



**FORMULARIO DE INSCRIPCION DE NOLP /
NOLP ACTUALIZACIÓN DE 6 MESES
1 de marzo de 2020 – 28 de febrero de 2021**

NOLP # _____

INFORMACION DEL CLIENTE		\$ _____ Ingreso mensual	Fuente de Ingresos <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> General Relief <input type="checkbox"/> Trabajo / Desempleo <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Other
Nombre _____		Edad _____	
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Trans M a F <input type="checkbox"/> Trans F a M <input type="checkbox"/> No binarias			
Fecha de nacimiento _____	N° del Seguro Social _____	Correo Electronico (no puede garantizar la privacidad) _____	
Dirección _____			
Ciudad _____	Código postal _____	Teléfono Celular (_____) _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Podemos <u>llamarlo/a</u> , mandar <u>texto</u> , y <u>correo electrónico</u> ?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Podemos dar el nombre de la agencia, APLA Health?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Contacto de emergencia _____		¿Qué parentesco tiene contigo? _____	
(_____) _____	¿Sabe de su estatus de HIV?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Teléfono _____	¿Se puede revelar?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Raza:		Nivel de educación:	
<input type="checkbox"/> Blanca		<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Negra / Afroamericano		<input type="checkbox"/> Primaria / secundaria	
<input type="checkbox"/> Nativo americano / Alaska		<input type="checkbox"/> Empezó preparatoria	
<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano / Isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Acabo la preparatoria / GED	
<input type="checkbox"/> Asiática		<input type="checkbox"/> Colegio / escuela técnica	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		<input type="checkbox"/> Título universitario	
¿Descendiente de latino/hispano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Máster / Doctorado	
País de nacimiento _____		Tiempo en los EE.UU. _____	
Número total de dependientes legales: _____		Edad de los dependientes: _____	
¿Es usted un veterano?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Es usted crónicamente sin hogar?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Es usted un sobreviviente de la violencia doméstica?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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** _____ **Fecha de primer diagnóstico positivo**
- _____ **Cobertura termina** _____ **¿Ha visitado a su médico en los últimos 6 meses?** SI NO

Mi firma a continuación indica mi comprensión de

- **La dirección y los ingresos aquí contenidos son precisos,**
- **Contrato de Servicios al Cliente de NOLP (adjunto en este documento, páginas 3 – 4),**
- **Casewatch Millennium® Formulario de Consentimiento para Compartir/No Compartir del Cliente (adjunto en este documento, páginas 4 – 5),**
- **Consentimiento HIPAA (adjunto aquí, página 6)**



Impresión del cliente _____
Fecha

Firma del cliente o padre/tutor del menor _____
Fecha

SOLO PERSONAL (DEBAJO DE ESTA LINEA)

Administrado por (impresión del personal) _____
Nombre de la agencia

Firma del personal _____
Fecha

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 2020 y 28 febrero 2021.

1. **Identificación con foto** (licencia de manejar, matricula consular, tarjeta de autobus)
2. Finalización de documento **FORMULARIO DE INSCRIPCION DE NOLP / NOLP ACTUALIZACIÓN DE 6 MESES** (este documento)
3. 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.
4. El **formulario de diagnóstico** (*Solamente cuando solicita los servicios por primera vez.)

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.

NOLP Ubicaciones y Horarios

David Geffen Center
611 S Kingsley Dr
Los Angeles, CA 90005
Miercoles 10am - 5pm
Viernes* 10am - 5pm

South Los Angeles
1741 E 120th St
Los Angeles, CA 90059
Cada Jueves
10:30am - 1pm

San Fernando Valley
7336 Bellaire Ave
North Hollywood, CA 91605
Cada Jueves
10am - 4:30pm

Long Beach
590 E. Willow St.
Long Beach, CA 90806
Cada Martes
9am - 2pm

Hollywood
922 Vine St.
Los Angeles, CA 90037
Cada Sabado 12pm - 4pm

Pasadena
1845 N. Fair Oaks G-125
Pasadena, CA 91103
Cada Viernes 9am - 2pm

Claremont
233 W. Harrison Ave.
Claremont, CA 91711
2do y 4to Miercoles
del mes 2pm - 4pm

Lancaster
858 W. Jackman St.
Lancaster, CA 93534
1er y 3er Jueves
del mes 10am - 2pm

East Hollywood
954 N. Vermont Ave.
Los Angeles, CA 90029
2do y 4to Viernes
del mes 10am - 2pm

Common Ground Venice
622 Rose Ave.
Venice, CA 90291
3er Jueves
del mes 1pm - 3pm

**Nota: David Geffen Center esta abierto con horas limitadas el primer Viernes de cada mes desde 9:30am to 12:30pm efectivo 2 de octubre de 2020.*

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

Casewatch Millennium®

Consentimiento del Cliente Para Compartir o No Compartir Información

Yo 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.

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.

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.