

- ☐ 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:**

- ☐ Adulto mayor mayor de 60 años      ☐ Cónyuge de adulto mayor menor de 60 años  
☐ Una persona con una discapacidad menor de 60 años que reside en una vivienda para personas mayores  
☐ Una persona con discapacidad menor de 60 años cuidada por un adulto mayor      ☐ 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:

Ciudad:

\*Código Postal:

**\*Fecha de Nacimiento:**  
**(Mes/Día/Año)**

**\*Raza: (Marque todo lo que corresponda):**

- ☐ Blanco      ☐ Indio Americano / Nativo de Alaska  
☐ Negro

**\*Etnicidad: (Marque uno)**

**Asiático:**

- ☐ Not Hispanic/Latino    ☐ Hispanic  
☐ Declined to state

- ☐ Indio Asiático    ☐ Chino    ☐ Japonés    ☐ Coreano    ☐ Laosiano  
☐ Camboyano    ☐ Filipino    ☐ Vietnamita    ☐ Otro Asiático

**\*Estado Civil: (Marque uno)**

**Hawaiian/Other Pacific Islander**

- ☐ Soltera (o)      ☐ Casada (o)  
☐ Divorciada (o)    ☐ Viuda (o)

- ☐ Guamaniano    ☐ Hawaiano    ☐ Samoano    ☐ Otro Pacífico/Isleño  
☐ Rehúso declarar

**Número de Seguro Social - los últimos 4 dígitos (opcional)**

XXX-XX-\_\_\_\_

**\*Idioma principal (Marque uno)**

- ☐ Inglés    ☐ Español    ☐ Chino    ☐ Vietnamita    ☐ Coreano    ☐ Tagalo    ☐ Otro \_\_\_\_\_

**\*Campesino**

- ☐ Sí    ☐ No    ☐ Rehúso declarar

**\*¿Recibe SSI or SSP?**

- ☐ Sí    ☐ No

**\*Vive solo?**

- ☐ Sí    ☐ No

**\*Nivel Federal de Pobreza:**

- ☐ Por debajo del 100% NFP      ☐ Por encima del 100% NFP      ☐ Rehúso declarar

**\*¿Cuál es su género? (Marque uno)**

- ☐ Masculino    ☐ Femenino    ☐ Transgénero Femenino a Masculino    ☐ Transgénero Masculino a Femenino  
☐ No listado, por favor especifique: \_\_\_\_\_      ☐ Género variante/Género No-binario  
☐ Rehúso declarar

**\*¿Cual fue su sexo al nacer? (Marque uno)**

- ☐ Masculino    ☐ Femenino    ☐ Rehúso declarar

**\*¿Cómo describe su orientación o identidad sexual? (Marque uno)**

- ☐ Heterosexual    ☐ Bisexual    ☐ Homosexual/Lesbian/del mismo Género Amoroso  
☐ en Cuestionamiento/Inseguro      ☐ Rehúso declarar

<b>*Estatus de veterano</b>			
¿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 <a href="http://www.calvet.ca.gov">www.calvet.ca.gov</a> o 1-800-952-5626			
<b>*Determine su salud nutricional</b>			
<b>Encierre en un círculo el número en la columna "sí/yes" para aquellos que se aplican a usted. Sume su puntaje nutricional.</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<input type="checkbox"/> <b>Rehúso declarar</b>
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, cocinar y/o comer sola (o)	2		
<b>Si la puntuación es entre 0-5, ese cliente no está en riesgo nutricional, si la puntuación es 6 o más, el cliente está en riesgo nutricional.</b>	<b>Total</b>		
<b>Información de contacto en caso de Emergencia:</b>			
Nombre:			
Relationship:		Teléfono:	
Dirección:			
Doctor:		Teléfono del Doctor:	
<b>*Cuestionario de Seguridad Alimentaria</b>			
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			