



FORMULARIO DE INSCRIPCION DE NOLP
1 de marzo de 2019 – 29 de febrero de 2020

NOLP # _____

INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre _____

Edad _____

Género: M F Trans M a F Trans F a M No binarias

Fecha de nacimiento _____

N° del Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____

Código postal _____

(_____) _____
Teléfono

¿Podemos llamarlo/a? SI NO

¿Podemos dar el nombre de la agencia, APLA Health? SI NO

Contacto de emergencia _____

¿Qué parentesco tiene contigo? _____

(_____) _____
Teléfono

¿Sabe de su estatus de HIV? SI NO

¿Se puede revelar? SI NO

Raza:

- Blanca
- Negra / Afroamericano
- Nativo americano / Alaska
- Nativo hawaiano / Isleño del Pacífico
- Asiática
- Otro (especifique) _____

¿Descendiente de latino/hispano? SI NO

Nivel de educación:

- Ninguno
- Primaria / secundaria
- Empezó preparatoria
- Acabo la preparatoria / GED
- Colegio / escuela técnica
- Título universitario
- Máster / Doctorado

País de nacimiento _____

Tiempo en los EE.UU. _____

Número total de dependientes legales: _____ Edad de los dependientes: _____

\$ _____
Ingreso mensual

\$ _____
Ingresos anuales

¿Es usted un veterano? SI NO

¿Es usted crónicamente sin hogar? SI NO

¿Es usted un sobreviviente de la violencia doméstica? SI NO

Encarcelación: Nunca Encarcelado dentro de 6 meses Encarcelado dentro de dos años Encarcelado hace más dos años**Situaciones de vida recientes:** Renta (apart, casa o habitación) Cliente propietario de vivienda Refugio de emergencia (vale para motel) Vivienda transitoria para personas sin hogar Establecimiento para atención psiquiátrica o drogadicción Otro (especifique) _____ Vive en casa de amigos / familiares Sin hogar(calle, auto, bus) Hotel/Motel (no pago con vales) Refugio / vivienda de atención permanente Cárcel / prisión / penitenciaria juvenil**Número de dormitorios:** _____**Seguro de salud:** Privado Medicare Medi-Cal Otro seguro público ADAP Healthy Way LA Otro Desconoce Ningún seguro_____
Cobertura inicia_____
Cobertura termina**ACUERDO SOBRE SERVICIOS AL CLIENTE – Cómo trabaja el programa**

NOLP es un servicio complementario asistencial de alimentos, acompañado de un programa educativo en nutrición diseñado para servir a individuos que califiquen para este beneficio, con bajos ingresos y vivan con el VIH/SIDA en el condado de Los Ángeles.

CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD

Para calificar y recibir asistencia alimentaria a través de programa Vance North Necessities of Life Program (NOLP), se necesitan los siguientes documentos para demostrar la elegibilidad.

Toda documentación deberá de estar fechada entre 1 marzo 2019 y 29 febrero 2020.

1. **Identificación con foto** (licencia de manejar, matricula consular, tarjeta de autobus)
2. **Prueba de ingresos**
3. **Prueba de domicilio actual** (factura de gas, aguas, o luz, arrendamiento de renta, o una carta de su proveedor de servicios residenciales o centro de tratamiento)
4. Tener una **evaluación nutricional** realizada y firmada por un dietista/nutricionista o proveedor de salud del establecimiento en el cual recibe atención de su salud, o **Formas firmadas de clase de nutrición de APLA**. Un empleado de NOLP le asistirá con información de las clases.
5. El **formulario de diagnóstico** (*Solamente cuando solicita los servicios por primera vez o si ha dejado de usar el programa por más de un año.)

Evaluación actualizada de elegibilidad para NOLP

- El envío de una evaluación actualizada de elegibilidad para NOLP, cada año, es su responsabilidad.
- En el caso que no reciba un recordatorio de NOLP sobre las fechas de presentación de renovación de documentos, usted deberá de todos modos enviar dicha información. Si no está seguro sobre las fechas de renovación, por favor pregunte a un miembro del personal de NOLP.



_____ ***Mis iniciales indican que he leído y entendido estos requisitos.***

Tarjeta de NOLP

Una vez inscripto le será otorgada una tarjeta identificadora. La tarjeta de NOLP es individual y se utiliza para acceder al programa. Usted tendrá que mostrar su tarjeta identificadora para recibir los servicios de NOLP. Si está incapacitado/a para retirar sus alimentos en los sitios de NOLP, puede enviar a otra persona en su nombre. La persona substituta deberá presentar una nota escrita por usted, aclarando que la misma puede retirar los alimentos en su ausencia, y también deberá mostrar su tarjeta de NOLP.

Prestación de servicios

Una vez otorgada la tarjeta identificadora de NOLP, usted está listo para retirar productos del almacén. Presente su tarjeta a un miembro del personal de NOLP, firme su vale (voucher) y cualquier otra documentación que le soliciten. Los clientes de NOLP pueden recoger sus productos del almacén una vez por semana. Durante su visita, recibirá una variedad de diferentes productos. Estos incluyen: productos frescos, enlatados, pasta, arroz, frijoles secos, carnes congeladas, bebidas, refrigerios, y una variedad de productos para la higiene personal y limpieza.

Procedimiento de quejas

Si el cliente tuviera una queja hacia el personal, voluntarios o el programa, el mismo tendría que resolver dicho reclamo con el empleado del lugar. Si no se alcanzara una solución, el cliente podría contactar al Coordinador Administrativo. Y, si aún así no se consiguiera una solución, el cliente debería contactar al Administrador del Programa. Si tiene preguntas o requiere más información por favor llame al 213.201.1433.

Finalización

APLA se reserva el derecho a la suspensión/terminación de los privilegios del cliente a retirar sus alimentos, si existe evidencia de abuso o uso inapropiado (por ej.: robo, venta de los alimentos de NOLP, comportamiento inapropiado). Abuso verbal o amenazas al personal de NOLP, voluntarios u otros clientes, serán causa de suspensión de los servicios de NOLP.

Determinación de tarifa

Toda la comida y servicios educativos de nutrición que son proveídos a través del programa Vance North Necessities of Life Program (NOLP) son gratis y sin ningún costo.

Locales y Horarios

San Fernando Valley: 7336 Bellaire Ave, North Hollywood 91605
Jueves: 10:30 AM – 5:30 PM

Mid-City L.A.: Geffen Center, 611 S. Kingsley Drive, Los Angeles 90005
Miércoles y viernes*: 10:30 AM – 12 PM, 1:30 PM – 5:30 PM
**Cerrado el primero viernes del mes.*

Long Beach: AIDS Food Store in Long Beach
1066 Atlantic Avenue Suite A, Long Beach 90813
Martes: 10:30 AM – 12 PM, 1:30 PM – 3:00 PM

South LA: OASIS Clinic
1807 E 120th Street, Los Angeles 90059
Jueves: 10:30 AM – 1:00 PM

Nuestros socios comunitarios distribuyen NOLP en Claremont, Lancaster, Pasadena, Pomona, y Santa Monica. Favor de comunicarse al 213.201.1433.

 _____
Firma del cliente


Fecha

Representante de la agencia

Fecha

Casewatch Millennium®

Consentimiento del Cliente Para Compartir o No Compartir Información

 Yo, _____ (nombre en letra de molde) deseo inscribirme con el “Ryan White Program/Casewatch Millennium®” para recibir servicios del Programa del Ryan White o del Departamento de Salud Pública (DPH), División de Programas de VIH y ETS (DHSP). Al registrarme me pedirán información personal, incluyendo mi nombre, raza, género, fecha de nacimiento, ingreso y otra información demográfica. Dependiendo de la agencia o programa con el que me inscribo, también me pueden preguntar sobre mi recuento de células CD4, carga viral, uso de medicamentos para el VIH, comportamientos de riesgo, mi condición general física y médica e historial médico.

Además de proveer información, proveeré una carta original de mi diagnóstico firmada y fechada por mi doctor, o me haré una prueba de sangre que muestre que soy VIH positivo. Al firmar este formulario, verifico que resido en el Condado de Los Ángeles.

Entiendo que hay ciertos servicios disponibles para parejas VIH-negativas, miembros de la familia, u otras personas a cargo afectados por el VIH, y la registración e información sobre servicios para estos clientes no será compartida con otras agencias independientemente de mi decisión de compartir mi información. Entiendo que mi nombre e información no será compartida fuera del sistema de Ryan White Program/Casewatch Millennium® a menos que yo provea un consentimiento específico para tal revelación. Una lista de agencias de Ryan White Program/Casewatch Millennium® está disponible a petición.

Además, como condición de recibir servicios del Programa de Ryan White, doy mi consentimiento para que mi información se ponga a disposición del departamento de salud local, agentes del fisco que proveen fondos para los servicios que recibo, a DPH/DHSP, y al Departamento de Salud Pública del Estado de California (CDPH), Oficina del SIDA del Estado de California, Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA (ARIES) para la presentación de informes obligatorios sobre el tratamiento y cuidado, monitoreo del programa, análisis estadístico y actividades de investigación. Esta información incluye el mínimo necesario, pero no se limita al género, origen étnico, fecha de nacimiento, código postal, diagnóstico, y datos de servicio. Ninguna información de identificación, tal como su nombre y número de seguro social, será publicada o usada en mi contra sin mi consentimiento, salvo lo permitido por ley.

Entiendo que al rúbricar “ESTOY DE ACUERDO y ENTIENDO” en la línea siguiente, información pertinente a mi salud, incluyendo estatus de VIH e ingreso será compartida con el departamento de salud local, agentes del fisco que proveen fondos para los servicios que recibo, el Departamento de Salud Pública, División de Programas de VIH y ETS, y el Departamento de Salud Pública del Estado de California (CDPH), Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA (ARIES) cuando yo solicite registración para cuidado o acceso a servicios en una agencia de Programas de Ryan White. Solamente personal autorizado en cada agencia tendrá acceso a mi información cuando sea necesario. La información compartida puede incluir información sobre servicios recibidos o sobre mi tratamiento en una agencia en particular. Salud mental, servicios legales y/o abuso de sustancias será compartido según lo permitido por ley. En la mayoría de los casos, no será necesario volver a registrarse (en Casewatch Millennium®) o proveer una carta confirmando el diagnóstico de VIH cuando yo requiera servicios de una agencia que provea servicios con fondos del Programa de Ryan White o del DPH/ División de Programas de VIH y ETS.

 _____ **ESTOY DE ACUERDO Y ENTIENDO**

Mi registración en el Programa de Ryan White/Casewatch Millennium® no garantiza los servicios de ninguna agencia. Listas de espera o los requisitos de elegibilidad pueden excluirme de los servicios de otras agencias de Ryan White Program/Casewatch Millennium®.

Con mi firma reconozco que me han ofrecido una copia de este consentimiento, y lo he discutido con la persona indicada abajo. Entiendo que este formulario será guardado en mi expediente y mi consentimiento quedará en efecto por tres (3) años partir de la fecha de mi firma.

 _____
Firma del cliente o padre/guardián de niño menor

Fecha

For Local Health Care Agency Use Only:

Administered By

Agency Name

Signature

Date

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE HIPAA

La Acta de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), estableció un “Reglamento Privado” para ayudar a asegurar que la privacidad de la información personal médica esté protegida. El reglamento privado también fue creado para proveer estándares que permitan a ciertos proveedores de la atención de la salud obtener el consentimiento de sus pacientes para revelar y utilizar su información médica con el fin de poder proveer tratamiento, pagos u operaciones relacionadas a la atención de la salud.

Queremos que usted, nuestro paciente, sepa que nosotros respetamos la privacidad de su información personal médica y haremos todo lo posible para asegurar la seguridad y protección de su privacidad. Siempre nos esforzamos en tomar las precauciones necesarias para proteger su privacidad. Cuando es apropiado o necesario, ofrecemos la información mínima-necesaria solamente a aquellos que nosotros consideramos que necesiten su información médica con respecto a tratamiento, pagos u operaciones relacionadas a la atención de la salud para poder proveer cuidado médico para su beneficio.

Nosotros apoyamos completamente su acceso a sus archivos médicos. Nosotros tal vez tengamos relaciones indirectas de tratamiento con usted (tales como los laboratorios que sólo interactúan con los médicos y no con los pacientes) y tal vez tengamos que proveer información personal médica para el propósito de tratamiento, pagos u operaciones relacionadas a la atención de la salud. La mayoría del tiempo estas entidades no requieren la obtención del consentimiento del paciente.

Usted puede rehusar dar el consentimiento para la utilización y divulgación de su información personal médica; pero esto tiene que hacerlo por escrito. Bajo esta ley, nosotros tenemos el derecho de rehusarnos a ofrecerle los servicios si usted decide rehusarse a la divulgación de la información personal médica. Si usted decide otorgar el consentimiento en este documento, en el futuro, usted puede pedir que se descarte todas o cualquier parte de su información personal médica. Usted no puede revocar acciones que ya se efectuaron y que se basen en este consentimiento o en consentimientos firmados previamente.

Si usted tiene alguna objeción con este formulario, por favor pida hablar con un oficial de HIPAA. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso Privado (Compliance Assurance Notification to Our Patients), para solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito.



Firma del cliente

Fecha



Necessities of Life Program (NOLP)

Fecha _____	Sitio de NOLP: <input type="checkbox"/> David Geffen Center <input type="checkbox"/> N. Hollywood <input type="checkbox"/> South LA <input type="checkbox"/> Long Beach <input type="checkbox"/> Common Ground <input type="checkbox"/> Bartz Altadonna <input type="checkbox"/> FAP <input type="checkbox"/> JWCH
-------------	---

Por favor tome un momento para proporcionar realmentacion sobre su experiencia recibiendo servicios desde NOLP.

1. *Que siguido recibe comida de APLA cada mes?*

1x 2x 3x 4x

2. *Cual porcentaje de comida de NOLP es usada por usted?*

Menos de 50% 50-75% mas de 75%

3. *Usa las recetas que NOLP reparte?*

Si No

4. *Usa las hojas de Information Nutricional que NOLP reparte?*

Si No

En el future, que clase de recetas y Informacion Nutricional le gustaria que NOLP proveer? _____

Valore en escala de 4 (totalmente de acuerdo) a 1 (muy en desacuerdo):	Totalmente De Acuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
<i>1</i> NOLP me ha servido en tiempo adecuado	4	3	2	1
<i>2</i> NOLP es amable	4	3	2	1
<i>3</i> NOLP me han dado un mejor conocimiento a lo importante que es la nutricion a la VIH	4	3	2	1
<i>4</i> Estoy satisfecha/o con la comida que recibo de NOLP. Por favor use el espacio abajo para comentarios que tenga.	4	3	2	1

Quisiera recibir mas de: _____

Quisiera recibir menos de: _____

Por favor escribe comentarios adicionales en este espacio:

Referencias Pedidas Necessities of Life Program (NOLP)

Fecha _____	Sitio NOLP: <input type="checkbox"/> David Geffen Center <input type="checkbox"/> N. Hollywood <input type="checkbox"/> South LA <input type="checkbox"/> Long Beach <input type="checkbox"/> Common Ground <input type="checkbox"/> Bartz Altadonna <input type="checkbox"/> FAP <input type="checkbox"/> JWCH
-------------	--

1. Que tipo de referencias o servicios adicional les podriamos ofrecer?

- Otros Proveedores de Comida
- Consejo de Nutricion
- Beneficios (Seguro Social, Seguro de Salud, Inscripcion ADAP, Cal Fresh/Estampillas para alimentos)
- Alojamiento
- Salud de Casa
- Dental
- Atencion Medica
- Salud de Comportamiento
- Servicios de Consejo/Terapia
- Transporte
- No necesito otros servicios en este momento

Si tiene interes en otras referencias, por favor complete las proximas 5 preguntas.
Si no, por favor vaya al fondo de la pagina y firme.

2. Nombre del Cliente:

3. Fecha de Nacimiento:

4. Numero de Telefono:

5. Tenemos permiso de llamarle? Si No

6. Tenemos permiso de dejar mensaje? Si No

Reconozco que APLA Health me ofreció referencias a otros servicios. (Por favor marca la caja)

Firme del Cliente _____ Fecha _____