

Bienvenido a Community Servings

Documentos Requeridos del Cliente – Por favor presenta los siguientes documentos.

- ☐ Formulario de Certificación – Por favor pida que su medico o enfermera asistente o otro proveedor de cuidado medico completa este Formulario de Certificación y presenta una copia de sus resultados de del laboratorio y lista de medicaciones. Se tiene que enviar por fax estos documentos a Community Servings de la oficina de la oficina de su medico, asistente de enfermera u otro profesional de cuidado medico con una carta que trae el membrete de la clínica. No se aceptará formularios enviado por correo o presentados en persona. Se es pertinente, medico principal necesita llamar nuestra Dietista si requiere complemento alimenticio. (Boost).
- ☐ Formulario de Ingreso – Por Favor completa, firma y ponga la fecha y devuelve.
- ☐ Paquete de Permiso de Cliente – Este paquete contiene tres formularios que requieren su firma.: 1) Responsabilidades, Derechos de Cliente y Procedimientos de Poner Queja, 2) Póliza de Falta de Entrega de Comida al Cliente 3) Autorización de Cliente para Permiso. *(Solamente solicitantes VIH)*. Por favor lea, firma y devuelva una copia de cada uno. Guarda la copia intitulada Copia de Cliente para sus archivos personales.
 - ☐ Verificación de Ingreso. – Usted tiene que presentar una copia de su Verificación de Ingreso (por ejemplo declaración de SSI Social Secuirty, cuatro talones de cheques de pago, estado de banco o carta declarando que no tiene ingreso en el membrete de sus proveedor de servicio)
- ☐ Autorización del Cliente para Permiso de Liberación de Información– Por Favor completa, firma y ponga la fecha y devuelve *(Solamente para solicitantes VIH)*.
- ☐ Preguntas Nutricionales – Por Favor completa, firma y ponga la fecha y devuelve.

Falta de entregar cualquier de los documentos requisitos puede resultar en la demora del comienzo de la entrega de sus comidas.

Información Adicional

1. Comienzo de Servicios – Ya que se ha recibido y evaluado todos los documentos, uno de nuestros Coordinadoras de Servicios de Clientes se comunicará con usted referente a sus necesidades nutricionales y una fecha de comienzo. Un Plan de Servicio de Comidas, describiendo lo que se incluirá en su entrega será enviado a usted para que lo firma. Ya que sea firmado el Plan de Servicio de Comidas y devuelto, uno de nuestros Coordinadores de Servicios de Clientes programará su primer entrega.
2. Entrega – Un chofer o un voluntario entregará 5 comidas una vez por semana martes a viernes, si es que usted no arregla sus propias preferencias con la Coordinadora de Servicios de Cliente. El chofer llegará entre 9:00AM – hasta las 6:00 PM. Una opción de entrega diaria (Lunes – Viernes) puede ser disponible basado en su ubicación o situación de residencia. Si usted no estará en casa para recibir su entrega por favor, llame a una de las Coordinadoras de Servicios de Clientes. Usted puede designar otro lugar donde se puede entregar sus comidas (por ejemplo, la casa de un vecino), cambiar la hora de entrega, o arreglar a recoger sus comidas en nuestra oficina. ***Por favor nota no dejaremos comidas donde no haya personas para recibirlas. Necesitamos entregar le sus comidas a usted o una persona designada por usted.***
3. Preguntas de Nutrición – Si Usted necesita cambiar el tipo de comida que recibe o si tiene preguntas nutricionales, por favor llame a nuestra Dietista al 617-522-7777 x 221.
4. Cambio de estado de salud – Si usted se siente bastante bien para poder cocinar por si mismo, por favor avísanos y suspenderemos sus comidas. Cuando sea que usted necesita nuestros servicios de nuevo por causa de su enfermedad, llámenos y empezaremos su servicio de nuevo.

Todos nosotros aquí en Community Servings anticipamos con gusto la oportunidad de trabajar con Usted.
No espere en llamarnos al 617-522-7777, si Usted tiene cualquier pregunta!

Carolyn Smith

Coordinadora de Servicios de Clientes

Marisol Olivera

Coordinadora de Servicios de Clientes

Sarah Montgomery

Coordinadora de Servicios de Clientes

Community Servings

Certification Form

Applicant/Client Section: I hereby authorize my physician, nurse practitioner or physician assistant to release information regarding my medical condition to Community Servings for the purpose of verifying my eligibility:

Client Name

Signature

Date

Healthcare Provider Section:

Community Servings provides home delivered meals to clients at a critical stage of a life-threatening illness. On behalf of the applicant/client noted above, please complete this form with all relevant information. The certification form, laboratory results and medications list help us determine client eligibility and an appropriate diet. Thank you for your help in serving our clients!

Please Fax the following to Client Services at 617-522-7770

- ☐ Completed Certification Form
- ☐ Recent laboratory results (within past 6 months)
- ☐ Current medication list

Applicant/Client: Height: _____ ft. _____ in. Weight: _____

A. PRIMARY DIAGNOSIS: Check all that apply.

- | | |
|--|--|
| ☐ AIDS (CDC defined)
Year of diagnosis: _____ (Required) | ☐ Diabetes: I or II (circle one) provide A1c result |
| ☐ Mono-infected Hepatitis C
Year of diagnosis: _____ (Required) | ☐ Lung Disease |
| ☐ HIV+ | ☐ Multiple Sclerosis (no labs required) |
| ☐ Cancer (specify type): _____
☐ Chemotherapy/Radiation Therapy | ☐ Renal Disease (Stage if known) _____
☐ Dialysis |
| ☐ Cardiac Disease (specify type): _____ | ☐ Other – Please specify: _____ |

B. MEDICAL CONDITIONS RELATED TO ILLNESS: Patient exhibited the following conditions in the past 30 days:

- ☐ End of life care (no labs required) – Please describe: _____
- ☐ Severe diarrhea, nausea, or vomiting (**circle ones applicable**)
- ☐ Oral or esophageal lesions preventing adequate nutritional intake (**circle ones applicable**)
- ☐ Peripheral neuropathy significantly limiting standing and/or ambulation
- ☐ Anemia or other condition causing severe fatigue or shortness of breath
- ☐ Wasting (unintentional weight loss of more than 5% usual body weight)
- ☐ An opportunistic infection, neoplasm, or dementia (**circle ones applicable**) Describe: _____
- ☐ Mental Illness – Please describe: _____
- ☐ Other – Please describe: _____

C. MOBILITY: Factors that would impact a client's ability to maintain a healthy diet & independent lifestyle.

- | | |
|---|--|
| ☐ Bed bound | ☐ Can't carry a weight of more than 15 lbs. |
| ☐ Can't stand for more than 15 minutes at one time | ☐ Other _____ |
| ☐ Can't walk more than 50 feet at one time. | |

My signature certifies the medical information provided above.

Physician/NP/PA Signature

Clinic or Hospital Affiliation

Date

Print or Stamp Name

Telephone Number

Community Servings
Formulario de Ingreso de Cliente

Fecha de hoy: _____

Información de Cliente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: / /
Genero (por favor marca uno): Masculino Femenino Transgénero

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Demográficos

Hispano/a o Latino/a:

- ☐ Hispano o Latino/a
- ☐ No Hispano o Latino/a
- ☐ Desconocido/ No reportado

Idioma Principal:

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Criollo de Haití
- ☐ Francés
- ☐ Portugués
- ☐ Criollo (De Cabo Verde)
- ☐ Idiomas de Asia Sureste
- ☐ Idioma Por Señas Americano
- ☐ Otro (por favor indica) _____

Raza:

(Escoge a todos que son pertinentes pero tiene que escoger uno)

- ☐ Blanco/Caucásico
- ☐ Africano Americano/Negro
- ☐ Asiático
- ☐ Hawaiano Natural/ De las Islas del Pacifico
- ☐ Indio Americano. Natural de Alaska
- ☐ Africano
- ☐ Otro Por favor indica: _____

País de Nacimiento:

- ☐ EEUU
- ☐ Dependencias de EEUU, incluyendo Puerto Rico
- ☐ Otro

Información de Vivienda y de Seguro

Residencia (Tiene que escoger uno):

- ☐ Hogar Permanente
(renta, es dueño, casa adoptiva, residencias de largo plazo)
- ☐ Hogar de Apoyo
(vivienda transitorio o de transición, sin hogar)
- ☐ Institución
(residencial, cuidado medico, centro de tratamiento y centro de residencia de grupo)
- ☐ Otro Especifica: _____
- ☐ Desconocido/ No reportado

Seguro de Salud:

- ☐ Masshealth Medicaid
- ☐ Masshealth Medicare
- ☐ Seguro Privado
- ☐ Otro Seguro Publico (Beneficios del Agencia de Veteranos)
- ☐ No Seguro
- ☐ Otro (Por favor indica): _____
- ☐ Desconocido/ No reportado

¿Tiene usted alguien quien le ayuda?

- ☐ Enfermera Visitante
- ☐ Asistente de Salud en el Hogar
- ☐ Miembro de familia,/amigo
- ☐ No tiene ayuda
- ☐ Otro (Por favor especifica) _____

Cliente tiene acceso a :

- ☐ Refrigerador
- ☐ Estufa
- ☐ Microonda
- ☐ Horno Tostador
- ☐ Horno
- ☐ Congelador
- ☐ Plato Calentador
- ☐ Fregadero
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro (Especifica): _____

Identificación Personal

Primer Nombre de su Madre: _____

Últimos cuatro números de número de Seguro Social: ____ ____ ____ ____

Personas en el Hogar

Relación	Nombre y apellido	Raza	Genero	Alergias a comida/ Estado de Salud	Fecha de Nacimiento

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre de Contacto en caso de Emergencia: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

¿La persona /contacto en caso de Emergencia sabe del estado/enfermedad del cliente?

Información de Recomendación

Origen de Recomendación:

- | | |
|---|--|
| ☐ Si mismo | ☐ Programa de Salud Mental |
| ☐ Gerencia de Caso | ☐ Centro Medico/Medico o Enfermera |
| ☐ Programa de Abuso de Sustancia | ☐ Programa de Prevención/Educación |
| ☐ Servicio para los Sin Hogar | ☐ Otro (Por Favor Especifica) _____ |

Nombre de Referencia : _____

Teléfono de Referencia: _____

Título: _____ Agencia de Referencia: _____

Sistemas de Apoyo (Si distinto de origin de recomendación)

Nombre de Medico Principal: _____ Teléfono: _____

Agencia/Clínica: _____

Nombre de Gerente de Caso: _____ Teléfono: _____

Agencia: _____

Información Médica y de Salud

Información Diagnóstica :

- ☐ Cáncer (especifica tipo: _____)
- ☐ +VIH Circula uno no SIDA,
Estado de SIDA desconocido
SIDA Definido por CDC
- ☐ Lupus
- ☐ Enfermedad Cardíaca
- ☐ Diabetes I o II (circula cual tipo)
- ☐ Esclerosis Múltiple
- ☐ Enfermedad Parkinson's
- ☐ Enfermedad Renal
- ☐ Otro por favor especifica: _____

Categoría de Exposición (Si es SIDA o +VIH, por favor marca todos los pertinentes):

- ☐ MSM
- ☐ WSW
- ☐ Uso de Drogas por Inyección
- ☐ Contacto Heterosexual
- ☐ Transmisión Peri natal
- ☐ Hemofilia
- ☐ Por sangre, productos de sangre, tejido
- ☐ Otro Riesgo
- ☐ Desconocido

Altura y Peso

Altura _____pies. _____pulgadas.

Peso _____libras.

Estado de Peso (Por favor marca uno)

- ☐ Estable
- ☐ Pérdida de peso despacio
- ☐ No puede aumentar de peso
(describe) _____
- ☐ Aumento de peso (describe)

¿Medicaciones?

- ☐ Sí
Sí, si, por favor arregla que su médico nos
envíe una lista
- ☐ No

Alergias:

- ☐ Medicaciones
(Especifica) _____
- ☐ Comidas
(Especifica) _____
- ☐ Otro
(Especifica) _____
- ☐ Ninguno

¿Cuál es su nivel actual de efectos secundarios de sus medicaciones? (por favor marca uno)

- ☐ No tengo efectos secundarios
- ☐ Nivel Bajo (Es raro que me molesten)
- ☐ Moderado (son problema con frecuencia)
- ☐ Severa (Siempre son problema)

Previas Veces Internado en el Hospital :

Fecha	Razón	Centro Médico

Visita Médica de Revisión:

- ☐ Chequeos Regulares
- ☐ Solo cuando enfermo
- ☐ Va a Sala de Emerg.
- ☐ Nunca
- ☐ Desconocido
- ☐ Otro (describe) _____

Salud Mental

Sufre Usted de ?

- ☐ Arrebatos de Enojo
- ☐ Ansiedad
- ☐ Falta de Memoria
- ☐ Insomnio
- ☐ Nervios
- ☐ Falta de Apetito

Ha recibido tratamiento para o actualmente esta recibiendo tratamiento para:

- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Bipolar
- ☐ Depresión
- ☐ Dependencia Droga/Alcohol (Por cuánto tiempo en recuperación? _____)
- ☐ Otro _____

Información Dietética

Tipo de Dieta

- | | |
|--|--|
| ☐ Regular | ☐ Diabético |
| ☐ No Mariscos | ☐ Blanda – no sal, especies o salsa |
| ☐ No Pescado | ☐ Molida/Suave |
| ☐ Bajo en Grasa-bajo en colesterol | ☐ No Nueces |
| ☐ Vegetariano – no carne, pollo o pescado | ☐ No Carne Rojo |
| ☐ Solo Pescado – no carne ni pollo | ☐ Renal |
| ☐ No Lechera – no mantequilla, leche ni queso | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Bajo en Fibra | |

****Se tiene que platicar de cualquier otra restricción o alergia con la nutricionista****

Leche: (1 cuarto de galón por persona por semana)

Numero de Cuartos de Galones: _____

Tipo de Leche:

- ☐ Descremada/nonfat
- ☐ 1%
- ☐ 2%
- ☐ Lactaid

Otras consideraciones para tomar en cuenta para formar su plan de comida (por ejemplo, alta presión de sangre):

**** Aviso: Community Servings no puede dar comidas que son libres de trigo, libres de gluten o de libres de soy.**

Instrucciones para Entrega

Por favor provee información de entrega pertinente (por ejemplo ,portones, timbres, codigos): _____

Persona completando este formulario: _____

Firma de Cliente: _____ Fecha: _____

Community Servings - Cuestionario Nutricional

Nombre de Cliente: _____ Fecha: _____

Peso Actual: _____ Altura: _____

Preguntas de Nutrición – por favor marque si o no	SI	NO
Ha perdido usted peso en los últimos 6 meses? Sí, si, cuanto?		
Ha aumentado peso en los últimos 6 meses? Sí, si, cuanto?		
Ha cambiado su apetito en los últimos 6 meses? Sí ,si, describe como:		
Tiene usted problemas con masticar o tragar o comer? Sí si, describe:		
Le sabe o huele diferente la comida? Sí ,si, describe como:		
Siente nausea o ganas de vomitar? Sí si, por cuanto tiempo y con que frecuencia?		
Tiene diarrea o esta constipada/o? Sí si, por cuanto tiempo y con que frecuencia?		
Bebe usted Boost o Ensure?		

Por favor indica aquí cualquier otra preocupación nutricional o de comida: _____

Nuestra Dietista Registrada talvez se comunicará con usted para revisar éste cuestionario con usted. Nuestros servicios nutricionales incluyen responder a sus preguntas acerca de nutrición o comida, planeamiento de comidas, modificaciones de recetas, consejo nutricional y clases de nutrición. Si usted esta interesado en cualquier de estos servicios nutricionales, por favor llame nuestra Dietista Registrada al 617-522-7777 x 221 o avísanos si usted quiere recibir una llamada.

o Si, Yo quisiera recibir una llamada de la Dietista Registrada para poder hablar de la nutrición.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Responsabilidades del Cliente, Derecho & Procedimiento de Quejas

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS

La misión de Community Servings' es de proveer apoyo nutricional entregada a casa a personas enfermas con SIDA/VIH o otra enfermedad que amenaza la vida, sin consideración basado en raza, religión, genero, origen nacional o orientación sexual. Nos dedicamos a proveer estos servicios con cuidado y con compasión de tal manera de promover la dignidad y auto-suficiencia.

- “PROGRAMAS DE COMIDAS”— Para asegurar la privacidad de nuestros clientes, cuando comunicamos con clientes por teléfono o en escrito nos referimos como “*Su Programa de Comidas*”.
- COSTO— Nuestros servicios son gratis. Nos requerimos verificación de ingreso para propósitos de documentación.

ELEGIBILIDAD DE CLIENTES

Elegibilidad [para servicios esta basado en un *formulario de certificación*, lo cual establece la enfermedad grave que amenaza la vida y asesora la necesidad del cliente de acuerdo con las implicaciones de salud y movilidad. El *formulario de certificación* es completado por el medico o la enfermera del cliente y enviado por fax a Community Servings con carta de presentación con membrete de la clínica.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Para asegurar eficiencia y calidad en el servicio de entrega, Community Servings requiere y mantiene comunicación abierta y regular en unidad con el cliente.

Como parte de esta unión, los clientes tiene la responsabilidad de:

- Tener que su proveedor de cuidado medico envíe por fax, cada ano, su *formulario de certificación* o cuando se necesite la cual establece las implicaciones medicas y de movilidad del cliente.
- Completar todos los documentos necesarios para poder recibir comidas.
- Notificar a Community Servings de cambios de dirección o de números telefónicos. Clientes quienes no tiene teléfono tienen que tener una persona de alternativa quien pasara los mensajes o las llamadas.
- Estar en casa para recibir las comidas o tener otro miembro de la familia / residente presente en su casa ahí lunes – viernes entre 12 mediodía y las 6:00pm, si no sen han hecho otros arreglos para la entrega.
- Clientes supuestamente tienen que “necesitar” las comidas que reciben. Clientes quienes venden las comidas o suplementos serán suspendidos del programa. Clientes tienen que llamar a nuestra Coordinadora de Servicios a Clientes para cancelar comidas para cierto día o periodo de tiempo.

Por favor, leer, firmar y enviar

DERECHOS DE CLIENTES

Community Servings observará el derecho de cada persona quien recibe nuestros servicios. Estos derechos incluyen pero no quedan limitados a:

- El derecho de ser tratado con dignidad y respeto.
- El derecho de estar informado de políticas y procedimientos que gobiernan a los clientes y a servicios de los clientes
- El derecho de tener que se haga cada esfuerzo razonable para acomodar necesidades dietéticas especiales y restricciones
- El derecho de privacidad y que le protegerán ese derecho los empleados, voluntarios y otros asociados con la agencia.
- El derecho de estar informado de procedimientos para registrar quejas además de llegar a una resolución en breve tiempo.
- El derecho de expresar opiniones, sugerir cambios, ofrecer críticas y comentarios.
- El derecho de recibir servicios de un intérprete sin costo.

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS PARA CLIENTES.

El siguiente procedimiento de Quejas para Clientes queda disponible para cualquier cliente quien cree que ha sido tratado de una manera injusta o no apropiada por Community Servings:

- El cliente debe de tratar de resolver el desacuerdo o disputa con la misma persona envuelta en ello, no importa si esa persona sea voluntario o empleado o de otra forma asociado con la agencia.
- Si esto no resuelva la situación dentro de tres días de negocio, el cliente debe pedir la oportunidad de hablar con la Coordinadora de Servicios al Cliente. La Coordinadora de Servicios al Cliente hará todo esfuerzo para resolver la situación e informarle al cliente de los resultados.
- Si lo dispuesto arriba falla en resolver la disputa, el cliente puede llamarle al Director de Programas. El Director de Programas acumulará todos los hechos y los analizará y ambas partes serán entrevistados, separadamente o juntos. El cliente será informado de los resultados.
- Si todo dispuesto arriba falla, el cliente puede hablar con el Director Ejecutivo.
- Finalmente, si el cliente queda insatisfecho, Community Servings puede referirle al cliente a un mediador de tercera parte para negociación.

Por favor, leer, firmar y enviar

ESTOY DE ACUERDO QUE EN SER CLIENTE DE COMMUNITY SERVINGS:

- Yo autorizo a Community Servings a obtener información referente a mi estado medico de mi proveedor de cuidado medico y gerente de caso.
- Yo entiendo que Community Servings dirige su negocio en una manera confidencial y que la información colegida pertinente a mí, se usa únicamente para propósitos de poder proveerme con nutrición apropiada y comidas entregadas a casa. Esta información no se revelará a ninguna entidad sin que yo haya dado mi permiso en forma escrita.
- Yo tomo plena responsabilidad de informarles en Community Servings de mis restricciones, requisitos y cambios dietéticos.
- Estoy de acuerdo de recertificar una vez por año por medio de arreglar que mi medico o enfermera complete un *formulario de certificación* y enviarlo por fax con una carta de membrete del medico a Community Servings. Yo entiendo que si yo no califico, pero me enfermo de nuevo podría ser recertificado por rellenar otro *formulario de certificación*.
- Yo entiendo que yo tengo que informarles en Community Servings tan pronto posible de cualquier cambio en mi estado medico, de mis necesidades nutricionales, dirección o numero telefónico. Estoy de acuerdo en actualizar todos documentos (formularios de entrada, descargos, permisos, y verificación de ingreso) que estén a la fecha cada año.
- Yo entiendo que yo tengo que completar un Plan de Servicios de Comidas con un Coordinador de Servicios al Cliente para poder recibir servicios. Estoy de acuerdo en trabajar con un Coordinador de Servicios al Cliente para actualizar a mi Plan de servicios de Comidas cada mes.
- Yo entiendo que Community Servings no dejará una comida si yo no estoy en casa para recibirlo o si no he arreglado con la Coordinadora de Servicios al Cliente para que sea entregada a otro sitio.
- Yo entiendo que las comidas entregadas a casa son para mi consume y que no se pueden vender.
- Yo entiendo que Community Servings no servirá a nadie en un lugar donde los empleados o voluntarios de Community Servings puedan estar en peligro. Esto incluye abuso físico, verbal o de sustancia por un cliente o cualquier persona en la casa o edificio del cliente, o por cualquier razón determinado por Community Servings.
- He leído y quedo de acuerdo con este documento: Responsabilidades, Derechos del y Procedimiento de Quejas del Cliente.
- Yo entiendo que esta autorización durará un ano desde la fecha de mí firma.
- Yo entiendo todos los reglamentos de Community Servings y he recibido una copia para el cliente de este documento.

Firma del Cliente

Fecha

Por favor, leer, firmar y enviar

Cuando Usted Falta Una Entrega

Poder proveerle con servicio consistente y de confianza es una de nuestras metas principales. Si por alguna razón usted no estará en casa para recibir nuestras comidas, es extremadamente importante que usted nos llame para cancelar esa comida o para poner nueva cita de entrega. Fallar hacer eso resulta en el desperdicio de comida y la suspensión temporánea de su servicio.

Todos los clientes quienes necesitan cancelar una entrega de comida por que no van a estar en casa durante la hora regular de entrega tienen que llamarle a **Carolyn Smith , Marisol Olivera o a Sarah Montgomery en Servicios al Cliente al 617-522-7777**. Clientes deben de llamar tan temprano posible y no más tarde que las 8:00 AM el día de entrega. Si usted no puede comunicarse con Carolyn, Marisol o Sarah directamente por favor deja un mensaje en su buzón de voice mail. Cancelar una entrega como se dirigen los reglamentos se considerará una entrega faltada con excusa y no impactará su programa de entrega de comidas.

Una **entrega faltada sin excusa** es cuando nosotros atentamos a entregar su comida en su día de entrega regular y usted o una persona designada por usted no esta en casa para recibirlo. Si usted falta una entrega de comida por causa de emergencia médica, se puede cambiar la entrega faltada sin excusa a ser una entrega faltada con excusa si se presenta documentación médica. **Nosotros no haremos una cita nueva para entrega o re-entregaremos una comida de entrega faltada sin excusa.** Usted si tiene la opción de recoger su comida faltada pero tiene que llamar primero.

Clientes quienes recogen comidas en Community Servings – Por favor sean avisados que la póliza de entrega faltada para clientes quienes reciben sus comidas por semana también se aplica a los clientes quienes recogen comidas en la oficina de Community Servings.

Para Clientes de Entrega por Semana:

1. Primera vez que se Falta la Entrega: Si hay 2 entregas faltadas sin excusa en un mes, El cliente recibirá una tarjeta postal de Servicios al Cliente notificándole que se suspenderán las comidas si se faltan más entregas.
2. Segunda vez que se Falta la Entrega: Si hay 4 entregas faltadas sin excusa en dos meses, se suspenderá la entrega de comida. El cliente tendrá que comunicarse con Servicios al Cliente para empezar de nuevo la entrega de comidas
3. Tercera vez que se Falta la Entrega: Si hay 6 entregas faltadas sin excusa en tres meses, se parará la entrega de comida. El cliente tendrá que comunicarse con Servicios al Cliente para presentar de nuevo los documentos de aplicación por cliente.

Por favor, leer, firmar y enviar

Para Clientes de Entrega Diaria:

1. Primera vez que se Falta la Entrega: Si hay 2 entregadas faltadas sin excusa en una semana, El cliente recibirá una tarjeta postal de Servicios al Cliente notificándole que se suspenderán las comidas si se faltan más entregas
2. Segunda vez que se Falta la Entrega: Si hay 4 entregadas faltadas sin excusa en dos semanas, entrega de comida se suspenderá El cliente tendrá que comunicarse con Servicios al Cliente para empezar de nuevo la entrega de comidas
3. Tercera vez que se Falta la Entrega: Si hay 6 entregadas faltadas sin excusa en tres semanas, se parará la entrega de comida. El cliente tendrá que comunicarse con Servicios al Cliente para presentar de nuevo los documentos de aplicación por cliente.

Community Servings también reserva el derecho de cambiar al cliente de entrega de comida por día a entrega de comida por semana, si consistentemente falta las entregas ese cliente.

Además de la situaciones presentadas arriba, fallar de forma continuosa en informarles a Servicios al Cliente que no estará en casa para recibir su comida resultará en la suspensión de su servicio de comidas.

Durante la suspensión de entrega de comida:

- **Clientes tienen la opción de venir a la oficina de Community Servings para recoger sus comidas.** Si deciden recoger a sus comidas durante este tiempo tienen que llamar por lo menos 24 horas en avance de cuando van a recoger su comida. Fallar de presentarse para la cita de recoger su comida se considerará como una entrega faltada sin excusa.
- **Clientes quienes no se comunican con Servicios al Cliente dentro de 30 días** serán considerados en estado inactivo y tendrán que presentar todos los documentos de Nuevo para re empezar la entrega de comida .

He leído y acepto la Póliza de Entrega de Comida Faltada.

Firma de Cliente

Fecha

Por favor, leer, firmar y enviar

Autorización del Cliente Para Permiso

A ser completado por clientes con VIH/SIDA.:

Yo, _____, autorizo a los empleados de Community Servings de permitir a los de Ryan White Part A o al Departamento de Salud del estado de Massachusetts o su designado a tener acceso a mi registro del cliente para revisarlo. Los propósitos del reviso son solamente para vigilancia. El reviso puede incluir información como nombre estado de VIH y diagnosis pertinente, tratamiento para abuso de sustancia, cuidado y tratamiento médico, circunstancias económicas, arreglos de vivienda, o otra información que sea solicitada. Yo entiendo que el reviso de información será solamente de vista y que no se copiarán los registros y no se registrará información pertinente a mí.

La autorización para descargo de información es para reviso de vista nada más y de ninguna manera autoriza a Ryan White Part A o al Departamento de Salud del estado de Massachusetts o su designado, el derecho de quitar información o de colegir identificadores personales con excepción de casos de sospecha de fraude o otros actos criminales.

La autorización no divulga ninguna información de tema personal o confidencial a ningún empleado o voluntario quien no ha sido autorizado por haber recibido mi permiso.

Esta autorización durará un ano desde la fecha que yo la firmé abajo. Yo entiendo que no quedo requerido por ley de liberar esta información, pero decido hacerlo por mi propia voluntad. Yo entiendo que puedo revocar permiso en cualquier tiempo con la excepción de cuando la acción tomada ya tenía mi permiso.

Firma del Cliente

Fecha

AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE PARA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, _____, he solicitado servicios de Community Servings.

Yo entiendo que para poder prestar tales servicios, Community Servings tal vez necesitará la liberación de restricción para recibir información acerca de mi de :

(Por favor lista los nombres, números telefónicos y direcciones de las agencias/personas con quien tal vez necesitamos comunicar)

	Nombre de Contacto	Nombre de Agencia y Dirección	Teléfono
1.	<i>Mi Medico Principal</i>		
2.	<i>El/La Encargado/a de mi Caso</i>		
3.	<i>Contacto adicional (si es necesario)</i>		
4.	<i>Contacto adicional (si es necesario)</i>		
5.	<i>Contacto adicional (si es necesario)</i>		

Yo entiendo y estoy de acuerdo que Community Servings puede divulgar información acerca de mi condición y circunstancia física, psicológica económica y legal, incluyendo mi estado de SIDA(HIV/AIDS) y historia de uso de sustancias.

Yo permito esta autorización basado en la condición de que Community Servings tomará todo cuidado apropiado, en todo tiempo para proteger mis derechos a privacidad y confidencialidad.

Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en forma escrita en cualquier momento con excepción de cuando Community Servings ya ha divulgado información basado en este acuerdo.

Además, si no esta específicamente declarado, esta Formulario de Liberación estará vigente por un año desde la fecha en que esta firmado.

Firmado: _____

Fecha: _____