

## Paquete de remisión de clientes

**God's Love We Deliver es una organización sin fines de lucro que brinda alimentos nutritivos y comidas de alta calidad para personas con enfermedades graves que, por sus diagnósticos médicos, tienen limitaciones físicas que les dificultan comprar y cocinar por sí mismos.** Solicitantes debe tener una dirección constante para recibir entregas y acceso a las comodidades de la cocina (refrigerador, congelador y horno o microondas) para almacenar y calentar alimentos.

**Si está interesado en recibir el servicio de comidas médicamente adaptadas a tu enfermedad a domicilio de God's Love We Deliver o eres un profesional que le gustaría referir a un cliente, entonces por favor complete los siguientes documentos:**

### 1. El formulario de remisión y el formulario médico

La página uno de este formulario puede ser completada por un profesional, un posible cliente o un miembro de familia. La página dos de este formulario requiere un médico con licencia o una enfermera practicante para ingresar información médica y proporcionar una firma. Para encontrar los requisitos de elegibilidad de God's love We Deliver, **el solicitante debe tener un diagnóstico médico certificado que califique y limitaciones de las actividades de la vida diaria (AVD) (problemas para comprar o cocinar).**

**Para las personas con diagnóstico de demencia o demencia relacionada con el VIH/SIDA,** nosotros consideraremos las limitaciones cognitivas causadas por sus diagnósticos en lugar de las limitaciones AVD.

### 2. Formulario de la Ley de Información de Salud, Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA)

Para mantener la confidencialidad, el solicitante puede permitir la comunicación entre personas específicas o entidades y God's Love We Deliver sobre su condición médica y servicio. Los ejemplos de entidades en el formulario HIPAA incluyen médicos, hospitales, clínicas, trabajadores, familiares o amigos.

### 3. Si el diagnóstico del solicitante es VIH/SIDA, solicitamos información adicional:

- **Comprobante de Ingresos:** Tarjeta de Beneficios Públicos, carta del Seguro Social (SSI), carta de presupuesto, carta del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) o ePACES.

- **Prueba de residencia:** factura de servicios públicos reciente, factura de teléfono, carta de residencia, carta de SSI, ID del estado o ePACES.

**4. Formulario de consentimiento para compartir datos e investigación:** el cliente debe devolver una copia firmada a God's Love We deliver.

**5. Formulario de Políticas y Procedimientos:** el cliente debe devolver una copia firmada a God's Love.

**6. Si el cliente vive con demencia, necesitaremos un apoderado de salud o un poder notarial** para designar al cuidador del posible cliente. El personal de God's Love We Deliver puede proporcionar esto, si es necesario.

### **Qué hacer una vez que los formularios están completos.**

**Una vez que se hayan completado y firmado todos los formularios, envíe el paquete completo de documentos por fax, correo electrónico o correo postal:**

**Fax:** (212) 294-8198

**Correo electrónico:** clients@glwd.org

**Correo postal:** Departamento de Servicios al Cliente c/o God's Love We Deliver

166 Avenida de las Américas, NY, NY 10013

### **Más información sobre el proceso de admisión.**

Nuestro objetivo es responder a la solicitud completa lo más rápido posible. Si usted, o su cliente, desea hacer un seguimiento del estado de su solicitud, llame a nuestro Equipo de Servicio de atención al cliente al 212-294-8102 o envíenos un correo electrónico a clients@glwd.org.

Después de recibir los documentos del solicitante, God's Love We Deliver se comunicará con el individuo para una admisión por teléfono.

La elegibilidad para la admisión a nuestro programa está sujeta a la aprobación de God's Love We Deliver. Si el cliente potencial no cumple con nuestros criterios de elegibilidad, lo derivaremos a uno de nuestros socios afiliados, en la medida de nuestras posibilidades.

Dada la misión específica de God's Love We Deliver, no servimos a personas con la siguientes situaciones/diagnósticos si no tienen un diagnóstico de calificación y limitación de ADL:

- Pobreza • Enfermedad crónica sin problemas físicos limitación • Lesiones (ejemplo: muñeca rota) • Enfermedad mental • Debilidades relacionadas con la edad • Enfermedad congénita o síndrome físico que ha tenido un individuo desde el nacimiento • No pueden cocinar por sí mismos

Después de que God's Love acepte un nuevo cliente, le enviaremos un paquete de bienvenida con más información del programa.

- Si el cliente vive con VIH/SIDA, también le enviaremos un formulario de Queja para que el cliente lo revise y lo firme.

Departamento de Atención al Cliente  
Teléfono: 212-294-8102  
Fax: 212-294-8198  
Correo electrónico: [clients@glwd.org](mailto:clients@glwd.org)

God's Love We Deliver brinda terapia de nutrición médica y comidas a domicilio médicamente diseñadas para individuos viviendo con una enfermedad grave en el área metropolitana de la ciudad de Nueva York y el condado de Hudson, NJ.

**La página 1 de este formulario es para referir a un individuo o autorreferirse a God's Love. Un médico, enfermero practicante o El asistente médico debe confirmar el diagnóstico médico y las limitaciones físicas de una persona en la página 2 para el individuo calificar.**

Nota: Los clientes que están en Atención administrada a largo plazo (MLTC) requieren una autorización para la entrega de comidas de sus respectivas agencias de atención administrada (es decir, SHP, VNS Choice, Healthfirst, etc.).

**No envíe esta referencia si un cliente está en un programa MLTC.**

**Información de remisión**

**Esta sección es para una referencia profesional. Si usted es el cliente, vaya a Información del cliente.**

Fuente de referencia:  Miembro de la familia  Trabajador social  Administrador de casos  Otro

Nombre del remitente: \_\_\_\_\_ Título/Relación: \_\_\_\_\_  
Agencia/Hospital (si corresponde): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información del cliente.**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Diagnóstico del cliente: \_\_\_\_\_

Vive:  solo  con pareja  con familia  con dependientes menores de 18 años (¿Cuántos? \_\_\_\_\_)

Género:  Masculino  Femenino  Transgénero / M  Transgénero / F Sexo asignado al nacer: \_\_\_\_\_

Raza:  Blanco  Negro o afroamericano  Asiático  Nativo de Hawái/Islands del Pacífico

Indio americano o nativo de Alaska  Otro: \_\_\_\_\_  Prefiero no contestar

Etnicidad:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  Prefiero no contestar

Idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nota: Incluya el contacto de emergencia en el formulario HIPAA. Si el cliente tiene un Apoderado para la atención médica o un Poder notarial, por favor proporcionar documentación de respaldo. Este es un requisito con un diagnóstico de demencia.

Yo/el cliente doy fe de:  una enfermedad crónica  limitaciones físicas (Ambas son necesarias para el servicio). Si no se incluye el formulario médico:  El formulario médico se ha enviado al proveedor de atención primaria para que lo complete.

**Un médico o profesional autorizado debe completar la siguiente página.**

Departamento de Atención al Cliente  
Teléfono: 212-294-8102  
Fax: 212-294-8198  
Correo electrónico: [clients@glwd.org](mailto:clients@glwd.org)

**UN MÉDICO CON LICENCIA O UNA ENFERMERA PROFESIONAL DEBE LLENAR, FIRMAR Y FAX O CORREO ELECTRÓNICO ESTE FORMULARIO**

Fecha : \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dos criterios para el servicio de God's Love s: 1) diagnóstico calificador; y 2) al menos uno de los siguientes:**

**LIMITACIONES FÍSICAS:** Todos los clientes, excepto los diagnósticos de demencia y VIH+, deben tener al menos uno:

- El cliente no puede estar de pie por más de 20 minutos.
- El cliente no puede caminar más de 20 pies sin descansar
- El cliente tiene un rango de movimiento severamente limitado en brazos y piernas.
- El cliente necesita ayuda para deambular afuera.
- Salvo citas, la movilidad del cliente está restringida al domicilio
- El cliente está postrado en cama.

**LIMITACIONES COGNITIVAS:** Los clientes con un diagnóstico de demencia o demencia relacionada con el SIDA pueden

**tener lo siguiente en lugar de limitaciones físicas:**

- El cliente muestra deterioro del juicio
- El cliente está desorientado en persona/lugar/tiempo
- El cliente exhibe comportamiento errante

**Diagnóstico médico primario:** \_\_\_\_\_ Fecha de Dx: \_\_\_\_\_

Condiciones médicas adicionales: \_\_\_\_\_

Código(s) ICD-9/ICD-10: \_\_\_\_\_ Etapa de la enfermedad (si corresponde): \_\_\_\_\_

Medicamentos/Tratamientos Actuales: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Se requieren CD4 y carga viral para el diagnóstico de VIH+**

Examen / Valor / Fecha	Examen / Valor / Fecha	Examen / Valor / Fecha	Examen / Valor / Fecha
CD4	LDL	Triglicéridos	Tot
Colesterol			
VL	HDL	HbA1C	Serum
Glucosa			

Si se considera que el cliente es elegible para los servicios en función de su diagnóstico médico y su incapacidad física para comprar y cocinar para sí mismo, el cliente es referido para comidas y terapia de nutrición médica para:

**< 3 meses \_\_\_\_\_ 6 meses 1 año**

Nombre del proveedor médico: (MD, NP o PA) \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Número de licencia: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Establecimiento/Hospital: \_\_\_\_\_

Proveedor médico Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Certificación: Por la presente confirmo que la información anterior es verdadera y precisa.  
Autorización compatible con HIPAA para divulgación de información médica  
Información e información confidencial relacionada con el VIH y no relacionada con el VIH**

-----**TODOS, INDEPENDIEMENTE DEL DIAGNÓSTICO O LA CONDICIÓN MÉDICA,  
DEBEN FIRMAR ESTA HIPAA.**

**Doy mi consentimiento para la divulgación de:**  **Mi información médica sobre el VIH\***  **Mi información médica que no es sobre el VIH\*\***

Este formulario autoriza la divulgación de información médica, incluida la información relacionada con el VIH. Puede optar por divulgar solo su información médica no relacionada con el VIH, solo su información relacionada con el VIH, o ambas. Su información puede estar protegida contra divulgación por la ley federal de privacidad y la ley estatal. Información confidencial relacionada con el VIH es cualquier información que indique que una persona se ha realizado una prueba relacionada con el VIH, o tiene infección por VIH, enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o cualquier información que pueda indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH.

De acuerdo con la ley del estado de Nueva York, la información relacionada con el VIH solo se puede proporcionar a las personas a las que usted permita que la tengan mediante la firma de un comunicado por escrito. Esta información también puede ser entregado a los siguientes: proveedores de salud que lo atienden a usted o a su hijo expuesto; funcionarios de salud cuando lo exija la ley; aseguradores para permitir el pago; personas involucrado en cuidado de crianza o adopción; personal oficial de correccionales, libertad condicional y libertad condicional; personal de emergencia o de atención médica que esté accidentalmente expuesto a su sangre, o por orden judicial especial. Según la ley estatal, cualquier persona que divulgue ilegalmente información relacionada con el VIH puede ser sancionada con una multa de hasta \$5,000 y una pena de cárcel de hasta un año. Sin embargo, algunas divulgaciones de información médica y/o relacionada con el VIH no están protegidas por la ley federal. Para más información sobre el VIH confidencialidad, llame a la línea directa de confidencialidad del VIH del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-962-5065; para obtener información sobre la protección federal de la privacidad, llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019.

Al marcar las casillas a continuación y firmar este formulario, se puede brindar información médica y/o información relacionada con el VIH a las personas que figuran en página dos (u hojas adicionales si es necesario) del formulario, **por los motivos enumerados. Si lo solicita, el centro o la persona que divulga su información médica debe proporcionarle una copia de este formulario.**

**La información en el siguiente cuadro debe ser completada.**

**Nombre y dirección de la institución /persona que divulga información médica y/o relacionada con el VIH:**

El nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Centro Médico/Hospital: \_\_\_\_\_

Agencia: God's Love We Deliver

**Nombre de la persona cuya información será divulgada:** \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la persona que firma este formulario (si no es la anterior): \_\_\_\_\_

Relación con la persona cuya información se divulgará: \_\_\_\_\_

Describa la información que se divulgará: \_\_\_\_\_

Motivo de la divulgación de la información: \_\_\_\_\_

Periodo de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información. De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Las divulgaciones no pueden ser revocadas, una vez realizadas. Excepciones adicionales al derecho a revocar el consentimiento, si las hubiere: \_\_\_\_\_

Descripción de las consecuencias, si las hubiere, de no dar su consentimiento para la divulgación sobre el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios  
(Nota: las regulaciones federales de privacidad pueden restringir algunas consecuencias):

**Todas las instituciones/personas enumeradas en las páginas 1 y 2 de este formulario pueden compartir información entre ellos con el propósito de brindar atención y servicios médicos. Firme a continuación para autorizar:**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\*Virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA \*\* Si solo divulga información médica que no es sobre el VIH, puede usar este formulario u otro formulario de divulgación médica general que cumpla con HIPAA.

**Autorización compatible con HIPAA para divulgación de información médica  
Información e información confidencial relacionada con el VIH y no relacionada con el VIH**

**Proporcione información para que cada centro/persona reciba información médica general y/o información relacionada con el VIH. Adjunte tantas hojas adicionales como sea necesario. Se recomienda tachar las líneas en blanco antes de firmar.**

Nombre y dirección de la institución/persona a la que se le dará información médica general y/o relacionada con el VIH: \_\_\_\_\_ God's Love We Deliver.

Motivo de la divulgación, si no se indica en la página 1:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si la información que se divulgará a esta institución/persona es limitada, especifique: Enumere su organización aquí:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre y dirección de la institución/persona a la que se le dará información médica general y/o relacionada con el VIH:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo de la divulgación, si no se indica en la página 1: -

\_\_\_\_\_

---

---

Si la información que se divulgará a esta institución/persona es limitada, especifique:

---

---

---

La ley lo protege de la discriminación relacionada con el VIH en materia de vivienda, empleo, atención médica y otros servicios. Para más información llamar a la Oficina de Asuntos de Discriminación por SIDA de la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al 1-800-523-2437 o (212) 480-2522 o a la Ciudad de Nueva York Comisión de Derechos Humanos al (212) 306-7500. Estas agencias son responsables de proteger sus derechos.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Sé que no tengo que permitir la divulgación de mi información médica y/o relacionada con el VIH y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización escribiendo a la institución/persona que obtiene esta autorización. Yo autorizo a la institución/persona anotada en la página uno a divulgar información médica y/o relacionada con el VIH de la persona nombrada en la página uno a las organizaciones/personas enumeradas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Sujeto de la información o representante legalmente autorizado)

Si es representante legal, indique la relación con el sujeto:

---

Imprimir nombre:

---

Número de cliente/paciente:

---

## Políticas y procedimientos del cliente

Bienvenido al servicio de comida a domicilio de God's Love We Deliver. Este documento de Políticas y Procedimientos del Cliente describe su función y responsabilidades como cliente de God's Love We Deliver, así como la forma de atender las quejas o reclamos sobre el servicio.

### Cómo utilizar este documento:

1. Lee el documento
2. Firma y fecha en la última página (página 5) del documento
3. Guarde las páginas 1 a 4 para poder consultarlas en el futuro
4. Envíe la página firmada (página 5) a God's Love por correo electrónico, fax o correo postal:
  - Correo electrónico: [clients@glwd.org](mailto:clients@glwd.org)
  - Fax: 212.294.8198
  - Correo postal: Departamento de Servicios al Cliente c/o God's Love We

Deliver

166 Avenida de las Américas, NY, NY 10013

### **SU PAPEL Y RESPONSABILIDADES COMO CLIENTE**

Cuando se inscribe para recibir servicios de comidas de God's Love We Deliver, usted acepta las siguientes:

**Cumple con los requisitos de elegibilidad:**

1. Un formulario de remisión médica válido y firmado por un médico o enfermero practicante que confirme un diagnóstico grave y limitaciones físicas que dificultan comprar y cocinar por usted mismo. Usted y su proveedor médico son responsables de proveer a God's Love copias válidas y vigentes de los formularios médicos para poder recibir los servicios.  
El formulario médico se debe entregar a God's Love We Deliver dentro de los 10 días posteriores a la recepción de su primera entrega de comida. Se debe presentar un nuevo formulario médico cada seis (6) a doce (12) meses, según lo indique su diagnóstico médico.
2. Se debe completar una evaluación nutricional con uno de los Nutricionistas dietistas registrados en God's Love We Deliver al iniciar el programa, así como cada seis meses después.
3. Informará a God's Love We Deliver cuando ya no esté restringido en realizar sus actividades de vida diaria y, por lo tanto, no califican para recibir comidas a domicilio.

**Mantendrá el respeto y la seguridad:**

1. Comunicarse con respeto y cortesía con todo el personal de God's Love We Deliver y voluntarios. Abuso verbal y/o físico, incluidas amenazas, a God's Love We Deliver miembro del personal o voluntario puede resultar en la interrupción de los servicios.
2. God's Love We Deliver no entregará comidas a ningún hogar o edificio donde un representante de God's Love We Deliver puede estar en peligro. Las circunstancias peligrosas incluyen la amenaza y/o acto de abuso físico y/o verbal, así como el uso de sustancias ilegales por el cliente o cualquier persona en el hogar o edificio del cliente. God's Love We Deliver puede identificar circunstancias adicionales que son peligrosas para el personal y los voluntarios en un caso por caso.

**Estará disponible para la entrega de su comida:**

1. Estará en casa para recibir comidas entre las 8:00 a. m. y las 4:00 p. m. cada día que esté programado para una entrega.
2. Si no puede estar en casa, hará arreglos para que alguien esté en su casa para recibir la entrega.
3. Para mantener la comida a domicilio segura y sin que se eche a perder, no dejaremos comidas desatendida en una dirección diferente, fuera de su casa, en la manilla de la puerta, en el porche, en la recepción o con un vecino.
4. Para cancelar una entrega o tomar un descanso del servicio, hará una solicitud al equipo de Atención al Cliente de God's Love We Deliver, hasta un día hábil antes de la fecha programada de su entrega. Llame a un Especialista de Servicios al Cliente al 212.294.8102 o al 800.747.2023 o envíe un correo electrónico [clients@glwd.org](mailto:clients@glwd.org) para informarnos.
5. Si no cancela una entrega por adelantado, un conductor de entrega intentará dejar sus comidas y se marcará su entrega como perdida. Si ese es el caso, entonces su servicio se pausará hasta que llame a Servicios al cliente al 212.294.8102 o envíe un



correo electrónico a [clients@glwd.org](mailto:clients@glwd.org) para reiniciar el servicio. Puede tomar hasta 48 horas para reiniciar la comida después de contactarnos.

6. Si pierde tres entregas consecutivas sin llamar con anticipación para cancelar, entonces God's Love We Deliver puede pausar sus entregas durante dos semanas o más.

### **TUS DERECHOS COMO CLIENTE**

#### **Tiene derecho a un servicio respetuoso sin discriminación:**

1. Todo cliente tiene derecho a un acceso imparcial, al tratamiento independientemente de su raza, nacionalidad origen, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, condición de veterano, etnia, edad o discapacidad mental o física. Respetamos la dignidad personal de cada cliente.
2. Todo cliente tiene derecho a esperar que todos los registros médicos o la información se mantengan confidencial de conformidad con la política de la agencia y según lo autorizado y requerido por la ley, incluidas las leyes de confidencialidad HIPAA. Información que proporciona sobre usted, incluida la información demográfica y de salud que se recopila para su seguimiento y evaluación de servicios. Su información también puede ser reportada al Departamento de Salud y Salud mental de la ciudad de New York (DOHMH) o el gobierno del condado de Hudson, NJ, los cuales financian partes del servicio God's Love We Deliver. Su información puede estar vinculada a otros registros en estas instituciones de planificación e investigación en salud. Toda la información se mantendrá confidencial de acuerdo con todas las leyes aplicables.
3. Todo cliente tiene derecho a tomar decisiones informadas sobre los servicios. Si usted habla otro idioma, tiene una discapacidad mental o de salud, o simplemente no entiende la información que le brindamos, entonces nuestro personal y voluntarios le brindarán toda la ayuda posible. La asistencia con el idioma está disponible de forma gratuita.
4. Todo cliente tiene derecho a información veraz y fácil de entender sobre la comida y servicios de nutrición.

#### **Tiene derecho al manejo confidencial de su información médica:**

1. Tiene derecho a que se proteja su información médica y relacionada con la atención médica. Usted también tiene derecho a leer y tener una copia de su propio formulario de confidencialidad de HIPAA, Formulario de Políticas y Procedimientos para el cliente, y formulario médico.
2. Tiene derecho a hablar en privado con nuestro personal sobre sus problemas médicos o relacionados con la información de su salud.

### **CÓMO COMUNICAR QUEJAS, QUEJAS Y APELACIONES**

Tiene derecho a una revisión justa, rápida y objetiva de cualquier queja que tenga con respecto a su

servicios. Esto incluye quejas sobre las entregas, las acciones del personal y voluntarios, y de los artículos entregados a usted. Valoramos sus opiniones e inquietudes. Tus comentarios nos dan una oportunidad de mejorar nuestro servicio. Sus quejas no afectarán la prestación del servicio.

**Si tiene una queja grave o siente que God's Love We Deliver ha manejado mal un problema, por favor siga estos pasos:**

**1. Notificar al Gerente de Servicios al Cliente.**

- El gerente intentará resolver la situación de inmediato. Si más seguimiento es necesario, el gerente notificará al Director Senior de Servicios al Cliente y Nutrición. Documentaremos su queja o inquietud en la base de datos de registros de clientes de God's Love We Deliver, para que haya un registro de su comunicación con nosotros.
- El gerente le notificará dentro de los siete (7) días hábiles de la resolución o una decisión. Se lo notificarán por teléfono, correo electrónico o correo postal. Si está presentando una queja porque God's Love We Deliver suspendió o canceló sus servicios, entonces continuará experimentando la suspensión o terminación de servicios hasta que se resuelva la queja o inquietud y se tome una decisión final (paso 2).

**2. Si la situación sigue siendo insatisfactoria, envíe su queja por escrito por correo electrónico o correo postal al Gerente de Servicios al Cliente.**

- Incluya una descripción de la inquietud e incluya los pasos tomados para resolver la situación. También puede solicitar una copia del informe inicial presentado.
- El Gerente de Servicios al Cliente se comunicará con usted dentro de los siete (7) días hábiles después de recibir su queja para revisar el asunto.
- Recibirá una notificación de una decisión final dentro de los siete (7) días posteriores de contactar al mánager. La notificación puede ser por teléfono, correo electrónico o correo postal.

**3. Tiene derecho a tener un representante de su elección como abogado en cualquier momento**

**durante el proceso de denuncia. Un representante puede ser un amigo, familiar o alguien en su sistema de apoyo. Esta persona debe estar nombrada y autorizada en su Formulario de confidencialidad del estado de Nueva York (el formulario HIPAA).**

**4. Si solicita más ayuda, puede apelar al Director Senior de Atención al Cliente de Servicios y Nutrición.**

**Ejemplos de Problemas y Resoluciones:**

1. Problema

Tu perdiste tu entrega porque estabas dormido, el timbre de tu puerta estaba fuera de servicio, o alguna otra razón.

Qué hacer

Llame a Servicios al Cliente tan pronto como sea posible al 212.294.8102 o 800.747.2023.

#### Posible resolución

Reiniciaremos sus servicios y reanudar la entrega en el siguiente día de entrega.

#### 2.Problema

Tus comidas han cesado y tu proveedor médico ha determinado que ya no es elegible para las entregas del programa de God's Love.

#### Qué hacer

Llame a Servicios al Cliente como tan pronto como sea posible en 212.294.8102 o 800.747.2023.

#### Posible resolución

Lo confirmaremos con su proveedor médico si usted es elegible para Las entregas de God's Love We Deliver Si no, le ayudaremos a referir a otros programas de comidas.

#### 3.Problema

Usted cree que el conductor no está siguiendo sus instrucciones de entrega.

#### Qué hacer

Llame a Servicios al Cliente como tan pronto como sea posible en 212.294.8102 o 800.747.2023.

#### Posible resolución

Un especialista en servicios al cliente hará un seguimiento con usted para Resolver este problema.

#### 4.Problema

Usted cree que está recibiendo la comida equivocada en base a su necesidades nutricionales.

#### Qué hacer

Llame a Servicios de Nutrición al 212.294.8103 o 800.747.2023.

#### Posible resolución

Un dietista registrado trabajará con usted y su proveedor médico para asegurarse de obtener las comidas que son mejores para ti.

#### 5.Problema

Tienes un conflicto con un voluntario o empleado

De God's Love We Deliver, y usted no ha tenido éxito en la resolución del conflicto.

#### Qué hacer

Llame al Gerente de Cliente Servicios al 212.294.8131 o 800.747.2023 x131.

#### Posible resolución

El gerente investigará usando el proceso en la página anterior. Si necesario, el Gerente le enviará el

asunto al director senior de Servicios al Cliente y Nutrición.

## **Políticas y Procedimientos del Cliente**

### **Página del cliente para firmar**

#### **RECONOCIMIENTO**

He leído y entiendo las Políticas y Procedimientos del Cliente, o alguien me las ha explicado a mí. Entiendo que mis entregas de comida pueden pausarse si no firmo y devuelvo este reconocimiento a God's Love We Deliver.

---

Nombre del cliente

---

Fecha de nacimiento del cliente

---

Firma del cliente

---

Fecha de la firma

---

O, si un **Poder notarial o un Apoderado para la atención de la salud** está completando este documento, utilice esta sección. Si no se ha proporcionado a God's Love We Deliver previamente un documento de Poder notarial o un Apoderado para la atención de la salud, por favor envíelo con este documento firmado.

---

Nombre del cliente  
cliente

---

Fecha de nacimiento del

---

Escriba el poder notarial o el nombre del apoderado de atención médica

---

Firma del poder notarial o apoderado de atención médica

---

Fecha de la firma