

SOLICITUD DE SERVICIO PARA MEALS ON WHEELS

Nombre del Cliente _____

Apellido

Nombre

Inicial

Título

Domicilio _____ Apto _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono _____ Teléfono celular- _____

SS# _____ - _____ - _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Raza _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Cómo llegar a la casa (Incluye la calle cruzando, código para entrar en el edificio de apartamentos, instrucciones especiales, etc.)

¿Hay animales en casa? Sí [] No [] ¿Qué tipo de animal? _____

¿Necesita asistencia con alimento para los animales? Sí [] No []

¿Necesitas ayuda con las comidas? Sí [] No [] ¿Qué tipo de ayuda? _____

¿El cliente habla inglés? Sí [] No [] ¿Habla otra idioma? _____

¿El cliente tiene acceso a un refrigerador? Sí [] No []

¿El cliente, cómo obtiene comida por el fin de semana? _____

¿El cliente tiene dificultad para abrir la puerta? Sí [] No [] Especifique la dificultad _____

¿Cómo debe entrar los voluntarios en la casa? (Llave, etc.) _____

¿El cliente va dejar una llave? Sí [] No []

CONTACTO DE EMERGENCIA (Persona #1) ¿Tiene la llave de su casa? Sí [] No []

Nombre _____ Relación _____

Domicilio _____ Apto _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono Hogar _____ Trabajo _____ Teléfono celular _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Persona #2) ¿Tiene la llave de su casa? Sí [] No []

Nombre _____ Relación _____

Domicilio _____ Apto _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono Hogar _____ Trabajo _____ Teléfono celular _____

¿El cliente vive solo? Sí [] No [] ¿Otros miembros viviendo en el hogar? _____

¿Por qué los otros miembros del hogar no pueden preparar comidas para el cliente? (ejemplo el trabajo o para la salud, etc.) _____

¿Por qué necesita el servicio? _____ ¿Cómo se enteró de MOW? _____

Pedidos Especial Comida Kosher [] Bajo en sal [] Bajo en azúcar [] Sin Puerco [] Sin Pescado []

Días Requeridos Lunes [] Martes [] Miércoles [] Jueves [] Viernes [] Fin de Semana []

Nombre del Medico _____ Teléfono _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

PROBLEMAS MEDICOS

ARTRITIS	Sí [] No []	ALTA PRESION	Si [] No []
ENFERMEDAD CARDIACA	Sí [] No []	ENFERMEDAD PULOMAR	Sí [] No []
ENFARTO	Sí [] No []	DIABETES	Sí [] No []
ATAQUES	Sí [] No []	CIRUGÍA	Sí [] No []
CANCER	Sí [] No []	CONFUSIÓN	Sí [] No []
DEPRESIÓN	Sí [] No []	AMPUTADO	Sí [] No []
ALZHEIMERS	Sí [] No []	ALCOHOLISMO	Sí [] No []
CATARATA	Sí [] No []	ENFERMEDAD DE PARKINSON	Sí [] No []

OTRAS PROBLEMAS MEDICOS _____

VISION Buena [] Adecuada [] Limitado [] Ninguna []	Anteojos Sí [] No []
AUDIENCIA Buena [] Adecuada [] Limitado [] Ninguna []	Aparato par Oír Sí [] No []
MOVILIDAD Buena [] Adecuada [] Limitado [] Ninguna []	Aparato para Caminar Sí [] No [] _____

SERVICIOS NECESARIO (Ayuda solicitado)

- _____
- _____

OTRAS NECESIDADES _____

OTRAS AGENCIAS APOYANDO

Agencia _____ Teléfono _____
Tipo de Ayuda _____ Frecuencia _____ Trabajador Social _____

Agencia _____ Teléfono _____
Tipo de Ayuda _____ Frecuencia _____ Trabajador Social _____

INGRESOS Y GASTOS MENSUAL

(Si lo prefieres, no información financiera es requerida para pagar la cantidad completa. [])

INGRESO	CLIENT	CÓNYUGE	INGRESO	CLIENT	CÓNYUGE
Seguro Social	\$ _____	\$ _____	Dividendos	\$ _____	\$ _____
SSI	\$ _____	\$ _____	Interés	\$ _____	\$ _____
Pensiones	\$ _____	\$ _____	Cupones de Alimentos	\$ _____	\$ _____
Otro/Otra	\$ _____	\$ _____	TOTALES	\$ _____	\$ _____

GASTOS

Vivienda \$ _____ Gas y Petroleó \$ _____ Electricidad \$ _____ Agua \$ _____
Impuestos \$ _____ Seguro \$ _____ Teléfono \$ _____ Transportación \$ _____
Promedio Mensual de Medicamentos \$ _____ Promedio Mensual de Medico \$ _____
La Atención Personal/Médica \$ _____ Alimentos \$ _____ Productos de Limpieza \$ _____
Ropa/Zapatos/Etc. \$ 86 Productos y Servicios Personales \$ 32 Misceláneo \$ 87
Otro/Otra (Especifica) \$ _____

Ingresos Total _____ **Gastos Total** _____ **Total de Ingresos Disponible** _____

Persona responsable de la Cuota: Nombre _____ Domicilio _____

Teléfonos (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

REFERIDO POR: Nombre _____ Agencia _____ Teléfono _____

INFORMACION TOMADA POR: _____ FECHA: _____