



PROGRAMA DE ENTREGA DE COMIDA A DOMICILIO

Gracias por su interés en el programa de entrega de comida a su hogar. Por favor lea toda esta informacion cuidadosamente antes de llenar su aplicacion.

Programa:

- Entrega de Comida a Domicilio proveé a cada cliente registrado con dos tolsas de 20-25 libras de comida, una vez al mes.
- Las entregas son solamente los Sábados y no somos capaces de hacer entregas de emergencia o al últimominuto.
- Cada cliente registrado será asignado a la Semana 1, Semana 2, Semana 3, o Semana 4. Por ejemplo si usted está asignado a la Semana 1, usted solo recibirá su entrega de comida la primera semana de cada mes. Los clientes registrados reciben un calendario para ayudar con la planeacion de las entregas de comida.
- La entregas de comida incluye (puede variar) latas de comida, leche, huevos, yogurt, vegetales frescos, caine congelada, y pan.
- Nosotros proveemos a cada cliente registrado la elección de tres dietas que han sido aprovadas por un dietista registrado: **Regular** (no restricciones en la dieta), **Bajo en Sodio** (limitada sal, grasa y colesterol), y **Diabetica** (baja en sal, grasa, colesterol, y azuúcar).
- En este momento, somos incapaces de ofrecer que el cliente escoja sus alimentos, ¡Lo sentimos!
- Casa adulto en la casa puede recibir alimentos si ellos son elegibles. Los menores son automaticamente elegibles si ellos pasan mayor tiempo en la casa que ya esta registrada con nosotros.

Para ser elegible, usted tiene que tener los siguientes requisitos:

- Usted tiene una discapacidad ouna condicion fisica o de solud que lo priva de venir a Lakeview Pantry a recojer sus alimentos.
- No hay nadie disponible que pueda venir a Lakeview Pantry a recojer sus alimentos.
 - o Si hay alguien que pueda venior por sus alimentos allos pueden ser su "proxy"; contactar a Lakeview Pantry para más información.
- Usted vive dentro de nuestra area de servicio: este de la Avenida Western, norte de la Avenida North, y sur de la Avenida Argyle.
- Nosotros somos un programa de bajos ingresos, disponibles para la gente cuyos ingresos estándebajo de ciertas guias. Nosotros no requerimos pruebu de ingresos, pero si se le pregunta ocerca de sus ingresos, por favor sea sincero.

Para Aplicar:

1. Completar la siguiente forma y enviar la por correo a Lakeview Pantry (direccion está arriba).
2. Tener una forma de referido de su doctor, trabajador social, consejero, terepista, o enfermera por favor pida que envíen la forma por fax a Lakeview Pantry.
3. Una vez que el Coordinador de Entregas de Comida a Domicilio reciba su aplicación, usted será contactado para conocer los siguientes pasos. Si nosotros estamos registrando nuevos clientes, el coordinador le hará una visita a su casa para hacer la decision final de su elegibilidad. Si nosotros tenemos una lista de espera, usted sera informado.



No Elegible para la Entrega de Comida a Domicilio?

Si se le ha encontrado no elegible para la entrega de comida a domicilio, o esta en la lista de espera, aqui hay otras formas de recibir comida:

1. Venga a Lakeview Pantry durante nuestras horas de distribucion y recoja su comida usando nuestro modelo de cliente-eleccion, que significa que usted quede elegir la comida que usted quiera.
 - Nuestros horarios de distribucion son:
 - Lunes, Miércoles y Viernes, 12:00pm - 4:00pm
 - Martes y Jueves, 5:00pm - 7:30pm
 - Sabados, 11:00am - 3:00pm
2. Envié a alguien a recoger su comida Lakeview Pantry. Siga las siguientes instrucciones:
 - Llene una Forma llamada Proxy, localizada en nuestro website (www.lakeviewpantry.org) en el internet ó puede llamarnos y nosotros le enviarnos una forma por correo.
 - Si usted nunca ha estado en Lakeview Pantry, la persona que será su Proxy, necesitará traer su identificacion y una prueba de domicilio de usted (una carta). Su Proxy también necesitara saber sus ingresos mensuales y el cobro de renta.
 - Firmará usted donde dice "Signature of Recipient" y su Proxy firmará donde dice "Signature of Proxy".
 - Digale a su Proxy que traiga un carrito o tolsas pora su comida y dele una lista de compras.
 - Enviar la forma completada a Lakeview Pantry con su Proxy, y él se la dará al voluntario que está en el escritorio cuando le toque su turno.
3. Usted puede colificar para el programa de comida sobre ruedas de la ciudad de Chicago. Este programa entrega comidas listas y que solo necesitan ser recalentadas. Si usted tiene 59 años o menos y tiene una desabilidad, llame al **312-744-6673**. Si usted tiene 60 años o más, llame al **312-744-4016**.



LAKEVIEW PANTRY

Eva Trampka, MSW
Home-Based Support Services Case Manager
3945 N. Sheridan Rd., Chicago IL 60613
773-525-1777 ext. 224
eva@lakeviewpantry.org

HOME DELIVERY INTEREST FORM

To be completed by the applicant

Thank you for your interest in Lakeview Pantry's Home Delivery Program. In order to begin your application for Home Delivery, please complete this form and return to the address listed above. NOTE: completing this form does not mean that you have been accepted into the program.

NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____

ADDRESS: _____

PHONE NUMBER: _____

What is your monthly income? \$_____ Income Source: SSI SSDI SS Other

How much is your rent/mortgage? \$_____

Does anyone in your household receive food stamps/SNAP? NO YES How much? \$_____

How did you hear about our program?

Please describe your physical limitations:

Do you have any allergies/dietary restrictions? If yes, describe below:

SIGNATURE OF APPLICANT

DATE



LAKEVIEW PANTRY

Eva Trampka, MSW
Home-Based Support Services Case Manager
3945 N. Sheridan Rd., Chicago IL 60613
773-525-1777 ext. 224
eva@lakeviewpantry.org

HOME DELIVERY PROGRAM REFERRAL FORM

To be completed by a doctor or other helping professional

APPLICANT NAME:

DATE OF BIRTH:

ADDRESS:

PHONE NUMBER:

Your patient/client has expressed interest in Lakeview Pantry's Home Delivery Program. This program provides recipients with free monthly groceries. The program is intended for seniors and people with disabilities who are unable to present to our pantry to pick up groceries. Please complete this form and either email to eva@lakeviewpantry.org, or fax to 773-525-7310. Thank you!

PROFESSIONAL'S NAME:

TITLE:

AGENCY/ORGANIZATION:

How long have you known the applicant and in what capacity?:

Please list any physical, cognitive or neurological limitations that might prevent the applicant from accessing our pantry:

Please add any other pertinent information that might be useful for our staff to know:

SIGNATURE OF PROFESSIONAL

DATE