Hollywood, prueba de dirección e ingresos.*

Los clientes vuelven a certificar anualmente.

Envíe los formularios completados y comuníquese con nosotros a:

**Servicios al Cliente**

**Project Angel Food**

**922 Vine Street**

**Los Angeles, CA 90038**

**Teléfono: (323) 845-1810, Número Gratuito (800) 761-8889**

**Fax: (323) 845-1811**

¡Esperamos con interés escuchar de usted!

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Condición Médica Calificada (ver carta de presentación) \_\_\_\_\_

Referido por:  Uno mismo  Otro

Si es otro, nombre quién \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Agencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Alternativo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Idioma \_\_\_\_\_ ¿Tiene competencia en inglés?  Si  No

Raza:  Asiático Americano o Isleño del Pacífico  Negro  Latinx  Nativo Americano  Blanco  Otro

Género:  Masculino  Femenino  Trans MTF  Trans FTM  No Binario  Otro

Orientación Sexual:  Heterosexual  Homosexual/Lesbiana  Bisexual  Otro

¿Veterano(a)?  Si  No

Seguro Médico \_\_\_\_\_

Número de Medi-Cal, si lo tiene \_\_\_\_\_ Portador de Medi-Cal \_\_\_\_\_

Ingreso Mensual \_\_\_\_\_

¿Ha sido cliente de Project Angel Food antes?  Si  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

## EQUIPO DE APOYO

*Acepto que Project Angel Food se comuniqué con las personas a continuación en relación con mi solicitud o servicios.*

### Médico Principal

Nombre \_\_\_\_\_ Clínica \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

### Administrador(a) de Casos / Trabajador(a) Social

Nombre \_\_\_\_\_ Agencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

### Cuidador(a) / Contacto de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN PERSONAL

*Damos la bienvenida pero no requerimos información sobre sus circunstancias, especialmente sobre su condición médica o cómo afecta su capacidad para obtener y preparar alimentos.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN NUTRICIONAL

	SI	NO	INSEGURO
¿Ha perdido peso recientemente sin intentarlo? <i>¿Si sí, cuánto?</i> <input type="checkbox"/> 2-13 lb <input type="checkbox"/> 14-23 lb <input type="checkbox"/> 24-33 lb <input type="checkbox"/> 34 lb+ <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado comiendo mal debido a la disminución del apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha subido de peso recientemente sin intentarlo? <i>¿Si sí, cuánto?</i> <input type="checkbox"/> 2-13 lb <input type="checkbox"/> 14-23 lb <input type="checkbox"/> 24-33 lb <input type="checkbox"/> 34 lb+ <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas para masticar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas pasar la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene náuseas o vómitos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede comprar, cocinar y / o alimentarse físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En los últimos 6 meses, dejó de comer o comió menos de lo que debería porque no había suficiente dinero para la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CONSENTIMIENTO Y ACUERDO

**Consentimiento:** Estoy solicitando servicios de entrega de comida y nutrición de Project Angel Food. **Doy mi consentimiento a mis proveedores de atención médica para soltar información médica a Project Angel Food, para la revisión de elegibilidad (y cualquier recertificación), evaluación de mi dieta y asesoramiento nutricional.**

**Conducta:** En todo momento, acepto tratar a los empleados y voluntarios de Project Angel Food con respeto, amabilidad y cortesía. Puedo esperar el mismo trato positivo de Project Angel Food.

**Cooperación:** Si soy cliente de Project Angel Food, acepto cooperar completamente en la entrega de mi comida al:

- Mantener un teléfono que funcione y notificar a PAF de inmediato sobre cualquier cambio en mi información de contacto.
- Estar disponible para la entrega durante el día y las horas asignadas y dar un aviso con un día de anticipación si no es así.
- Informar a Servicios al Cliente si mi situación cambia y ya no necesito el servicio.
- Seguir las pautas de seguridad alimentaria para el almacenamiento y la preparación de mis alimentos. Estos se enviarán con mi primera entrega en una Guía de Bienvenida y se pueden solicitar en cualquier momento.

Entiendo que mi falta de cooperación con los términos del servicio puede resultar en la suspensión del servicio.

**Liberación Legal:** Acepto liberar, eximir de responsabilidad e indemnizar a Project Angel Food, su Junta, empleados, voluntarios y agentes de cualquier responsabilidad, costo, reclamo o daño de cualquier tipo de mi aplicación o servicio.

**Quejas:** Puedo llamar a Servicios al Cliente en cualquier momento con cualquier queja, que será revisada y respondida. También puedo llamar a la Línea de Quejas del Departamento de Salud del Condado de Los Ángeles al (800) 260-8787.

**Servicios al Cliente:** Puede comunicarse con el departamento de Servicios al Cliente de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., al (323) 845-1810, o al número gratuito (800) 761-8889, o info@angelfood.org. Respondemos a las consultas dentro de un día.

**Exención y Divulgación de Alergias:** Soy consciente y comprendo que la cocina de Project Angel Food no está libre de alérgenos, y mis comidas pueden entrar en contacto con alérgenos. Acepto toda la responsabilidad y responsabilidad por cualquier daño potencial que resulte de una reacción alérgica asociada con este servicio.

*Alergias y reacciones alimentarias:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## INFORMACIÓN MÉDICA (PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA)

### GENERAL INFORMATION

*Solicite al consultorio de su médico que complete este formulario –  
la sección de Información General y cualquier sección de Información Médica Calificada correspondiente.*

Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ in Weight: \_\_\_\_\_ lbs BMI \_\_\_\_\_ %IBW \_\_\_\_\_ Blood Pressure \_\_\_\_\_

Cholesterol \_\_\_\_\_ HDL/LDL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Triglycerides \_\_\_\_\_ Date of labs \_\_\_\_\_

Food allergies \_\_\_\_\_ Is assistance needed with feeding?  Yes  No

Diet Order:  Heart Healthy  ESRD  Chronic Kidney Disease

Diabetic  Vegetarian  Gastrointestinal

Are there any other special diet instructions (e.g., no pork, no lactose, low fat)? We will review and apprise the client if we can honor. \_\_\_\_\_

Are there any mobility restrictions (e.g., bedbound, wheelchair, walker, cane, Medi-Access, loss of limb, loss of sensory ability)? \_\_\_\_\_

Has there been a major surgery or a hospitalization of 3+ days in the last six months?  Yes  No  
If yes, explain \_\_\_\_\_

Is life expectancy estimated to be six months or less?  Yes  No

### SPECIFIC QUALIFYING MEDICAL CONDITION INFORMATION

#### HIV/AIDS

HIV positive  AIDS

Viral Load \_\_\_\_\_ CD4 \_\_\_\_\_ Date of labs \_\_\_\_\_

On medication and medically adherent?  Yes  No

Effects on current health and well-being? \_\_\_\_\_

#### Cancer

Type \_\_\_\_\_ Stage \_\_\_\_\_ Alb \_\_\_\_\_ Lab date \_\_\_\_\_

Chemotherapy, radiation, or other current treatment \_\_\_\_\_

#### Kidney or Liver Disease

End stage renal disease  
Dialysis center \_\_\_\_\_

Chronic kidney disease  
Stage \_\_\_\_\_ Date of labs \_\_\_\_\_  
Creatinine \_\_\_\_\_ eGFR \_\_\_\_\_ Hgb \_\_\_\_\_ Phosphorus \_\_\_\_\_  
Potassium \_\_\_\_\_ Bun \_\_\_\_\_ Alb \_\_\_\_\_

Liver cirrhosis  
Severity \_\_\_\_\_

Hepatitis C

**Lung Disease (non-cancerous)**

COPD  Asthma  Other \_\_\_\_\_

Oxygen assistance?  Yes  No If yes, is 24-hour oxygen assistance required?  Yes  No

Other information regarding severity \_\_\_\_\_

**Heart Disease**

Congestive Heart Failure

ICD-10 code \_\_\_\_\_ NY Class (if known) \_\_\_\_\_ Ejection fraction \_\_\_\_\_ Date of labs \_\_\_\_\_

Describe severity \_\_\_\_\_

Stroke

Date(s) \_\_\_\_\_

Describe severity \_\_\_\_\_

Heart attack

Date(s) \_\_\_\_\_

Describe severity \_\_\_\_\_

**Diabetes**

Type 1  Type 2

Controlled  Uncontrolled

A1c \_\_\_\_\_ Blood glucose \_\_\_\_\_ Date of labs \_\_\_\_\_

Other known effects on health (e.g., sight or use of limbs)? \_\_\_\_\_

**Neurological Conditions**

Alzheimer's  Dementia  Neuropathy  MS  Other \_\_\_\_\_

Describe severity \_\_\_\_\_

**Muscular-Skeletal Conditions**

Parkinson's  ALS  Other \_\_\_\_\_

Describe severity \_\_\_\_\_

**Other Condition(s) Not Listed Above**

\_\_\_\_\_

Is there anything else we should know about this patient's medical condition or situation to help us in evaluating the patient for service? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VERIFICATION**

Provider's name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Medical Office \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## PRUEBA DE DIRECCIÓN, INGRESOS, Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

**Nuestros patrocinadores requieren esta página SÓLO si tiene VIH / SIDA o vive en West Hollywood.**

### 1. Prueba de Dirección

Envíe uno de estos documentos, con fecha de los últimos seis meses y que muestre su nombre y dirección:

- factura de servicios públicos o teléfono, o sobre dirigido a usted con sello de correos;
- Carta de la Administración del Seguro Social u otra carta de beneficios del gobierno; o
- copia de una identificación emitida por el gobierno.

### 2. Prueba de Ingresos

Envíe uno de estos documentos, con fecha de los últimos seis meses, que muestre ingresos mensuales:

- Carta de la Administración del Seguro Social u otra carta de beneficios del gobierno;
- Estado de cuenta del banco que muestre depósitos; o
- Talón de cheque o el formulario de impuestos W-2.

Si no tiene ingresos, complete esta declaración:

Actualmente no tengo salario ni beneficios públicos. Recibo dinero para la comida y gastos de manutención de

- \_\_\_ otras personas
- \_\_\_ trabajo por dinero en efectivo
- \_\_\_ ahorros

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

### 3. Número de Seguro Social

Si presenta la solicitud con VIH / SIDA, proporcione su número de seguro social para nuestros requisitos de mantenimiento de registros, si tiene uno:

\_\_\_\_\_