



MEALS ON WHEELS OF CENTRAL INDIANA

MEALSONWHEELSINDY.ORG | INFO@MEALSONWHEELSINDY.ORG

P.O. Box 40969 INDIANAPOLIS, IN 46240 | P: 317.252.5558 F: 317.252.5559

SOLICITUD DEL CLIENTE

Por favor llene todas las paginas completas de esta solicitud y envíelas de regreso a las oficinas de Meals on Wheels en un sobre cerrado con el cheque por \$ 70.00 dólares que cubre el costo de la aplicación y el costo de las primeras dos semanas del programa.

INFORMACION DEL CLIENTE

NOMBRE _____
(Apellido) (Nombre) (Iniciales del segundo nombre)

GENERO _____ (Masculino o femenino)

RAZA: (Marque uno)

American Indian o Alaska Native
Blanco
Afroamericano
Asiático

Hispanic/Latino
Native Hawaiian o otra Isla del Pacifico
Otro _____
Rehusarse a contestar

DIRECCIÓN _____
(Numero y nombre de la calle) (Apartamento o numero de lote)

URBANIZACIÓN SI ES APLICABLE _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ C.P. _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ TELÉFONO _____

MASCOTA? (Marque en un círculo) **SI** o **NO**

Si marca que si, por favor describa a su mascota _____

INFORMACION MEDICA

Por favor marque cualquier condición que tenga:

Amputado	Demencia	Enfermedades	Sordera
Apnea del sueño	Depresión	cardiacas	Presión arterial alta
Artritis	Diabetes	Enfermedades	Parálisis
Asma	Diálisis	autoinmunes	Parkinson
Cáncer	Difícil de	Enfisema	Prediabetes
Tipo: _____	escuchar	Esclerosis múltiple	Abuso de sustancias
Cataratas	Distrofia muscular	Esta usted en cama	VIH (SIDA)
Ceguera	El Alzheimer	todo el tiempo	
Convulsiones	Enfermedad	Golpes	
Deficiencia visual	pulmonar	Hepatitis	

Otros: _____

Por favor seleccione cualquier ayuda actualmente utilizada:

Bastón	Gafas o lentes / lentes de contacto	Silla de ruedas	Marcapasos
Tanque de oxígeno	Audífono (para escuchar mejor)	Andadera	Teléfono TTY

Otras asistencias que use: Mencione si aplica.: _____

INFORMACION ADICIONAL

¿Utilizas un asistente de salud en el hogar o un servicio de enfermería doméstica? **SI** o **NO**

Si usted selecciono que sí, mencione cual: _____

INFORMACION DEL MEDICO

NOMBRE _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ C.P. _____

TELÉFONO _____ EXTENSIÓN _____ FAX _____

NÚMERO DE PACIENTE _____

NOMBRE DE LA CLÍNICA/HOSPITAL _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ C.P. _____

TELÉFONO DE CASA () _____ TELÉFONO DE TRABAJO () _____

TELÉFONO CELULAR () _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

RELACIÓN CON EL CLIENTE (FAMILIAR, AMIGO, VECINO, ETC.) _____

¿ESTA PERSONA QUE MENCIONO TIENE LLAVES DE SU CASA? **SI** o **NO**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA



Entiendo que Meals on Wheels revisará mi orden de dieta y la información relevante, de acuerdo con estrictas regulaciones de la HIPAA, para facilitar el servicio de las ordenes de comida que se proveen. También entiendo que Meals on Wheels no divulgará ni utilizará, información confidencial indebidamente.



Entiendo que por seguridad de los voluntarios que las mascotas van a estar lejos de la puerta, los voluntarios entregaran las comidas entre 11 a.m. y las 2 p.m. Si no mantengo las mascotas lejos de la puerta el servicio de comidas se suspenderá sin previo aviso.



Entiendo que el servicio de Meals on Wheels tiene un costo y Yo soy responsable por el pago del servicio. Entiendo que, si no realizo el pago a mi cuenta, Meals on Wheels puede suspender el servicio, por medio de una notificación.

FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETÓ ESTA APLICACIÓN: _____

FECHA _____ RELACIÓN CON EL CLIENTE SI USTED NO ES EL CLIENTE _____

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (En caso que sea una persona distinta a usted o el contacto de emergencia)

NOMBRE _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ C.P. _____