



1217 East Elizabeth #11
Fort Collins, CO 80524
(970) 484-6325
www.mealsonwheelsfc.org

¡Gracias por su interés en Meals on Wheels de Fort Collins!

- **Por favor completa y *firma* las tres paginas de la solicitud de inscripción.**
- **En cuanto recibamos su solicitud de inscripción podemos empezar a entregar comida para usted por lo general dentro de 24-48 horas.**
- **Si desea que vayamos a la casa de usted para explicar como funciona todo, por favor háganoslo saber. ¡Estamos aquí para ayudar!**

Por favor llame nuestra oficina si usted tiene preguntas al 970-484-6325.

Gracias. ¡Estamos deseosos para servirle!

Esperamos que la siguiente información le de un mejor entendimiento de nuestro servicio y le ayude a decidir si nuestro programa le satisface sus necesidades.

- La comida se entrega de lunes a viernes, por lo general entre las 11:30a.m. de la mañana y 12:30p.m. de la tarde, incluyendo todos los días festivos entre semana.
- Si usted no ha recibido su comida programada para las 12:30p.m. de la tarde, por favor llame a nuestra oficina para poder averiguar que fue lo que sucedió.
- Nuestra comida esta preparada por el Hospital Poudre Valley y entregada a su casa por medio de nuestros voluntarios.
- Usted puede elegir a recibir comida de 1 a 5 días de la semana.
- Nuestra comida incluye porciones calientes y frías, con menús preparados por un especialista en dietética para una salud óptima.
- Un menú y un boletín informativo son mandados a cada cliente cada mes.
- Para su seguridad le pedimos el nombre y el número de teléfono de dos personas para llamar en caso de emergencia.
- Si el voluntario no se puede comunicar con usted, nosotros llamaremos a sus contactos de emergencia. Si no nos podemos comunicar con ellos, el departamento de policía local de no emergencia se asegurará si usted está bien.
- Si no va a estar en su casa para recibir su comida, por favor llama a nuestra oficina para no tener que hacer amplio seguimiento. Por favor deje una hielera para que su comida se mantenga protegida y en buen estado.
- Puede cancelar nuestro servicio cualquier día que usted desea, pero las cancelaciones deben de ser recibidas antes de 1:00 el día antes.
- Usted tiene la libertad de dejar mensajes en nuestro correo de voz las 24 horas del día – por favor llame para cancelar lo más temprano que pueda.

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR LAS COMIDAS

La edad no es un requisito de elegibilidad para recibir nuestros servicios. Usted califica para nuestros servicios si:

- Está principalmente confinado en la casa.
- Está teniendo dificultad para preparar comidas nutritivas, al grado de que su dieta es deficiente.
- Está teniendo dificultad para ir a comprar comestibles, al grado de que su dieta es deficiente.
- Vive en Fort Collins – La Porte o Wellington.
- Vive en una casa, apartamento, o casa móvil que es segura y accesible para nuestros voluntarios.
- Nosotros podemos satisfacer sus necesidades dietéticas.

COSTO Y FACTURACIÓN

Meals on Wheels Fort Collins es una agencia sin fines de lucro. Dependemos en costos al cliente, donativos, becas, y actividades de recaudación de fondos para proveer este servicio muy importante para la comunidad. Nosotros no somos financiados por ninguna entidad del gobierno.

- El costo del servicio es \$5.00 por cada comida (\$6.00 para comidas grandes) – costos reducidos también son disponibles.
- Si desea ser considerado para un costo reducido, una escala móvil se utiliza de acuerdo a su ingreso bruto para determinar el costo. Por favor incluya una copia de su ingreso bruto mensual con su solicitud de inscripción si desea ser considerado para un costo reducido.
- Las facturas son preparadas al final de cada mes por el número de comidas que recibió durante el mes.
- Usted puede pedir facturación electrónica o de papel.
- Usted puede hacer los pagos con dinero en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito.

Solicitud de Inscripción

TEL: (970) 484-6325

Meals On Wheels Fort Collins
1217 East Elizabeth #11
Fort Collins, CO 80524

FAX: (970) 224-2635

FECHA: _____

FECHA DESEADA DE INICIO: _____

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____

GÉNERO: ____ FEMENINO ____ MASCULINO

DOMICILIO: _____ APT/LOTE #: _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Sea ambientalmente amigable y reciba su estado de cuenta mensual por correo electrónico: Si No

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ VETERANO: Si No

Meals on Wheels solicita dos contactos de emergencia (preferiblemente alguien dentro del área local).

Si no lo vemos a la hora de entrega o si no nos podemos poner en contacto por teléfono con usted, si no nos ordena no hacerlo, llamaremos a sus contactos de emergencia.

NOMBRE DE EL CONTACTO: _____

RELACION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

NOMBRE DEL CONTACTO: _____

RELACION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN (SI ES DIFERENTE A LO DE ARRIBA)

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____ TEL. CASA _____ TEL. CEL _____

CORREO ELECTRONICO _____

¿Tiene mascotas? _____ Perro(s)(nombres) _____ / _____ Gato(s)(nombres) _____

¿Es posible para usted responder si alguien toca la puerta? Si _____ No _____

NOTA IMPORTANTE Si desea usted ser considerado para un costo reducido, **NECECITAMOS** verificación en archivo de su ingreso bruto mensual. Por favor incluya una copia con su forma de inscripción.

Ingreso Mensual Bruto Total \$ _____ número de miembros del hogar que este monto apoya _____

TIPO DE COMIDA: Selecciona un tipo de comida

REGULAR _____ PORCIÓN GRANDE _____ BLANDO DENTAL _____ PURÉ _____ VEGETARIANO _____

Nota: MOW y PVH no pueden proveer comidas certificadas para personas que tienen alergias a alimentos.

HORARIO DE ENTREGA:

LUN-VIE _____ "o" LUN _____ MAR _____ MIÉ _____ JUE _____ VIE _____ numero de comidas al dia _____

Instrucciones especiales de entrega (problemas de audición, usa andador, etcétera):

Tiene usted uno de estos profesionistas trabajando con usted? _____ Trabajador de Caso _____ Trabajador Social

Si contestó "si," NOMBRE _____ TEL: _____

POR FAVOR ASEGURESE QUE HA LEIDO Y ENTENDIDO LA INFORMACION SIGUIENTE

_____ Si no va a estar en su casa a la hora de entrega, por favor **llame** a nuestra oficina para avisarnos que no va a estar.

_____ **La entrega de la comida es normalmente durante las 11:30 de la mañana y las 12:30 de la tarde.**

Ten en cuenta que el clima, trafico, etcetera, puede retrasar el tiempo que su comida es entregada.

_____ Si usted no está en casa cuando se entregó una comida programada, por favor llame a nuestra oficina cuando regrese para hacernos saber que recibió su comida y que está bien. Si no tenemos noticias de usted y no podemos comunicarnos con usted, **vamos a tratar de ponernos en contacto con sus contactos de emergencia o tratar de comunicarnos con el departamento de policía local de no emergencia para hacer una verificación de su bienestar si es necesario.**

ESTA CAJA DEBE DE SER COMPLETADA, FIRMADA Y FECHADA POR EL CLIENTE

Entiendo que al firmar abajo, yo reconozco y confirmo que toda la información que he dado en la forma de inscripción es verdadera y completa.

Firma _____ **Fecha** _____