

Florida Department of Elder Affairs

(Departamento del Adulto Mayor de Florida)

701C Congregate Meals Assessment

(Evaluación de comedores comunitarios 701C)

Rule: (Norma) 58-A-1.010, F.A.C.

Provider ID: \_\_\_\_\_

Provider Assessor/CM ID: \_\_\_\_\_

Assessor/Case \_\_\_\_\_

Manager (CM) Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

1. Social Security number: (Número de Seguro Social) \_\_\_\_\_

2. Name: a. First: (Nombre) \_\_\_\_\_ b. Middle initial: (Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_  
 c. Last: (Apellido) \_\_\_\_\_

3. Medicaid number: (Número de Medicaid) \_\_\_\_\_

4. Phone number: (Teléfono) \_\_\_\_\_

5. Date of birth: (mm/dd/yyyy) (Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)) \_\_\_\_\_

6. Sex: (Sexo)  Male (Masculino)  Female (Femenino)

7. Race (Mark all that apply): (Raza, seleccione todas las opciones que correspondan)  
 White (Blanca)  Black/African American (Negra/Afroamericana)  Asian (Asiática)  
 American Indian/Alaska Native (India americana o nativo de Alaska)  Native Hawaiian/Pacific Islander (Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico)  Other (Otra)

8. Ethnicity: (Origen étnico)  Hispanic/Latino (Hispano o latino)  Other (Otro)

9. Primary language: (Lengua materna)  English (inglés)  Spanish (español)  Other: (otro) \_\_\_\_\_

10. Does client have limited ability reading, writing, speaking, or understanding English? (¿El cliente tiene una capacidad limitada para leer, escribir, hablar o comprender el inglés?)  No (No)  Yes (Sí)

11. Marital status:  Married (Casado/a)  Partnered (En pareja)  Single (Soltero/a)  Separated (Separado/a)  Divorced (Divorciado/a)  Widowed (Viudo/a)

12. Home Address (Dirección del domicilio)  
 a. Street: (Calle) \_\_\_\_\_  
 b. City: (Ciudad) \_\_\_\_\_ c. ZIP code: (Código postal) \_\_\_\_\_

13. Mailing Address (If different from current physical location) (Dirección postal (Si es diferente del domicilio actual))  
 a. Street: (Calle) \_\_\_\_\_ b. City: (Ciudad) \_\_\_\_\_  
 c. State: (Estado) \_\_\_\_\_ d. ZIP code: (Código postal) \_\_\_\_\_

Florida Department of Elder Affairs: 701C Congregate Meals Assessment

14. **ASSESSOR/CM: Assessment date:** (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

15. **ASSESSOR/CM: Referral date:** (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

16. **ASSESSOR/CM: Referral source:**

Self/Family     Nursing facility     Case management agency

CARES     Aging out     Hospital     Department of Children and Families     Other

APS: *Select level of APS risk*     High     Intermediate     Low

17. Do you need outside assistance to evacuate?     No (No)     Yes (Si)  
 (¿Necesita ayuda para evacuar en caso de emergencia?)

18. Are you enrolled on a special needs registry?     No (No)     Yes (Si)  
 (¿Está inscrito en un registro para personas con necesidades especiales?)

19. Is there a primary caregiver?     No (No)     Yes (Si)  
 (¿Tiene un cuidador principal?)

20. Living situation:     With primary caregiver     With other caregiver     With other     Alone  
 (Situación de vivienda)    (Con su cuidador principal)    (Con otro cuidador)    (Con otro)    (Solo/a)

21. Individual monthly income:    \$ \_\_\_\_\_     Refused  
 (Ingresos mensuales personales)    (Se niega a responder)

22. Couple monthly income:    \$ \_\_\_\_\_     Refused     N/A  
 (Ingresos mensuales del matrimonio)    (Se niega a responder)

23. Estimated total individual assets:    \$ \_\_\_\_\_  
 (Valor estimado de bienes personales)

\$0 to \$2,000     \$2,001 to \$5,000     \$5,001 or more     Refused  
 (\$0 a \$2,000)    (\$2,001 a \$5,000)    (\$5,001 o más)    (Se niega a responder)

24. Estimated total couple assets:    \$ \_\_\_\_\_  
 (Valor estimado de bienes del matrimonio)

\$0 to \$3,000     \$3,001 to \$6,000     \$6,001 or more     Refused     N/A  
 (\$0 a \$3,000)    (\$3,001 a \$6,000)    (\$6,001 o más)    (Se niega a responder)

25. Are you receiving SNAP (food stamps)?     No (No)     Yes (Si)  
 (¿Recibe cupones para alimentos (SNAP)?)

26. Do you need other assistance for food?     No (No)     Yes (Si)  
 (¿Necesita otra ayuda alimentaria?)

27. **ASSESSOR/CM: Is someone besides the client providing answers to questions?**     No (Skip to 28)     Yes

a. Name (Nombre): \_\_\_\_\_    b. Relationship (Relación con el cliente): \_\_\_\_\_

28. Besides your own children, how many children under age 19 do you live with and provide care for? (if zero, skip to 29) (Aparte de sus propios hijos, ¿cuántas personas menores de 19 años que viven con usted tiene a cargo? (si la respuesta es cero, continúe con la pregunta 29)) # \_\_\_\_\_

a. How many are grandchildren?    # \_\_\_\_\_    Name(s): \_\_\_\_\_  
 (¿Cuántos son nietos?)    (Nombres)

b. How many are other related children?    # \_\_\_\_\_    Name(s): \_\_\_\_\_  
 (¿Cuántos niños son otros familiares suyos?)    (Nombres)

c. How many are other non-related children?    # \_\_\_\_\_    Name(s): \_\_\_\_\_  
 (¿Cuántos niños no son familiares suyos?)    (Nombres)

Florida Department of Elder Affairs: 701C Congregate Meals Assessment

29. How many disabled adults age 19 to 59 do you live with and provide care for? (if zero, skip to 30)  
 (¿Cuántos adultos con discapacidad entre las edades de 19 y 59 tiene a su cargo y viven con usted? (si la respuesta es cero, continúe con la pregunta 30)) # \_\_\_\_\_

- a. How many are grandchildren?  
 (¿Cuántos son nietos?) # \_\_\_\_\_ Name(s): (Nombres) \_\_\_\_\_
- b. How many are other relatives?  
 (¿Cuántos son otros familiares suyos?) # \_\_\_\_\_ Name(s): (Nombres) \_\_\_\_\_
- c. How many are other non-relatives?  
 (¿Cuántos no son familiares suyos?) # \_\_\_\_\_ Name(s): (Nombres) \_\_\_\_\_

30. How much assistance do you need with the following tasks?  
 (¿Cuánta ayuda necesita con las siguientes tareas?)

Task (Tarea)	No assistance needed (No necesita ayuda)	Uses assistive device (Usa un aparato de ayuda)	Needs supervision or prompt (Necesita supervisión)	Needs assistance – but not total help (Necesita asistencia, pero no del todo)	Needs total assistance – cannot do at all (Necesita ayuda total. No puede hacerlo en absoluto)
a. Eating (Comer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Preparing meals (Preparar comidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Shopping (Ir de compras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. How much assistance do you have with the following tasks?  
 (¿Cuánta ayuda recibe con las siguientes tareas?)

Task (Tarea)	No assistance needed (No necesita ayuda)	Always has assistance (Siempre recibe ayuda)	Has assistance most of the time (Casi siempre recibe ayuda)	Rarely has assistance (Raramente recibe ayuda)	Never has assistance (Nunca recibe ayuda)
a. Eating (Comer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Preparing meals (Preparar comidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Shopping (Ir de compras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Do you usually eat at least two meals a day?  
 (¿Consume por lo menos dos comidas al día?)  No (No)  Yes (Si)

33. Do you eat alone most of the time?  
 (¿Come solo la mayoría de las veces?)  No (No)  Yes (Si)

34. How many cups of water, juice, or other liquid do you drink daily? (If more than eight, skip to 35)  
 (¿Cuántos vasos de agua, jugos u otros líquidos bebe al día?) # \_\_\_\_\_

a. Do you ever limit the amount of fluids you drink?  
 (¿Alguna vez ha limitado la cantidad de líquidos que bebe?)  No (No)  Yes (Si)

Florida Department of Elder Affairs: 701C Congregate Meals Assessment

35. On average, how many servings of fruits and vegetables do you eat every day? (One "serving" is one small piece of fruit or vegetable, about one-half cup of chopped fruit or vegetable, or one-half cup of fruit or vegetable juice.) *En general, ¿cuántas porciones de frutas y vegetales come diariamente? (Una «porción» es una parte pequeña de fruta o vegetales, aproximadamente media taza de fruta o vegetales picados, o medio vaso de jugo de fruta o vegetales).* # \_\_\_\_\_

36. On average, how many servings of dairy products do you have every day? (One "serving" of dairy is about a slice of cheese, a cup of yogurt, or a cup of milk or dairy substitute.) *En general, ¿cuántas porciones de productos lácteos consume diariamente? (Una «porción» de productos lácteos es aproximadamente una rodaja de queso, una taza de yogurt o de leche, o un sustituto lácteo).* # \_\_\_\_\_

37. Estimate your current height and weight:  
 (Aproximadamente, ¿cuál es su estatura y su peso?)  
 Height: \_\_\_\_\_ ft. \_\_\_\_\_ inches  
 (Estatura) (pies) (pulgadas)  
 Weight: \_\_\_\_\_ lbs.  
 (Peso)

38. Have you lost or gained weight in the last few months?  
 (¿Ha subido o bajado de peso en los últimos meses?)  
 Unsure (Skip to 95) (No está seguro)  No (Skip to 95) (No)  Yes (Sí)

a. How much? (¿Cuánto?)  
 Less than five pounds (Menos de cinco lbs.)  Five to ten pounds (De cinco a diez lbs.)  Ten pounds or more (Diez lbs. o más)

b. Was the weight loss/gain on purpose (i.e., dieting or trying to lose/gain weight)?  
 (¿Subió o bajó de peso intencionalmente? (por ejemplo, haciendo dieta))  
 No (No)  Yes (Sí)

39. Are you on a special diet(s) for medical reasons?  
 (¿Está haciendo una dieta especial por motivos de salud?)  
 No (Skip to 96) (No)  Yes; check any/all: (Si; seleccione las que correspondan)  
 Calorie supplement (Suplemento calórico)  Low fat/cholesterol (Bajo en grasa/colesterol)  Low salt/sodium (Bajo en sal/sodio)  Low sugar/carb (Bajo en azúcar/carbohidratos)  Other (Otra)

40. Do you have any problems that make it hard for you to chew or swallow?  
 (¿Tiene problemas para masticar o tragar?)  
 Mouth/tooth/dentures (Boca/dientes/dentadura postiza)  Pain or difficulty swallowing (Dolor o dificultad al tragar)  Yes; check any/all: (Si; seleccione las que correspondan)  
 Saliva production (Secreción de saliva)  Taste (Sabor)  Nausea (Náusea)  
 Other, describe: (Otros, descríbalos)

41. What working appliances do you have for storing/preparing food?  
 (¿Qué electrodomésticos (que funcionen) tiene para guardar o preparar comida?)  
 None (Ninguno)  Refrigerator (Refrigerador/nevera)  Microwave (Horno microondas)  Toaster/Oven (Horno común/tostador)  Stove (Cocina)  
 Other: (Otros)

Florida Department of Elder Affairs: 701C Congregate Meals Assessment

42. Do you take three or more prescribed or over-the-counter medications a day?  No  Yes  
(¿Usted toma diariamente tres o más medicamentos con o sin receta?) (No) (Si)

43. How many days in a typical week do you drink alcohol?  
(¿Cuántos días a la semana normalmente consume alcohol?)

Refused (*Skip a*)  None (*Skip a*)  One to two  Three to five  Six to seven  
(Se niega a responder) (Ningún día) (Uno o dos) (De tres a cinco) (De seis a siete)

a. On the days when you have some alcohol, about how many drinks do you usually have?  
(En los días que consume alcohol, ¿cuántas copas consume por lo general?)

One to two (*Skip to 108*)  Three to five  Six or more  
(Una o dos) (De tres a cinco) (Seis o más)

[This page is intentionally left blank]

## WHY ARE WE COLLECTING YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER?

We are required to explain that your Social Security number is being collected pursuant to Title 42 Code of Federal Regulations, Section 435.910, to be used for screening and referral to programs or services that may be appropriate for you.

The provision of your Social Security number is voluntary, and your information will remain confidential and protected under penalty of law. We will not use or give out your Social Security number for any other reason unless you have signed a separate consent form that releases us to do so.

## ¿POR QUÉ LE PEDIMOS SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL?

Tenemos la obligación de explicarle que su número de Seguro Social se recauda conforme al Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Sección 435.910, para utilizarse en la investigación y recomendación de programas o servicios que puedan ser apropiados para usted.

La entrega de su número de Seguro Social es voluntaria. Su información se mantendrá confidencial y será protegida según lo establece la ley. No utilizaremos ni divulgaremos su número de Seguro Social por ninguna otra razón, a menos que usted firme un permiso que nos autorice hacerlo.