



Diabetes Wellness Program - Enrollment Form

The Redwood Empire Food Bank (REFB) offers the Diabetes Wellness Program (DWP) to neighbors facing hunger and suffering from diabetes. The DWP is a monthly provision of diabetic-appropriate staple foods and fresh produce. The program is open to low-income adults, age 18 or older, who have been diagnosed with diabetes or pre-diabetes. Applications must be verified by your healthcare provider or clinic.

Qualifications: Participants must have a Type 2 diabetes, Type 1 diabetes or Prediabetes diagnosis, be 18 years of age or older and self-certify that their monthly income meets program guidelines. Please circle your household size & corresponding maximum monthly income.

Household Size	1	2	3	4	5	6	7	8	Over 8
Max. Monthly Household Income	\$2,445	\$3,311	\$4,177	\$5,024	\$5,908	\$6,773	\$7,639	\$8,505	Add \$865 for each person

Directions: The *DWP Enrollment Form* is to be completed by the participant enrolling in DWP. The referral portion of the form is to be completed by the participant's healthcare provider or clinic and returned to the REFB. Once the application is received by the REFB, the participant will be contacted to verify availability in the program and to determine pick up location. DWP is offered at 40 locations throughout Sonoma County. *Questions? Call (707) 523-7903.*

Printed Name: _____

Address: _____ **City:** _____ **Zip Code:** _____

Phone: (____) _____ **Total People in Household:** _____ **Sex:** M F

Date of Birth: ____/____/____ **Hispanic or Latino:** Yes No **Race:** _____

Language: English Spanish Other: _____

Do you participate in Senior Basket, a monthly food box for seniors over 60? Yes No

- If **yes**, would you like to switch to the Diabetes Wellness Program? Yes No

- Are you interested in learning about CalFresh? Yes No

Authorization for Proxy(optional): In the event that I am unable to pick my DWP box, please release the food to:

Printed Name: _____ Proxy's Signature: _____

Patient Consent to Release Information: I give my consent for my health care provider(s) to release and share information about my medical history, test results, and other pertinent health and personal information to the Redwood Empire Food Bank.

Patient Signature: _____ **Date:** _____

Healthcare Provider Directions: The following **MUST** be completed by the patient's healthcare provider or clinic, including an authorized signature or stamp. The completed form may be scanned and emailed to kkarns@refb.org. The patient may also mail or deliver the form to:

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

Referring Clinic: _____
Referring Provider: _____
Provider Phone/Email: _____
Date of HbA1c test: _____ Most recent HbA1c result: _____%
Diagnosis of: <input type="checkbox"/> Type 2 Diabetes <input type="checkbox"/> Type 1 Diabetes <input type="checkbox"/> Pre-Diabetes
Clinician Signature/Stamp: _____ Date: _____

Questions? Call (707)523-7903

REFB Internal Use Only:
Desired DWP Pickup Site: _____ REFB Site Staff: _____
<input type="checkbox"/> New Participant: ___/___/_____ <input type="checkbox"/> Renewal: ___/___/_____ to ___/___/_____
App. Received Staff/Date: _____ Waitlisted Staff/Date: _____
Enrolled Date: _____



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. 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: _____