

- New
- Delete
- Change

**Santa Clara County
Senior Nutrition Program
SC 1367 Registration Form**

Q Entry Date: _____
Staff Initial: _____
Registration # _____

La financiación recibida para proporcionar estas comidas requiere que solicitemos información a las personas que reciben estos servicios. La ley de California prohíbe la divulgación pública de esta información, por lo que su información personal se mantendrá confidencial.

Nombre del Sitio: _____

Marque uno de los siguientes:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adulto mayor mayor de 60 años | <input type="checkbox"/> Cónyuge de adulto mayor menor de 60 años |
| <input type="checkbox"/> Una persona con una discapacidad menor de 60 años que reside en una vivienda para personas mayores | |
| <input type="checkbox"/> Una persona con discapacidad menor de 60 años cuidada por un adulto mayor | <input type="checkbox"/> Voluntario menor de 60 años |

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE

Información del Participante - completar todos los espacios

*Nombre	2do Nombre	*Apellido	Fecha	Número de Teléfono
*Dirección:				
Calle:		*Código Postal:		
Ciudad:				
*Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año)		*Raza: (Marque todo lo que corresponda):		
		<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	
		<input type="checkbox"/> Negro		
*Etnicidad: (Marque uno)				
<input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Declined to state				
*Estado Civil: (Marque uno)				
<input type="checkbox"/> Soltera (o) <input type="checkbox"/> Casada (o) <input type="checkbox"/> Divorciada (o) <input type="checkbox"/> Viuda (o)				
*Número de Seguro Social - los últimos 4 dígitos (opcional)				
xxx-xx-_____				
*Idioma principal (Marque uno)				
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Otro _____				
*Campesino				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehuso declarar				
*¿Recive SSI or SSP?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
*Vive solo?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
*Nivel Federal de Pobreza:				
<input type="checkbox"/> Por debajo del 100% NFP <input type="checkbox"/> Por encima del 100% NFP <input type="checkbox"/> Rehuso declarar				
*¿Cuál es su género? (Marque uno)				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Género variante/Género No-binario <input type="checkbox"/> Rehuso declarar				
*¿Cuál fue su sexo al nacer? (Marque uno)				
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Rehuso declarar				
*¿Cómo describe su orientación o identidad sexual? (Marque uno)				
<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual/Lesbian/del mismo Género Amoroso <input type="checkbox"/> en Cuestionamiento/Inseguro <input type="checkbox"/> Rehuso declarar				

*Estatus de veterano			
¿Ha servido alguna vez en el ejército de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Declined to state
¿Es usted cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que presta o ha prestado servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Declined to state
Si se identifica como afiliado militar, marque a continuación si: "Doy mi consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Envejecimiento de California transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico, dirección postal y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos solo con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses". <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Comuníquese con el Departamento de Asuntos de Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad para servicios y apoyos en www.calvet.ca.gov o 1-800-952-5626			
*Determine su salud nutricional			
<i>Encierre en un círculo el número en la columna "sí/yes" para aquellos que se aplican a usted. Sume su puntaje nutricional.</i>		Sí	No
Tengo una enfermedad o condición que afecta el tipo y/o la cantidad de comida que como	2		
Como como menos de 2 comidas por día	3		
Como menos frutas, verduras y productos lácteos	2		
Tengo 3 o más bebidas de cerveza, licor o vino casi todos los días	2		
Tengo problemas dentales o bucales que me dificultan el comer	2		
No siempre tengo el dinero suficiente para comprar la comida que necesito	4		
Como sola (o) la mayor parte del tiempo	1		
Tomo 3 o más medicamentos prescritos o sin receta al día	1		
Sin querer he perdido o subido 10 libras de peso en los últimos seis meses	2		
No siempre estoy en condición física para ir de compras, cosinar y/o comer sola (o)	2		
<i>Si la puntuación es entre 0-5, ese cliente no está en riesgo nutricional, si la puntuación es 6 o más, el cliente está in riesgo nutricional.</i>	Total		
Información de contacto en caso de Emergencia:			
Nombre:			
Relationship:	Teléfono:		
Dirección:			
Doctor:	Teléfono del Doctor:		
*Cuestionario de Seguridad Alimentaria			
En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado si su comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más?			
<input type="checkbox"/> A menudo cierto	<input type="checkbox"/> A veces cierto	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	
En los últimos 12 meses, la comida que compré simplemente no me duró y no tenía dinero para comprar más?			
<input type="checkbox"/> A menudo cierto	<input type="checkbox"/> A veces cierto	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	
In the last 12 months, were you ever hungry but didn't eat because there wasn't enough money for food?			
<input type="checkbox"/> A menudo cierto	<input type="checkbox"/> A veces cierto	<input type="checkbox"/> Nunca es verdad	
En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo hambre pero no comió porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		