

# Galveston Island Meals on Wheels, Inc.

## Aplicación para comidas

Date of Application / Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Visit Date / Fecha de la visita: \_\_\_\_\_ Start Date / Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

How did you hear about GIMOW? / ¿Cómo te enteraste de GIMOW? \_\_\_\_\_

---

### Contact Information / Información de contacto

Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Additional recipient(s) at this address / Destinatarios adicionales en esta dirección: \_\_\_\_\_

---

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Apartment / Apartamento: \_\_\_\_\_ Zip Code / Código postal: \_\_\_\_\_

Email / Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Phone / Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Cell / Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Number of People Living in Home / Número de personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

Name of other residents and relationship to applicant / Nombre de otros residentes y relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Do you rent or own your home? / ¿Alquila o es propietario? \_\_\_\_\_

Landlord Phone (if applicable) / Número de teléfono del propietario: \_\_\_\_\_

### Emergency Contact Information / Información de contacto de emergencia

Emergency Contact Name / Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relationship / Relación: \_\_\_\_\_ Phone / Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nearest Family Member Name / Nombre del miembro de la familia: \_\_\_\_\_

---

Relationship / Relación: \_\_\_\_\_ Phone / Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Demographic Information / Información demográfica

Age / Edad: \_\_\_\_\_ Birthday / Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Gender / Género: \_\_\_\_\_

Primary Language / Idioma principal: \_\_\_\_\_

Race/ Ethnicity / Raza/Etnia: \_\_\_\_\_

Marital Status / Estado civil: \_\_\_\_\_ Veteran? / ¿Eres un veterano? \_\_\_\_\_

Are you affiliated with any church or religious organization? / ¿Está afiliado a alguna iglesia u organización religiosa? \_\_\_\_\_ Name of Church / Nombre de la iglesia: \_\_\_\_\_

## Medical Information / Información Médica

Do you have any physical limitations? / ¿Tienes alguna limitación física? \_\_\_\_\_ If so, please circle / Si es así, por favor marque:

Wheelchair                      Visual Impairment                      Hearing Impaired                      Bedridden  
Silla de ruedas                      Discapacidad visual                      Audición                      Encamado  
Other (please specify) / Otros (especifíquese): \_\_\_\_\_

Have you been diagnosed with diabetes? / ¿Le han diagnosticado diabetes? \_\_\_\_\_ High blood pressure? / ¿Presión arterial alta? \_\_\_\_\_

Do you have any special dietary needs or food allergies? / ¿Tiene alguna necesidad dietética especial o alergias alimentarias? \_\_\_\_\_

If so, please explain / En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Do you have any disability or limitation not listed above? / ¿Tiene alguna discapacidad o limitación que no esté en la lista? \_\_\_\_\_ If so, please explain / En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Do you have any in-home assistance? / Tiene alguna asistencia en el hogar? \_\_\_\_\_ If so, what type and with whom? \_\_\_\_\_

Do you receive any other assistance not mentioned above? / Si es así, ¿de qué tipo y con quién? \_\_\_\_\_ If so, please explain / En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Do you drive? ¿Conduces? \_\_\_\_\_

## Delivery Information / Información de entrega

What days of the week do you wish to receive meals (circle all that apply)? / ¿Qué días de la semana desea recibir comidas (círculo de todo lo que corresponda)?

Monday                      Tuesday                      Wednesday                      Thursday                      Friday  
Lunes                      Martes                      Miércoles                      Jueves                      Viernes



Do you have any recurring appointments such as doctor visits, dialysis, physical therapy, etc., that would interfere with our scheduled meal delivery time (11:00 a.m. to 1:00 p.m.)? / ¿Tiene alguna cita recurrente, como visitas al médico, diálisis, fisioterapia, etc., que interfiera con nuestro horario de entrega de comidas programadas (11:00 a.m. a 1:00 p.m.)? \_\_\_\_\_

Do you have any dogs? / ¿Tienes perros? \_\_\_\_\_ Free roaming or tied? / ¿Roaming libre o atado? \_\_\_\_\_

Are there house numbers clearly visible from the street? / ¿Hay números de casas claramente visibles desde la calle? \_\_\_\_\_

Specific directions to residence and/or gate codes / Instrucciones específicas para la residencia y cualquier código de puerta: \_\_\_\_\_

Are there any other conditions our volunteer delivery driver should be aware of (broken stairs, inoperable doorbell, etc.)? / ¿Hay alguna otra condición que nuestro conductor de entrega voluntario deba tener en cuenta (escaleras rotas, timbre inoperable, etc.)? \_\_\_\_\_  
If so, please explain / En caso afirmativo, sírvase explicar \_\_\_\_\_

## **Payment and Billing Information / Información de pago y facturación**

Each meal is provided at a cost of \$5.50. Clients are asked to contribute what they are able but will not be denied service due to an inability to pay. / Cada comida se proporciona a un costo de \$ 5.50. Se les pide a los clientes que contribuyan con lo que puedan, pero no se les negará el servicio debido a la incapacidad de pagar.

I can contribute the following amount for each meal (circle one) / Puedo contribuir con la siguiente cantidad por cada comida (círculo uno):

\$5.50 each (full amount ) / cada uno (monto total)

\$2.75 each (full amount ) / cada uno

Other / Otro: \$ \_\_\_\_\_ per month / por mes

I am unable to contribute to the cost of meals / No puedo contribuir al costo de las comidas

Billing statements will be mailed monthly. / Los estados de cuenta se enviarán por correo mensualmente.

Person responsible for payment of meals / Responsable del pago de las comidas:

Name / Nombre: \_\_\_\_\_



Address / Dirección \_\_\_\_\_  
Apartment / Apartamento: \_\_\_\_\_ Zip Code / Código postal: \_\_\_\_\_  
Phone number / Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Relationship / Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_  
Signature of Responsible Party / Firma del Responsable: \_\_\_\_\_

Por la presente, afirmo que la información anterior compartida con Galveston Island Meals on Wheels, Inc. (GIMOW) es cierta. Si GIMOW descubre que no he sido sincero sobre la información aquí contenida o si no cumplo con mi obligación de contribuir / pagar el costo de las comidas según lo acordado (a menos que no pueda pagar), es posible que me retiren de este programa.

Applicant signature / Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_  
Witness signature / Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_



## Galveston Island Meals on Wheels Exoneración de responsabilidad

Deseo recibir comidas entregadas en mi residencia por Galveston Island Meals on Wheels ("GIMOW"). Soy consciente de que siempre hay riesgos en la preparación de alimentos, incluidos, entre otros, el transporte y almacenamiento de alimentos junto con la interacción de los alimentos con alergias o medicamentos. En consideración a que se me permita participar en el programa GIMOW y que me entreguen alimentos a mi residencia, por la presente libero voluntariamente todas y cada una de las causas de acción o lesiones personales, daños a la propiedad o muerte por negligencia que surjan de los servicios que me brinda GIMOW. Por mí mismo, mis herederos, albaceas y administradores, libero voluntariamente y renuncio por completo a cualquier reclamo contra GIMOW, todos sus funcionarios pasados, actuales y futuros, directores, empleados, voluntarios y otras personas asociadas con GIMOW, ya sea que el reclamo surja por negligencia o de otra manera. He leído detenidamente este acuerdo y se me ha permitido hacer preguntas.

Nombre del destinatario de la comida: \_\_\_\_\_

Firma del destinatario de la comida: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

