

# Stakeholder Feedback – Nutrition Benefit under the Health-Related Social Needs Initiative

Thank you for taking the time to provide your feedback. This form is designed to gather your insights on the Nutrition Benefit being developed under Colorado's Health-Related Social Needs (HRSN) Initiative.

Your responses will help inform benefit design, policy development, and future stakeholder engagement efforts.

This form should take about 8 to 10 minutes to complete. You may skip any questions that are not relevant to your role.

If you have any questions or need assistance, please contact us at [hcpf\\_hrsn@state.co.us](mailto:hcpf_hrsn@state.co.us).

## **Servicios**

This section gathers input on the types of services your organization currently provides or facilitates. Please specify what services your organization provides to your clients.

1. **¿Qué servicios de nutrición proporciona?**

**Educación/consejería nutricional:** cualquier combinación de estrategias educativas diseñadas para motivar y facilitar la adopción voluntaria de elecciones alimenticias y otros comportamientos relacionados con la alimentación y la nutrición que favorezcan la salud y el bienestar

**Abastecimiento de despensa:** comestibles que pueden recogerse o entregarse en el hogar del miembro

**Entregadas de Comidas a domicilio:** recepción de alimentos calientes preparados, kits de comidas o comidas de restaurante; pueden sustituir el abastecimiento de despensa dependiendo de los recursos del miembro

**Comidas médicamente adaptadas:** comidas adaptadas para apoyar a individuos específicos para quienes el apoyo nutricional mejoraría los resultados de salud, incluyendo la preparación, provisión y entrega de la comida.

*Check all that apply.*

- ☐ Educación/consejería nutricional
- ☐ Abastecimiento de despensa
- ☐ Entregadas de Comidas a domicilio
- ☐ Comidas médicamente adaptadas
- ☐ No ofrecemos servicios de nutrición.

2. If you answered “We do not provide nutrition services”, please specify what other service(s) you provide to your clients.

*Check all that apply.*

- ☐ Targeted Case Management for Housing Supports
- ☐ Pre-tenancy navigation services
- ☐ Tenancy sustaining services
- ☐ One-time transition and moving costs
- ☐ Rental Assistance and utility assistance
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

## Evaluación

HCPF is anticipating that a screening will need to take place to determine what nutrition services the client will be eligible for. The Department is interested in understanding when the screening takes place, the tools that are used for screening, and the types of providers who are performing the screening.

3. ¿Quién realiza la evaluación de inseguridad alimentaria o necesidades nutricionales?

*Mark only one oval.*

- ☐ Gestor de casos
- ☐ Trabajador sanitario comunitario
- ☐ Navegador de vivienda
- ☐ Proveedor de LPHA
- ☐ Proveedor de entrega de comidas
- ☐ Organización comunitaria
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

4. Cuando se interactúa con el miembro, ¿cuándo ocurre el proceso de evaluación?

*Mark only one oval.*

- ☐ Proveemos una evaluación una vez que recibimos un referido de otra organización
- ☐ Proceso de mudanza a la vivienda (por ejemplo, Evaluación de la admisión de viviendas, antes de la mudanza o después de la mudanza)
- ☐ Cuando el miembro contacta a nuestra organización necesitando ayuda para acceder a alimentos
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

5. ¿Utiliza alguna herramienta de evaluación para ayudar a detectar las necesidades nutricionales de los miembros?

*Mark only one oval.*

- ☐ Sí      *Skip to question 6*
- ☐ No      *Skip to question 7*
- ☐ No sabe      *Skip to question 7*

### Terramienta de Detección

6. Si respondió sí, ¿qué herramienta(s) de evaluación utiliza?

*Check all that apply.*

- ☐ Herramientas del departamento de agricultura de los Estados Unidos (USDA), tales como la encuesta sobre seguridad alimentaria de los hogares estadounidenses, la encuesta sobre seguridad alimentaria de los adultos estadounidenses, o el formulario breve de seis preguntas de la encuesta de seguridad alimentaria
- ☐ Herramienta de evaluación de los determinantes sociales de la salud
- ☐ Comunidades responsables de la salud
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

### Proveedores

This section seeks feedback on the types of organizations and professionals that are currently providing each of the nutrition services. For the following nutrition services, please indicate the type of provider who is offering the service as indicated in bold.

7. Cuando proporciona **educación o consejería nutricional**, ¿qué proveedor(es) ofrecen actualmente este servicio?

*Check all that apply.*

- ☐ Dietista registrado
- ☐ Proveedor de vivienda
- ☐ Proveedor médico licenciado (por ejemplo, médico, enfermera registrada)
- ☐ Proveedor de entrega de entrega de comidas
- ☐ Clínica
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

8. Cuando **proporciona abastecimiento de despensa**, ¿qué proveedor(es) ofrecen y realizan actualmente este servicio?

*Check all that apply.*

- ☐ Dietista registrado
- ☐ Proveedor de vivienda
- ☐ Proveedor médico licenciado (por ejemplo, médico, enfermera registrada)
- ☐ Proveedor de entrega de comidas
- ☐ Clínica
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

9. Cuando **proporciona entrega de comidas a domicilio o comidas médicamente adaptadas**, ¿qué proveedor(es) ofrecen y realizan actualmente este servicio??

*Check all that apply.*

- ☐ Dietista registrado
- ☐ Proveedor de vivienda
- ☐ Proveedor médico licenciado (por ejemplo, médico, enfermera registrada)
- ☐ Proveedor de entrega de comidas
- ☐ Clínica
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

## Conexión con el sistema de atención médica

The Department is interested in understanding how organizations are interacting and connecting Medicaid members to the health care system, including how you share information and how you are coordinating care. Please indicate if your organization is connecting members to the health care system and how you are doing so.

10. ¿Su organización está conectando a los miembros de Medicaid con el sistema de atención médica para asegurar que los registros médicos estén siendo actualizados?

*Mark only one oval.*

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Inseguro

11. ¿Cómo están conectando a los miembros de Medicaid con el sistema de atención médica para asegurar que los registros médicos estén siendo actualizados?

Complete el espacio en blanco

---

---

---

---

---

## Nivel de interés en reembolso

This section will help the Department understand your organization's interest level in providing and being reimbursed for nutrition-related services.

12. ¿Cuál es el nivel de interés de su organización en proporcionar y recibir reembolso por servicios relacionados con la nutrición?

*Mark only one oval.*

- ☐ Estamos interesados en inscribirnos con Health First Colorado para recibir reembolsos directos por servicios de nutrición.
- ☐ Actualmente estamos inscritos con Health First Colorado para proporcionar servicios relacionados con la nutrición (por ejemplo, comidas entregadas a domicilio)
- ☐ Estaríamos interesados en trabajar con las entidades regionales responsables (RAE) para facturar y recibir reembolsos.
- ☐ No estamos interesados en la inscripción y preferimos que otra organización facture en nuestro nombre.
- ☐ Aún indecisos, necesitaríamos más información

### About you

13. Name

---

14. Organization

---

15. Email address

---

---

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms