



Formulario de Registro de Almuerzo Spectrum 2024-2025

ESTE FORMULARIO ES VÁLIDO DE JULIO 1, 2024 A JUNIO 30, 2025

DEBE COMPLETARSE POR EL SITIO/TO BE COMPLETED BY SITE *No meal served until completed form received*

Meal Site _____	Date received by site: _____
<input type="checkbox"/> New Participant <input type="checkbox"/> Renewal – Annual Registration	Received & reviewed by: _____
<input type="checkbox"/> Add Site – Previously registered at _____	Date sent to Spectrum: _____

Instrucciones

1. Completar las 3 páginas - Toda información se mantendrá estrictamente confidencial.
2. Firma y fecha en la última página.
3. Entregar en el sitio donde obtendrá su comida antes de recibir la primera comida.

Favor de imprimir la información del Participante

Primer

Nombre _____ Apellido _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento (Mes/Fecha/Año) ____ / ____ / ____

Elegibilidad para este programa requiere que usted tenga 60 años o mas*

*Personas menor de 60 años deben pagar el precio de persona no mayor que es \$14

Excepciones permitidas: Conyugue de participante registrado - Nombre: _____
 Voluntario de Sitio de Comida Residente en una vivienda de Mayores 55+ que es Sitio de Comida

Domicilio _____ Eligir uno: Apt/Unit/Space # _____

Sin vivienda

Ciudad _____ Código Postal _____

Telefono de Casa (____) _____-____ Mobil/Cell# (____) _____-____

Correo Electrónico _____

Spectrum quiere comunicarse con usted referente a nuestros programas y eventos

Optar de no recibir correos electrónicos Optar de no recibir mensajes de texto

¿Alguna otra persona en su hogar es participante del Programa de Comidas de Spectrum? Si No

Si responde sí, proveer nombre _____ Relacion _____

Contacto de Emergencia

El contacto de emergencia vive con el participante? Si No

Nombre _____ Relacion _____

Telefono de Casa (____) _____-____ Mobil/Cell# (____) _____-____

¿Es usted el jefe de hogar? Si No

Número de personas en el hogar? 1 - Vivo solo 2 3 4 o mas

Favor indicar el ingreso mensual bruto del hogar - Pauta de Ingresos FY 2024

1 persona	2 personas	3 personas	4 personas
<input type="checkbox"/> \$0 - \$1,225	<input type="checkbox"/> \$0 - \$1,703	<input type="checkbox"/> \$0 - \$2,152	<input type="checkbox"/> \$0 - \$2,600
<input type="checkbox"/> \$1,226 - \$2,725	<input type="checkbox"/> \$1,704 - \$3,117	<input type="checkbox"/> \$2,153 - \$3,504	<input type="checkbox"/> \$2,601 - \$3,892
<input type="checkbox"/> \$2,726 - \$4,542	<input type="checkbox"/> \$3,118- \$5,192	<input type="checkbox"/> \$3,505 - \$5,842	<input type="checkbox"/> \$3,893 - \$6,488
<input type="checkbox"/> \$4,543 - \$5,450	<input type="checkbox"/> \$5,193 - \$6,230	<input type="checkbox"/> \$5,843- \$7,010	<input type="checkbox"/> \$6,489- \$7,785
<input type="checkbox"/> \$5,451 - \$7,050	<input type="checkbox"/> \$6,231- \$8,054	<input type="checkbox"/> \$7,011 - \$9,063	<input type="checkbox"/> \$7,786 - \$10,067
<input type="checkbox"/> \$7,051 +	<input type="checkbox"/> \$8,055 +	<input type="checkbox"/> \$9,064 +	<input type="checkbox"/> \$10,068 +

Declinó indicar

Cual es su género? (Marque solo uno)

- Masculino Transgenero Femenino o Masculino Genero Queer/Genero No-Binario
 Femenino Transgenero Masculino o Femenino No en lista/Favor especificar: _____
 Declinar/no indicado

Cual fue su sexo al nacer? (Marque solo uno)

- Masculino Femenino Declinar/no indicado

¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual? (Marque solo uno)

- Heterosexual Bisexual Gay/Lesbiana/Amor del mismo sexo
 Inseguro/Cuestionando No en lista/Favor especificar: _____
 Declinar/no indicado

Es usted Veterano de EE.UU Si No

Etnicidad Hispano o Latino No Hispano o Latino Declinar/no indicado

Raza (Marque todo lo que aplique)

- Caucasico/Blanco Afro Americano/Negro Indio Americano/Nativo de Alaska
 Otra Raza Raza Multiple

Asiatico:

- Indio Asiatico Camboyano Chino
 Filipino Japones Coreano
 Laosiano Vietnamita Otro Asiatico

Hawaiano/Otro Isleno Pacifico:

- Gwamaniano Hawaiano Samoano
 Hawaiano

Declinó indicar

Idioma hablado preferido:

- Ingles Mandarino Cantones Vietnamita Japones
 Espanol Dari/Farsi Tagalog Otro _____

Idioma escrito preferido:

- Se necesita traduccion para la literatura
 Ingles Chino Simplificado Chino Tradicional Espanol

Iniciativa de Detección Nutricional

Leer las declaraciones indicadas abajo.

Favor CIRCULAR EL NÚMERO en la columna de "SI" para los que aplique

	SI
Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de comida que consumo.	2
Yo consumo menos de 2 comidas por día.	3
Yo consumo menos de 2 porciones (1/2 taza cada una) de frutas o vegetales por día. Yo consumo menos de una porción de leche u otro producto lácteo por día.	2
Yo por lo regular consumo 3 o más bebidas alcohólicas por día.	2
Yo tengo dificultad mordiendo, mascando o tragando y/o tengo problemas con mis dientes o boca que me causan dificultad al comer.	2
No siempre tengo el dinero suficiente para comprar la comida que necesito.	4
Yo como solo la mayor parte del tiempo	1
Yo tomo 3 o mas diferentes medicamentos de receta o sin receta medica.	1
Sin proponermelo, yo he bajado o subido de peso 10 libras en los últimos 6 meses.	2
No siempre tengo la capacidad física de ir de compras, cocinar y/o preparar mis alimentos.	2
Puntaje TOTAL	
Declinó indicar	

Por favor lea y ponga su inicial en cada sección

___ El Programa de Comida para Mayores de Spectrum (Spectrum Senior Meals) es un programa de nutrición de la Ley de Estadounidenses Mayores (Older Americans Act). La principal prioridad es cenar en grupo. Si no puedo cenar con el grupo, puedo recoger mi cena, y unirme a través de una interacción social en línea. Ambas opciones están disponibles con una sugerida contribución de \$4.

___ Para cancelar una reservacion, notificare al sitio de mi comida antes del horario de servicio de comida, a fin de permitir que se ofrezca la comida a otra persona. Idealmente, avísare por lo menos 24 horas antes, pero si no me es posible, avisar el mismo día sera aceptado. Si fallo varias veces en notificar resultara en cancelación de todas mis futuras reservaciones.

___ Si mi comida para llevar viene con un contenedor reutilizable, seguiré las pautas (instrucciones) de uso y devolveré todos los contenedores dentro de 5 días hábiles, sin importar si tengo o no una reservación futura.

Yo personalmente complete este formulario, o, si obtuve ayuda, revise la información para asegurar que toda la información proveída sea verdadera y exacta

Firma del Participante _____ Fecha de Nacimiento (Mes/Fecha/Año) ___/___/___

**Para ser completada por la oficina de Spectrum
To be completed by Spectrum Office**

Received Date: _____ By: _____

Entered into ServTracker Date: _____ By: _____

Information Packet Mailed Date: _____