

Eat Well Center Certificación de elegibilidad del medico

□ **Principal:** 2056 N Dixie Hwy, Wilton Manors, FL 33305 FAX 954-361-2786

□ **Pompano Beach:** 172 N Powerline Road, Pompano Beach, FL 33069 FAX 954-361-2786

□ **Palm Beach:** 7721 N Military Trail, Palm Beach Gardens, FL 33410 FAX 561-805-3669

Informacion del partiicpante en el programa:

Apellido Nombre Inicial media Fecha de nacimiento\_\_ \_\_

Número de teléfono Correo Electrónico @

Información de su médico:

Nombre del médico: Número de teléfono:

Firma del participante en el programa: Fecha:

Declaración de certificación del consultorio médico:

This letter certifies that is currently my patient and was last seen

Program Participant

in my office on . My Patient is living with as a critical

Office Visit Date Diagnoses

and/or chronic illness(es).

Physician Signature: Date:

Office Stamp:

Please provide this certification to the patient. [www.poverello.org](http://www.poverello.org/)

Updated: 01/24/2023

FORMULARIO DE ADMISION DE CONDICIONES CRONICAS

Numero de participante:

Sírvase proporcionar la siguiente información:

Fecha de hoy: Nombre completo del participante:

Raza:

* White – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o África del Norte.
* Black or African American – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
* American Indian or Alaska Native – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario.
* Asian – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
* Native Hawaiian or Other Pacific Islander – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
* Describe tu raza: Origen étnico:
* Hispano o Latino
* No hispano ni latino
* Haitiano/criollo
* Describa su origen étnico: Estado civil Género:
* Soltero
* ¿ Cuántos niños menores de 18 años en su hogar?
* Separado ¿Cuántos adultos en total en su hogar son responsables?
* Divorciado
* Viudo

Dirección:

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código postal de Florida: Número de teléfono:

Contacto de emergencia: Relación:

Permisos: ¿Tenemos permiso para dejar un mensaje(s)? ¿Sí o no?

¿Tenemos su permiso para enviarle un mensaje de texto? ¿Sí o no?

¿Tenemos su permiso para enviarle un correo electrónico? ¿Sí o no?

¿Su contacto de emergencia sabe acerca de su(s) condición(es) médica(s)? ¿Sí o no?

Firma del participante en el programa: Fecha:

# Derechos y responsabilidades

## Como participante del programa de Poverello Center, Inc., usted tiene derecho a:

* Participar en programas de distribución de alimentos, así como en otros programas de asistencia ofrecidos aquí de acuerdo con las reglas del programa y la elegibilidad.
* Servicio cortés y respetuoso de todo el personal y voluntarios.
* Trato justo sin distinción de edad, raza, color, religión, género, orientación sexual, origen nacional, estado civil, problemas físicos o mentales y / o estado de ciudadanía.
* Consultas confidenciales y privadas bajo petición.
* Una orientación a los servicios ofrecidos, incluyendo la despensa de alimentos, el centro de bienestar, las oportunidades de voluntariado y la tienda de segunda mano.

Cualquier incumplimiento de sus derechos puede resultar en una acción disciplinaria del personal o voluntario.

## Como participante del programa Poverello Center Inc., usted tiene la responsabilidad de :

* Sé sincero.
* Respétense mutuamente .
* Mantener la confidencialidad de los que vienen aquí.
* Respete todas las reglas, políticas y procedimientos.
* Siempre supervise a sus hijos.
* Conduzca con seguridad.
* Respete las pautas de estacionamiento.
* Use un lenguaje y comportamientos respetuosos.
* Sea considerado con otros participantes del programa .
* Respetar el medio ambiente.
* Si fuma, hágalo solo fuera del sitio. <https://tobaccofreeflorida.com/>
* Comer o beber fuera del sitio.
* Salir después del horario del programa .

El incumplimiento de sus responsabilidades puede resultar en una sanción que puede incluir la interrupción de los servicios.

**Confidencialidad:** El Centro Poverello, Inc. reconoce la importancia de la confidencialidad para las personas con enfermedades crónicas / críticas, incluido el VIH y específicamente el estigma asociado con tener el virus del VIH. Dado que Poverello Center Inc atiende a personas con diferentes tipos de condiciones, el personal, los voluntarios, los huéspedes y los clientes mantendrán la confianza generada al recibir servicios de Poverello y mantendrán la confidencialidad de la información de cada persona. El Centro Poverello, Inc. respeta los derechos de las personas a las que sirve y espera que su personal, voluntarios y visitantes cumplan con los derechos y responsabilidades del centro.

**Procedimiento de quejas:** Agradecemos todas las sugerencias y recomendaciones. Ponga sus recomendaciones escritas en el buzón de sugerencias (ubicado fuera de la oficina de admisión) o hable con el gerente del centro Live Well. Si tiene un problema con la despensa de alimentos, solicite hablar con el gerente del Centro Eat Well. Si el asunto sigue sin resolverse, tiene derecho a presentar una queja ante la Administración completando el formulario de queja. Proporcione su formulario completo al gerente del Live Well Center. Haremos todo lo razonablemente posible para resolver sus problemas.

Firma del participante en el programa: Fecha:

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información de salud protegida incluye información demográfica y médica que se refiere a la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social y cualquier otro medio para identificarlo como una persona específica. La información médica protegida contiene información específica que identifica a una persona o puede usarse para identificar a una persona.

La información médica protegida es información de salud creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de intercambio de información de atención médica. El Poverello Center Inc. (TPC) puede actuar como cada uno de los tipos de negocios anteriores. Esta información médica es utilizada por TPC de muchas maneras mientras realiza actividades comerciales normales.

Su información médica protegida puede ser utilizada o divulgada por TPC para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los profesionales de la salud usan información médica en las clínicas o despensas de alimentos para cuidarlo. Su información médica protegida puede ser compartida, con o sin su consentimiento, con otro proveedor de atención médica para fines de su tratamiento. TPC puede usar o divulgar su información de salud para el manejo de casos y servicios. TPC puede enviar la información médica a compañías de seguros, Medicaid o agencias comunitarias para pagar los servicios que se le brindan.

Su información puede ser utilizada por cierto personal del departamento para mejorar las operaciones de atención médica de TPC. TPC también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

Parte de la información médica protegida puede divulgarse sin su autorización por escrito según lo permita la ley. Esas circunstancias incluyen:

* Denunciar el abuso de niños, adultos o personas discapacitadas.
* Investigaciones relacionadas con un niño desaparecido.
* Investigaciones internas y auditorías por parte de las divisiones, oficinas y oficinas del departamento.
* Investigaciones y auditorías por el Inspector General y Auditor General del estado, y el
* Oficina de Análisis de Políticas de Programas y Responsabilidad Gubernamental de la legislatura.
* Fines de salud pública, incluidas estadísticas vitales, notificación de enfermedades, salud pública
* vigilancia, investigaciones, intervenciones y regulación de los profesionales de la salud.
* Investigaciones del médico forense del distrito.
* Investigación aprobada por el departamento.
* Órdenes judiciales, órdenes judiciales o citaciones.
* Fines de aplicación de la ley, investigaciones administrativas y judiciales y administrativas
* procedimiento.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida por parte del departamento requerirán su autorización por escrito. Estos usos y divulgaciones pueden ser para fines de marketing e investigación, ciertos usos y divulgación de notas de psicoterapeutas, y la venta de información de salud protegida que resulta en una remuneración para el Poverello. Esta autorización tendrá una fecha de vencimiento que puede ser revocada por usted por escrito.

### DERECHOS INDIVIDUALES

Tiene derecho a solicitar al Centro Poverello que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas con su atención. El departamento no está obligado a aceptar ninguna restricción.

Tiene derecho a estar seguro de que su información se mantendrá confidencial. El Centro Poverello se pondrá en contacto con usted de la manera y en la dirección o número de teléfono que seleccione. Es posible que se le pida que presente su solicitud por escrito.

Si usted es responsable de pagar los servicios, puede proporcionar una dirección distinta a su residencia donde pueda recibir correo y donde podamos comunicarnos con usted.

Usted tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida que es mantenida por Poverello dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su request.to por parte del TPC y obtener una copia de su información médica protegida. Debe completar el formulario de Autorización para Divulgar Información Confidencial de TPC y enviar la solicitud a la oficina administrativa. Si hay retrasos en la obtención de la información, se le informará el motivo de la demora y la fecha prevista en que recibirá su información. Su inspección de la información será supervisada en un momento y lugar designados. Es posible que se le niegue el acceso según lo especificado por la ley.

Si elige recibir una copia de su información médica protegida, tiene derecho a recibir la información en la forma o formato que solicite. Si TPC no puede presentarla en esa forma o formato, le dará la información en una forma impresa legible u otra forma o formato que usted y el Departamento acuerden.

TPC no puede darle acceso a notas de psicoterapia o cierta información que se utiliza en un procedimiento legal. Los registros se mantienen durante períodos de tiempo específicos de acuerdo con la ley. Si su solicitud cubre información más allá de ese tiempo que TPC requiere para mantener el registro, es posible que la información ya no esté disponible. Si se niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de la salud con licencia que no participó en la decisión de denegar el acceso. Este profesional de la salud con licencia será designado por TPC.

Usted tiene derecho a corregir su información médica protegida. Su solicitud para corregir su información médica protegida debe ser por escrito y proporcionar una razón para respaldar la corrección solicitada. TPC puede negar su solicitud, en su totalidad o en parte, si encuentra la información de salud protegida:

* No fue creado por TPC.
* No es información de salud protegida.
* Por ley no está disponible para su inspección.
* Es preciso y completo.

Si su corrección es aceptada, TPC hará la corrección y le informará a usted y a otras personas que necesitan saber acerca de la corrección. Si su solicitud es denegada, puede enviar una carta detallando la razón por la que no está de acuerdo con la decisión. TPC puede responder a su carta por escrito. También puede presentar una queja, como se describe a continuación en la sección titulada Quejas.

Usted tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que Poverello puede haber hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

* Divulgaciones hechas a usted.
* Divulgaciones a personas involucradas con su atención.
* Divulgaciones autorizadas por usted.
* Divulgaciones hechas para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica.
* Divulgaciones para la salud pública.
* Divulgaciones a fines regulatorios de profesionales de la salud.
* Divulgaciones para denunciar el abuso de niños, adultos o discapacitados.
* Divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003. Este resumen incluye divulgaciones hechas para:
* Propósitos de investigación, distintos de los que usted autorizó por escrito.
* Respuestas a órdenes judiciales, citaciones u órdenes judiciales.
* Puede solicitar un resumen por no más de un período de 6 años a partir de la fecha de su solicitud.

Si recibe este Aviso de prácticas de privacidad electrónicamente, tiene derecho a una copia impresa previa solicitud. Poverello puede enviarle un correo o llamarlo con recordatorios de citas de atención médica.

### DEBERES DE POVERELLO

El Poverello Center Inc. (TPC) está obligado por ley a mantener la privacidad de su salud protegida

información. Este Aviso de prácticas de privacidad le informa cómo se puede usar su información médica protegida y cómo el departamento mantiene su información privada y confidencial. Este aviso explica los deberes y prácticas legales relacionados con su información médica protegida. TPC tiene la responsabilidad de notificarle después de una violación de su información de salud protegida no segura.

Como parte de las obligaciones legales de TPC, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. TPC debe seguir los términos del Aviso de prácticas de privacidad actualmente vigente.

El Poverello puede cambiar los términos de su aviso. El cambio, si se realiza, será efectivo para toda la información de salud protegida que mantiene. Los avisos nuevos o revisados de prácticas de privacidad se publicarán en el sitio web de Poverello en https://poverello.org/notice-of-privacy-practices-clients/ y estarán disponibles por correo electrónico y en todos los edificios de Poverello.

También están disponibles documentos adicionales que explican con más detalle sus derechos para inspeccionar, copiar y modificar su información médica protegida.

### QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad y salud, puede presentar una queja con: Poverello's Inspector General at 2056 N Dixie Hwy, Wilton Manors, FL 33305. La queja debe ser por escrito, describir los actos u omisiones que usted cree que violan sus derechos de privacidad y presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que supo o debería haber sabido que ocurrió el acto u omisión. El Poverello no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

### PARA MÁS INFORMACIÓN

Las solicitudes de información adicional sobre los asuntos cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le dio el aviso, al director o administrador de las instalaciones de Poverello donde recibió el aviso.

### FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

Este Aviso de prácticas de privacidad es efectivo a partir del 24/01/2023 y estará vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

### REFERENCIAS

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule.” 45 CFR Parts 160 through 164. Federal Register 65, no. 250 (December 28, 2000).

“Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule” 45 CFR Part 160 through 164. Federal Register, Volume 67 (August 14, 2002).

HHS, Modifications to the HIPAA Privacy, Security, Enforcement, and Breach Notification Rules under the Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act and the Genetic Information and Nondiscrimination Act; Other Modifications to the HIPAA Rules, 78 Fed. Reg. 5566 (Jan. 25, 2013).

Firma del participante en el programa: Fecha:



## CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE EMERGENCIA (TEFAP) PARA LLEVAR ALIMENTOS A CASA 7 CFR 251

Nombre: Dirección:

Número de personas en el hogar: Condado:

A continuación se muestra un ingreso bruto anual para cada tamaño de familia. Si el ingreso de su hogar es igual o inferior al ingreso indicado para el número de personas en su hogar, usted es elegible para recibir alimentos. **La siguiente tabla es efectiva del 1 de julio de 2022 al 30 de junio de 2023.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tamaño del** hogar | **Ingresos** anuales | **Ingresos mensuales** | **Dos veces al mes** | **Cada dos semanas** | **Ingresos** semanales |
| 1 | $17,667 | $1,473 | $737 | $680 | $340 |
| 2 | $23,803 | $1,984 | $992 | $916 | $458 |
| 3 | $29,939 | $2,495 | $1,248 | $1,152 | $576 |
| 4 | $36,075 | $3,007 | $1,504 | $1,388 | $694 |
| 5 | $42,211 | $3,518 | $1,759 | $1,624 | $812 |
| 6 | $48,347 | $4,029 | $2,015 | $1,860 | $930 |
| 7 | $54,483 | $4,541 | $2,271 | $2,096 | $1,048 |
| 8 | $60,619 | $5,052 | $2,526 | $2,332 | $1,166 |
| Para cada miembro adicional de la familia, agregue: | $6,136 | $512 | $256 | $236 | $118 |

## El cuadro detalla los criterios de elegibilidad para los ingresos mensuales, los ingresos recibidos dos veces al mes (24 pagos por año), los ingresos recibidos cada dos semanas (26 pagos por año) y los ingresos semanales.

Usted es elegible para recibir alimentos de TEFAP si su hogar cumple con las pautas de ingresos anteriores o participa en cualquiera de los siguientes programas. Coloque una marca de verificación en el espacio junto a la categoría que corresponda.

Elegibilidad de ingresos

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (también conocido como cupones de alimentos)

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Medicaid

Lea atentamente la siguiente declaración y luego firme el formulario y escriba la fecha de hoy. Solo necesita cumplir con uno de estos requisitos para ser elegible para recibir alimentos del USDA.

*Certifico que el ingreso bruto anual de mi hogar es igual o inferior al ingreso que figura en este formulario para hogares con el mismo número de personas* ***O*** que *participo en el (los) programa (s) que he verificado en este formulario. También certifico que, a partir de hoy, resido en el Estado de Florida. Esta certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal.*

*Los funcionarios del programa pueden verificar lo que he certificado que es cierto. Entiendo que hacer una certificación falsa puede resultar en tener que pagar a la agencia estatal por el valor de los alimentos que se me emitieron incorrectamente y puede someterme a un proceso civil o penal bajo la ley estatal y federal.*

Firma: Fecha:

## Firma de persona designada en nombre del cliente o representante designado

Firma: Fecha:

**ESTA CERTIFICACIÓN ES VÁLIDA POR UN PERÍODO DE UN AÑO y puede renovarse según sea necesario. Cualquier cambio en las circunstancias del hogar debe ser reportado a la agencia distribuidora inmediatamente.**

**OPCIONAL:** Autorizo a recoger alimentos del USDA en mi nombre. 06/2022

"De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles .

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja de discriminación del programa, un demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja de discriminación del programa del USDA que se puede obtener en línea

at: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) [28-17Fax2Mail.pdf,](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria del demandante con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe ser enviado al USDA por:

# correo:

* 1. U.S. Department of Agriculture
  2. Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW
  3. Washington, D.C. 20250-9410; or

# fax:

* 1. (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

# Correo electrónico:

* 1. [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)”

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades .

DACS-06XXX

Rev. 06/22 Page 2 of 2