



## Diabetes Wellness Program - Enrollment Form

El Redwood Empire Food Bank (REFB) ofrece el Diabetes Wellness Program (DWP) a los vecinos que enfrentan hambre y padecen diabetes. El DWP es una provisión mensual de alimentos básicos apropiados para la diabetes y productos frescos. El programa está abierto a adultos de bajos ingresos, mayores de 18 años, que han sido diagnosticados con diabetes o prediabetes. Las aplicaciones deben ser verificadas por su proveedor de atención médica o clínica.

**Requisitos:** Los participantes deben tener un diagnóstico de diabetes tipo 2, diabetes tipo 1 o prediabetes, ser mayores de 18 años y autocertificar que sus ingresos mensuales cumplen con las pautas del programa. Por favor circule el tamaño de su hogar y el ingreso mensual máximo correspondiente.

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7	8	Más de 8
Ingreso mensual máximo del hogar	\$2,445	\$3,311	\$4,177	\$5,024	\$5,908	\$6,773	\$7,639	\$8,505	Agregar \$865 por cada persona

**Instrucciones:** El participante que se inscribe en DWP debe completar el formulario de inscripción de DWP. La porción de referencia del formulario debe ser completada por el proveedor de atención médica o clínica del participante y devuelta a la REFB. Una vez que la solicitud sea recibida por la REFB, se contactará al participante para verificar la disponibilidad en el programa y determinar la ubicación de recogida. DWP se ofrece en 40 ubicaciones en todo el condado de Sonoma.

Preguntas? Llame al (707) 523-7903.

**Nombre impreso:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Total de personas en el hogar:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  M  F

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Hispano/latino:**  Sí  No **Raza:** \_\_\_\_\_

**¿Participas en Senior Basket, una caja de comida mensual para personas mayores de 60 años?**

Sí  No

- **En caso afirmativo**, ¿le gustaría cambiar al Programa de Diabetes Wellness?  Sí  No

- ¿Estás interesado en aprender sobre CalFresh?  Sí  No

**Autorización para proxy** (opcional): en caso de que no pueda elegir mi caja DWP, envíe la comida a:

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Firma del proxy: \_\_\_\_\_

**Consentimiento del paciente para divulgar información:** Doy mi consentimiento para que mis proveedores de atención médica divulguen y compartan información sobre mi historial médico, resultados de pruebas y otra información personal y de salud pertinente al Redwood Empire Food Bank.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones para el proveedor de atención médica:** El proveedor de atención médica o la clínica del paciente **DEBE** completar lo siguiente, incluida una firma o sello autorizado. El formulario completo se puede escanear y enviar por correo electrónico a [kkarns@refb.org](mailto:kkarns@refb.org). El paciente también puede enviar por correo o entregar el formulario a:

**Redwood Empire Food Bank  
Attn: Diabetes Wellness Program  
3990 Brickway Blvd., Santa Rosa, CA 95403**

**Clínica de referencia:** \_\_\_\_\_

**Proveedor de referencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono / correo electrónico del proveedor:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la prueba de HbA1c:** \_\_\_\_\_ **Resultado más reciente de HbA1c:** \_\_\_\_\_%

**Diagnóstico de:**  Diabetes tipo 2  Diabetes tipo 1  Pre-diabetes

**Firma o sella de clínica:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Preguntas? Llame al (707) 523-7903.**

**REFB Internal Use Only:**

Desired DWP Pickup Site: \_\_\_\_\_ REFB Site Staff: \_\_\_\_\_

New Participant: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Renewal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

App. Received Staff/Date: \_\_\_\_\_ Waitlisted Staff/Date: \_\_\_\_\_

Enrolled Date: \_\_\_\_\_