



Seguridad Alimentaria para Personas Mayores Formulario de Registro

Nombre de la persona que refiere: _____
Correo electrónico de la persona que refiere: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad y Estado: _____ Código postal: _____
Nombre del complejo/centro residencial: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____

Por favor, asegúrese de proporcionar un número de teléfono que funcione. El conductor llamará al número que proporcione antes de la entrega. El conductor de DoorDash llamará cuando esté en camino a su dirección. Por favor, conteste su teléfono y asegúrese de estar disponible.

Información demográfica:

☐ Hombre ☐ Mujer ¿Es veterano(a)? ☐ Sí ☐ No
Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ En pareja ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
Etnicidad: ☐ Hispano(a) ☐ Negro(a) ☐ Blanco(a) ☐ Camboyano(a) ☐ Filipino(a) ☐ Otro: _____
¿Cuál es su idioma principal? _____
Situación de vivienda: ☐ Vive solo(a) ☐ Con cónyuge ☐ Con familia ☐ Con cuidador(a) ☐ Con otras personas

Requisitos para el programa:

Marque todo lo que recibe: ☐ CalFresh ☐ Medi-Cal ☐ SSI ☐ Otro: _____
¿Puede preparar sus propias comidas? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro: _____
¿Tiene alguna condición de salud subyacente? ☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, ¿cuáles son? _____

Preferencias de entrega:

Las entregas se procesan todos los jueves y están programadas para realizarse entre las 11:00 a. m. y las 3:00 p. m. Se indica a los conductores que dejen los alimentos en la puerta si usted no se encuentra en casa. Si no puede estar presente, pida a un vecino o a otra persona que reciba la entrega por usted.

Teléfono de la persona que refiere: _____
Nombre de la agencia que refiere: _____
Fecha de registro: _____

Información sobre los alimentos:

¿Tiene alergias alimentarias? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, ¿a qué es alérgico(a)? _____

¿Hay algún alimento que no le guste y que quisiera que se omitiera? _____

¿Hay algún alimento que su médico le recomiende consumir en mayor cantidad? _____

¿Qué alimentos disfruta comer semanalmente?

Leches : ☐ Leche de vaca ☐ Leche de almendras ☐ Leche de soya ☐ Otra: _____

Cereales: ☐ Cereal frío ☐ Avena ☐ Grits (sémola de maíz) ☐ Otro: _____

Proteínas: ☐ Huevos ☐ Yogur ☐ Mantequilla de maní ☐ Carne de res ☐ Tofu

☐ Cerdo ☐ Pollo ☐ Pavo ☐ Pescado ☐ Frijoles ☐ Otra: _____

Carbohidratos: ☐ Pan blanco ☐ Pan de trigo ☐ Pan sin gluten ☐ Tortillas

☐ Arroz ☐ Pasta ☐ Papas ☐ Otro: _____

Verduras: ☐ Brócoli ☐ Maíz ☐ Zanahorias ☐ Ejotes

☐ Guisantes ☐ Calabaza ☐ Espinaca ☐ Lechuga

☐ Otra: _____

Enumere otros alimentos que le guste comer regularmente:

¿Tiene alguna preferencia por alimentos culturales? (Indique qué alimentos étnicos disfruta)

Alimentos hispanos: _____

Alimentos afroamericanos: _____

Alimentos camboyanos: _____

Alimentos filipinos: _____

Otros: _____

Información geográfica:

¿Vive en un(a)? ☐ Apartamento ☐ Casa ¿Vive en una comunidad cerrada? ☐ Sí ☐ No

¿De qué color es su casa/edificio de apartamentos? _____

Si hay un código de acceso para la entrada de su complejo de vivienda, proporcione el número: _____

¿Cuáles son las calles principales más cercanas a su hogar? _____

Se indica a los conductores que dejen los alimentos en la puerta si usted no se encuentra en casa. Por favor, esté disponible cuando le llamen y haga planes para estar en casa.

NOTA: Este es un programa de 7 meses que proporciona entrega gratuita a domicilio de alimentos (no comidas). Este programa finalizará en marzo de 2027. Después de marzo, puede participar en nuestro programa de entrega, el Programa de Entrega de la Despensa de Alimentos de Long Beach, que proporciona excelentes alimentos entregados a domicilio por solo \$10 por entrega. Visite el sitio web para registrarse y obtener más información: www.helpmehelpu.org/lbfpd

Comentarios:

Envía el formulario completado por correo electrónico a info@helpmehelpu.org o por fax al 562-270-0615

O envíalo por correo a: Help Me Help You, PO Box 32861, Long Beach CA 90832