



**FORMULARIO DE INSCRIPCION DE NOLP**

**1 de marzo de 2024 – 28 de febrero de 2025**

NOLP # \_\_\_\_\_

IDIOMA PREFERIDO

Ingles  Espanol

Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL CLIENTE**

\_\_\_\_\_  
**Primer Nombre**      **M.I.**      **Apellido**      **Fecha de nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Pronombre(s)**      **Nombre elegido**      **Numero del Seguro Social**

**Sexo de nacimiento:**  M       F       No binarias       Preferia no decir

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

**Raza:**

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

**Nivel de educación:**

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

¿Descendiente de latino/hispano?  SI  NO

\_\_\_\_\_  
**País de nacimiento**      **Tiempo en los EE.UU.**

\_\_\_\_\_  
**Dirección**      **Dept./Unid #**

\_\_\_\_\_  
**Ciudad**      **Estada**      **Código postal**

**BREVE HISTORIA**

- Nunca
- Encarcelado dentro de 6 meses
- Encarcelado dentro de dos años
- Encarcelado hace más dos años

**PREFERENCIA DE COMUNICACION**

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Teléfono Celular**       SI       NO      **Correo Electronico** (no puede garantizar la privacidad)

¿Podemos llamarlo/a, mandar texto, y correo electrónico?       SI       NO

¿Podemos llamarlo/a, mandar texto, y correo electrónico por la noche?       SI       NO

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

**INGRESOS Y DEPENDIENTES**

**Fuente de Ingresos**

\$ \_\_\_\_\_      \$ \_\_\_\_\_  
**Ingreso mensual**      **Ingreso anual**

Numero total de dependientes legales: \_\_\_\_\_

Edad de los dependientes: \_\_\_\_\_

- SSI       SSDI       SSD       Desempleados(as)
- Alivio general       Trabajadores por cuenta propia
- Empleado(a)
- Otro: \_\_\_\_\_       Comp. de veteranos

|                                 |  |   |  |
|---------------------------------|--|---|--|
| <b>SITUACIÓN DE VIDA ACTUAL</b> | <input type="checkbox"/> Renta (apart., casa, o habitación) <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Vive en casa de amigos / familiares (sin renta)</span><br><input type="checkbox"/> Cliente propietario de vivienda <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Sin hogar (calle, auto, bus)</span><br><input type="checkbox"/> Refugio de emergencia (cupon para motel) <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Hotel / Motel (no pago con vales)</span><br><input type="checkbox"/> Vivienda transitoria para personas sin hogar <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Vivienda permanente (Shelter+Care, SRO)</span><br><input type="checkbox"/> Establecimiento para atención psiquiatrica o drogadiccion <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Cárcel / prisión / penitenciaria juvenil</span><br><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <span style="margin-left: 50px;"><b>Numero de dormitorios:</b> _____</span> |   |  |
| <b>BREVE INFORMACIÓN MÉDICA</b> | <b>Fecha de primer diagnostico positivo:</b><br>_____  | <b>Plan de inscripción de seguro médico</b><br><input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> ADAP <input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Healthy Way LA <input type="checkbox"/> Otro seguro público<br><input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Insurance<br><br><b>Cobertura inicia</b> _____ <b>Cobertura termina</b> _____ | <b>¿Esta asistiendo a una clinica de salud de APLA (GCHC, Olympic, Long Beach)?</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br><b>¿Ha visitado a su medico en los ultimos 6 meses?</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>   | <input type="checkbox"/> Negarse a proporcionar _____<br><b>Contacto de emergencia</b> _____<br>(_____) _____ <b>Idioma Preferido</b> <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro _____   |   | <b>¿Sabe de su estatus de HIV?</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br><b>¿Se puede revelar?</b><br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |
| <b>HISTORIAL DEL CLIENTE</b>    | <b>¿Es usted un veterano?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br><b>¿Es usted crónicamente sin hogar?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br><b>¿Es usted un sobreviviente de la violencia de pareja intima?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Mi firma a continuación indica mi comprensión de</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato de Servicios al Cliente de NOLP (adjunto en este documento, página 3).</li> <li>• Casewatch Millennium® Formulario de Consentimiento para Compartir/No Compartir del cliente (adjunto en este documento, página 4)</li> <li>• Consentimiento HIPAA (adjunto aquí, página 5).</li> <li>• Consiento a recibir Servicios de Banco de Comida y Apoyo de Nutrición.</li> <li>• Comprendo que puedo recibir copias de paginas 3-5 si las solicito.</li> </ul> | <b>¿Como escuchaste del programa NOLP?</b><br><input type="checkbox"/> Volante<br><input type="checkbox"/> Proveedor(a) - (Especifique): _____<br><input type="checkbox"/> Personal de NOLP: _____<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--|--|



|  |       |
|--|-------|
| Impresión del cliente                    | Fecha |
| Firma de cliente o padre/tutor del menor | Fecha |

**SOLO PERSONAL (DEBAJO DE ESTA LÍNEA)**

|                                    |             |
|------------------------------------|-------------|
| Administered By (Staff Print Name) | Agency Name |
| Signature of Staff                 | Date        |

# 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 NOLP, se necesitan los siguientes documentos para demostrar la elegibilidad. **Toda documentación deberá de estar fechada entre 1 marzo 2024 y 28 febrero 2025**

- 1. Identificación con foto**
- 2. Finalización de documento FORMULARIO DE INSCRIPCION DE NOLP**
- 3. Comprobante de Ingreso o declaración jurada**
- 4. Comprobante de Residencia o declaración jurada**
- 5. Opciones de Nutrición:** Completar el documento de nutrición rápida; asistir a una clase de nutrición; cita con uno de nuestros dietistas.
- 6. Comprobante de infección del VIH se necesita para clientes nuevos a NOLP:** Carta del diagnóstico del VIH firmado por su Médico, Asistente Medico, Enfermera Registrada o resultados del laboratorio indicando el estado del VIH, cuenta CD4, carga viral del VIH, y el tipo de examen de carga viral administrado dentro de los últimos 12 meses o dos exámenes rápidos algorítmicos con resultados demostrando resultados positivos. Los dos exámenes deben indicar el nombre de la agencia, nombre del consejero de VIH, y el nombre del cliente. (Solo necesario si se esta registrando 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 que incluye traer un arma de cualquier tipo y usar alcohol/drogas o estar bajo la influencia de alcohol/drogas en un sitio de distribución). Abuso verbal, violencia física o amenazas al personal de NOLP, voluntarios, aprendizas, contratistas, o 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.

**David Geffen Center**  
611 S. Kingsley Dr. Los Angeles, CA 90005  
Every Wednesday and Friday from 10:00 AM - 12:00PM  
1:00PM-5:00PM

\*Closed 1st Friday of the month

**Hollywood**  
922 Vine St. Los Angeles, CA 90038  
Every Saturday from 12:00 PM - 3:00 PM

**Pasadena**  
1845 N. Fair Oaks., G-125 Pasadena, CA 91103  
Every Friday from 9:00 AM - 12:00 PM & 1:00 PM - 3:00 PM

**Lancaster**  
45104 10th Street West Lancaster, CA 93534  
Thursdays from 9:00 AM - 12:00 PM & 1:00 PM - 3:00 PM

**San Fernando Valley**  
7336 Bellaire Ave North Hollywood, CA 91605  
Every Thursday from 10:00 AM - 4:30 PM

\*Every third Thursday from 10:00 AM - 3:30 PM & 4:30 PM - 5:30 PM

**Claremont**  
233 W. Harrison Ave. Claremont, CA 91711  
The 2nd and 4th Wednesday of the month 1:30 PM - 3:30 PM

**Long Beach**  
590 E. Willow St. Long Beach, CA 90806  
Tuesdays only from 9:00 AM - 2:00 PM

**South Los Angeles**  
1679 E. 120th St. Los Angeles, CA 90059  
Every Thursday from 10:00 AM - 12:00 PM & 1:30 PM - 4:00 PM

\*Every 3rd Thursday from 10:00 AM - 3:00 PM

**East Hollywood**  
954 N. Vermont Ave. Los Angeles, CA 90029  
Every Wednesday 9:00 AM - 12:00 PM & 1:00 PM - 3:00 PM

Nuestros socios comunitarios distribuyen NOLP en Claremont, Lancaster, Pasadena, 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 siguiendo, 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.