



**Gold Coast  
Health Plan**<sup>SM</sup>  
A Public Entity



**Apoyos  
Comunitarios**

**Solicitud de Certificación de Proveedor**

**Comidas de Apoyo Médico**

## Solicitud de Certificación de Proveedor de Apoyos Comunitarios (CS): Comidas de Apoyo Médico

### Instrucciones:

1. Esta Solicitud de Proveedor de CS refleja los requisitos y expectativas que establecen el DHCS y GCHP para actuar como proveedor de CS para miembros de GCHP.
2. Por favor, complete la Solicitud de Proveedor de CS y envíela a [calaimpr@goldchp.org](mailto:calaimpr@goldchp.org) con el texto en la línea de asunto “CS Provider Application.”
3. Si tiene alguna pregunta, por favor, participe en las reuniones de Asistencia Técnica de GCHP o contacte a [calaimpr@goldchp.org](mailto:calaimpr@goldchp.org).
4. Mientras completa su solicitud, por favor, sea consciente de que GCHP realizará un proceso de revisión de preparación para asegurar que usted cumple los requisitos del DHCS y puede prestar los servicios en la forma en que describen la política del DHCS y los P&P de GCHP. Para ello:
  - a. Por favor, revise detalladamente las expectativas para la prestación de servicios de CS según describen los documentos orientativos citados al final de estas instrucciones y que se comentarán en los Webinars de Asistencia Técnica de GCHP.
  - b. Por favor, revise estas expectativas dentro de su organización para asegurarse que ustedes las entienden con claridad y están preparados para proporcionar estos servicios. Puede haber discusión y/o requisitos adicionales para poblaciones focales específicas, según se describen en la Guía de Políticas de CS a la que se hace referencia en estas instrucciones.
  - c. Por favor, proporcione detalles sobre la forma en que su organización implementará los servicios de CS para cumplir las expectativas del programa. Por favor, sea claro y conciso en su presentación, para que los revisores entiendan la forma en que su organización proporciona servicios de CS.
  - d. Si tiene algún subcontratista que proporcione cualquier parte de los servicios de CS en nombre de su organización, por favor, presente una copia del MOU / contrato como parte de su solicitud.
  - e. Si usted propone que un subcontratista cumpla los requisitos de proveedor de CS, por favor, complete también la “Sección 1K: Supervisión y Seguimiento.”
5. GCHP revisará todas las solicitudes y responderá individualmente a los proveedores de CS con peticiones de información adicional o aclaración de áreas de la solicitud que no cumplan los requisitos de CS.
6. Para todas las respuestas en forma narrativa, por favor, sea claro y conciso. Por favor, limite su respuesta a 500 palabras o menos para cada sección.
7. No incluya ninguna PHI ni PII.
8. Cuando sea posible, evite usar acrónimos, o definalos en una lista en un documento de apoyo.
9. Utilicen las convenciones terminológicas estándar en todos los archivos.
10. Por favor, consulte los siguientes materiales de referencia para obtener información y ayuda:
  - a. Documentos de Referencia del DHCS para ECM y CS: [el documento de Términos y Condiciones Estándar para Proveedores de ECM y CS](#) proporciona detalles sobre lo que se espera de los proveedores.
  - b. Directrices de política del DHCS para CS: [Esta directriz](#) proporciona orientación estatal sobre todos los CS.

## Clave de Acrónimos:

- Actividades de la Vida Diaria (ADL)
- Selección de Formato Alternativo (AFS)
- Especialista Certificado de Envejecimiento en el Hogar (CAPS)
- Trabajadores de Salud Comunitaria (CHW)
- Apoyos Comunitarios (CS)
- Continuidad de Atención (CoC)
- Sistema Coordinado de Entrada (CES)
- Departamento de Servicios de Salud (DHCS)
- Administración de Atención Mejorada (ECM)
- Gold Coast Health Plan (GCHP)
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)
- Filtro de Partículas de Aire de Alta Eficiencia (HEPA)
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (ADL)
- Control Integrado de Plagas (IPM)
- Plan de Atención Administrada (MCP)
- Memorando de Entendimiento (MOU)
- Identificador Nacional de Proveedor (NPI)
- Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)
- Información Identificable Personalmente (PII)
- Proveedor de Atención Primaria (PCP)
- Proceso y Procedimientos (P&P)
- Información de Salud Protegida (PHI)
- Dietista Registrado (RD)
- Protocolo Seguro de Transferencia de Archivos (SFTP)
- Ingreso del Seguro Suplementario (SII)

## Sección de Información sobre el Proveedor:

Esta Solicitud de Certificación de Proveedor de CS tiene la intención de garantizar que el proveedor de CS aporta **evidencias satisfactorias** de cumplir los requisitos de CS según describen el DHCS y GCHP para ser certificado como proveedor de CS.

**Por favor, complete la Solicitud de Certificación de Proveedor de CS y preséntela por correo electrónico a [calaimpr@goldchp.org](mailto:calaimpr@goldchp.org) escribiendo en la línea de “Asunto” “CS\_Provider: Organization\_Name\_Certification\_Date” dentro de las tres semanas de su recepción. Si tiene alguna pregunta o duda mientras completa la solicitud, por favor, contacte [calaimpr@goldchp.org](mailto:calaimpr@goldchp.org).**

<b>Organización Proveedor de CS:</b>	
<b>Tipo de Organización Proveedor de CS:</b>	
<b>Número de Identificación Fiscal (TIN):</b>	
<b>Identificador Nacional de Proveedor (NPI) (Si es aplicable)</b> (es decir, Presentar NPI de Tipo 2 si es aplicable. Si usted tiene una solicitud pendiente de NPI, indíquelo aquí): <b>Nota: No todos los proveedores tendrán un NPI</b>	
<b>Completado Por:</b>	
<b>Fecha:</b>	
<b>Cargo:</b>	
<b>Número de Teléfono:</b>	
<b>Dirección de Correo Electrónico:</b>	

## Sección General de Proveedores

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>1A</b>	<b>Información General sobre el Proveedor</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información general sobre la organización:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tipo de Organización</li> <li>b. Licencia(s) de Negocio</li> <li>c. ¿Tienen ustedes actualmente un contrato de MCP? Si es así, ¿para qué servicio(s) y con qué MCP(s)?</li> </ol> </li> <li>2. Servicios ofrecidos</li> <li>3. Ubicaciones geográficas servidas</li> <li>4. Horas de operaciones</li> <li>5. Historial de fraude, desperdicio y/o abuso; actividad delictiva; o reclamos por responsabilidad.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcione información sobre su organización para todas las categorías a la izquierda (1-5).</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>
<b>1B</b>	<b>Experiencia Sirviendo a Beneficiarios de Medi-Cal</b> El proveedor está interesado en ofrecer CS a población de atención administrada de Medi-Cal de ámbito completo (no de Pago por Servicio).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Está usted interesado en ofrecer CS a población de atención administrada de Medi-Cal de ámbito completo (no de Pago por Servicio)?  <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No</li> <li>2. Describa su experiencia sirviendo a beneficiarios de Medi-Cal y/u otras poblaciones vulnerables. Indique el porcentaje estimado de sus clientes que son beneficiarios de Medi-Cal.</li> </ol> <p><b>(Nota: No es obligatoria experiencia de Medi-Cal para ser considerado para contratación de CS)</b></p> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>1C</b>	<b>Prestación de Servicios de CS</b> <input type="checkbox"/> Comidas/Comidas Médicamente Adaptadas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marque cada CS que su organización <b>esté interesada y dispuesta a proporcionar</b>. Complete las solicitudes de certificación correspondientes con documentación o anexos adicionales según se solicite sobre la forma en que su organización tiene previsto prestar cada servicio de CS.</li> <li>2. <b>Se espera de los proveedores que completen UNA solicitud de certificación PARA CADA servicio de CS.</b></li> </ol>
<b>1D</b>	<b>Difusión y Participación</b> El Proveedor de CS es responsable de realizar contacto y lograr la participación de miembros asignados.  <b>El Proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aceptar remisiones de miembros desde GCHP para el servicio de CS autorizado, hasta la capacidad predeterminada del proveedor de CS.</li> <li>2. Contactar al miembro remitido para el servicio de CS autorizado lo antes posible, incluyendo realizar un contacto inicial dentro de las 24 horas de la asignación.</li> <li>3. Responder a llamadas entrantes u otros contactos de miembros, incluyendo mantener una línea telefónica dotada de personal o capaz de grabar correo de voz 24 horas al día, siete días a la semana.</li> </ol>	<b>Para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa sus estrategias actuales de contacto y para lograr participación y cómo tiene previsto usted cumplir los requisitos de contacto y participación de GCHP.</li> <li>2. Describa su proceso de recepción de remisiones y la forma en que usted se comunica con GCHP y los miembros remitidos para asegurar el contacto y participación oportunos.</li> <li>3. Capacidad Estimada de Miembros: Describa el número estimado de miembros a los que puede atender su organización en relación con el servicio de Apoyos Comunitarios que usted proporcionará.</li> </ol> <b>Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar):</b>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<p><b>1E</b></p>	<p><b>Inscripción y Consentimiento del Miembro</b> El Proveedor de CS será responsable de obtener y documentar la inscripción voluntaria del miembro para participar en CS.</p> <p><b>El Proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Proveedor de CS obtendrá y documentará que cada miembro asignado está de acuerdo en recibir CS.</li> <li>2. Cuando lo exijan las leyes federales, el proveedor de CS se asegurará que los miembros autorizan compartir información con GCHP y todas las demás personas que participen en la atención al miembro, según sea necesario, para apoyar al Miembro y maximizar los beneficios de los CS.</li> <li>3. El Proveedor de CS obtendrá y documentará la autorización del miembro para comunicarse electrónicamente con el miembro y/o familiar(es), tutor legal, cuidador y/o persona(s) autorizada(s) de apoyo, si tiene intención de hacerlo.</li> </ol>	<p><b>Para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa su proceso actual de inscripción de miembros o de consentimiento de miembros para participar en el programa, y la forma en que su documentación documenta, almacena y comparte esta información con GCHP. Si actualmente no tiene un proceso, describa la forma en que tiene previsto cumplir este requisito.</li> <li>2. Describa la forma en que usted obtendrá y documentará la autorización del miembro relacionada con compartir y comunicar datos.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar):</b></p>
<p><b>1F</b></p>	<p><b>Coordinación de Atención</b> El proveedor de CS es responsable de coordinar la atención al miembro con otros proveedores incluyendo el proveedor de ECM, el PCP, otros proveedores de CS, GCHP, y otros, según sea apropiado.</p> <p><b>El Proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinarse con otros proveedores que estén el equipo de atención del miembro, incluyendo el proveedor de ECM según sea aplicable, y GCHP;</li> <li>2. Evaluar si un miembro que no participa en ECM reúne los requisitos de ECM y, si es así, presentar una remisión a ECM para el miembro.</li> <li>3. Si se interrumpe un CS por cualquier motivo, el proveedor de CS apoyará la planificación de transición para el miembro a otros programas o servicios que cubran sus necesidades.</li> </ol>	<p><b>Para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa la forma en que usted coordina la atención actualmente con otros proveedores en el equipo de atención al miembro.</li> <li>2. Describa la forma en que usted comunica y comparte información con otros proveedores y completa el proceso de cualquier planificación de transición y/o coordinación de atención que pueda necesitar el miembro.</li> <li>3. Si actualmente no tiene un proceso de coordinación de atención, por favor, describa cómo tiene previsto cumplir este requisito y qué ayuda puede necesitar de GCHP.</li> <li>4. Describa el proceso existente para dar el alta a los clientes de su(s) programa(s) y hacer la transición a otros servicios adecuados.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar):</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>1G</b>	<p><b>Remisión a Servicios Comunitarios y de Apoyo:</b></p> <p>Se recomienda al proveedor de CS identificar servicios adicionales de CS de los que pueda beneficiarse el miembro y enviar petición(es) adicional(es) de servicios de CS para que los autorice GCHP.</p>	<p><b>Para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa la forma en que usted identifica actualmente las necesidades de servicios comunitarios y de apoyo del miembro.</li> <li>2. Describa la forma en que usted ayuda al miembro a conectar con nuevos recursos en la comunidad. ¿Cómo hace usted seguimiento con el miembro para asegurarse de que se prestaron los servicios (es decir, remisiones de circuito completo)? Si es aplicable, ¿utiliza usted alguna plataforma de recursos para compartir recursos comunitarios o hacer seguimiento de remisiones?</li> <li>3. Si no tiene usted un proceso actualmente en marcha, describa la forma en que tiene previsto cumplir este requisito y qué ayuda puede necesitar de GCHP.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante (recuerde incluir información para cada servicio de CS que estén interesados en proporcionar):</b></p>
<b>1H</b>	<p><b>Requisitos de Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados y Sin Discriminación:</b></p> <p><b>El Proveedor de CS debe poder completar lo siguiente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proveedor de CS debe cumplir los requisitos de competencia lingüística y cultural y de AFS que establezca el requisito anual de capacitación de GCHP.</li> <li>2. Cumplir los requisitos de no discriminación que establezcan las leyes estatales y federales y el Contrato con GCHP.</li> <li>3. El Proveedor de CS debe demostrar un historial de servir a miembros de Medi-Cal de una forma equitativa, no discriminatoria y basada en la comunidad.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa la forma en que su organización brinda servicios cultural y lingüísticamente apropiados. Indique cualquier capacitación del personal relevante o servicios que usted ofrece para cumplir este requisito.</li> <li>2. Describa la forma en que usted proporciona acceso a servicios de traducción o interpretación, incluyendo TTY para personas con dificultades auditivas, o braille o impresión con letra grande para las personas con dificultades visuales, para ayudar a los miembros que participan en sus servicios/programas. Esto puede incluir el uso de recursos de GCHP.</li> <li>3. Indique en qué idiomas se ofrecen sus servicios para cubrir las necesidades de sus miembros.</li> <li>4. Describa la forma en que su organización proporciona servicios de una forma equitativa y no discriminatoria.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>1I</b>	<p><b>Reclamos y Presentación / Pago de Facturas:</b>  El proveedor de CS registrará, generará y enviará un reclamo a GCHP por los servicios de CS prestados en el formato estándar (archivo 837) ● enviará una factura a GCHP en el formato de Excel especificado por el DHCS. El Proveedor de CS debe tener autorización de servicios de CS para recibir pago por la prestación de servicios. El Proveedor de CS debe disponer de un mecanismo para aceptar el pago por parte de GCHP por los servicios autorizados y prestados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa su proceso actual para registrar, generar y presentar reclamos o facturas para el pago de los servicios prestados. Indique cualquier sistema electrónico o plataforma relevante que utilice actualmente.</li> <li>2. Si no tiene un proceso actual, indique la forma en que tiene previsto presentar reclamos o facturas por el/los servicio(s) de CS que desea proporcionar. ¿Qué ayuda necesita de GCHP para desarrollar este proceso?</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>
<b>1J</b>	<p><b>Compartir Datos para Apoyar los CS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intercambio de archivos de datos <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Miembros que potencialmente reúnan los requisitos</li> <li>b. PHI de los miembros asignados</li> <li>c. Respuesta de estado del programa</li> </ol> </li> <li>2. Informes <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Contacto y participación de miembros</li> <li>b. Informe(s) suplementarios obligatorios del DHCS</li> </ol> </li> <li>3. Requisitos de Privacidad y Seguridad <ol style="list-style-type: none"> <li>a. HIPAA</li> <li>b. 42 CFR Part 2</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa la capacidad de su organización para transferir datos e informes a GCHP mediante un sitio SFTP u otro mecanismo seguro de intercambio de datos para apoyar la prestación del servicio.</li> <li>2. Describa qué plataformas de intercambio de datos utiliza actualmente su organización.</li> <li>3. Describa la forma en que usted cumple con los requisitos de Privacidad y Seguridad de HIPAA y, si es aplicable, de 42 CFR Parte 2 para proporcionar servicios y evitar las filtraciones de datos.</li> <li>4. Describa si usted aporta información requerida a informes suplementarios que requiere el DHCS (por ejemplo, Informe trimestral de Seguimiento de Implementación de CS), y si es así, la forma en que lo hace.</li> <li>5. Si no tiene un proceso actual, describa la forma en que tiene previsto cumplir este requisito y qué ayuda puede necesitar de GCHP.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>



Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<b>1K</b>	<p><b>Seguimiento y Supervisión:</b></p> <p>El proveedor de CS debe cooperar con actividades de supervisión y seguimiento de GCHP para asegurar el cumplimiento de los requisitos de servicios de CS.</p> <p>El proveedor de CS debe cumplir las actividades de seguimiento de GCHP, incluyendo informes, auditorías y acciones correctoras obligatorias, entre otras actividades de supervisión.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa su experiencia en ser objeto de seguimiento y supervisión por parte de otra entidad con la que haya tenido contrato para prestar (un) servicio(s) de CS.</li> <li>2. Describa las auditorías internas que realiza y las auditorías externas en las que ha participado.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

## Alimentos / Comidas de Apoyo Médico

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
<p><b>2A</b></p>	<p><b>Descripción del CS</b> Los proveedores del CS deben proporcionar Comidas / Alimentos de Apoyo Médico para miembros elegibles de GCHP para cubrir sus necesidades dietéticas únicas.</p> <p><b>Por favor, indique cuáles de los siguientes servicios proporciona usted actualmente (marque todos los que apliquen):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Comidas entregadas a domicilio inmediatamente después del alta de un hospital o centro de enfermería cuando los miembros son más vulnerables a volver a ingresar.</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Comidas de Apoyo Médico: Comidas entregadas al miembro a domicilio que cubran las necesidades dietéticas únicas de las personas con enfermedades crónicas.</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Las Comidas de Apoyo Médico son adaptadas a las necesidades dietéticas del miembro por parte de un RD u otro profesional de nutrición certificado, reflejando terapias dietéticas adecuadas basadas en directrices de práctica nutricional basadas en evidencias, para abordar diagnósticos médicos, síntomas, alergias, manejo de medicamentos y/o efectos secundarios, para garantizar los mejores resultados posibles de salud relacionados con la nutrición.</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Comidas de Apoyo Médico y servicios de nutrición, incluyendo suministro de alimentos médicamente adaptados y bonos de comida saludable.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa brevemente la forma en que su organización proporciona estos servicios para cubrir las necesidades dietéticas únicas de una persona, incluyendo aquellas con condiciones crónicas. ¿Cuál es su capacidad actual y futura prevista para los servicios o programas de CS que ofrece? Indique si podría servir a todos los miembros asignados, incluyendo los que no están actualmente conectados con su organización.</li> <li>2. Describa brevemente su experiencia en proporcionar comidas de apoyo médico y servicios de nutrición, incluyendo suministro de alimentos médicamente adaptados, bonos de alimentos saludables y farmacias de alimentos.</li> <li>3. Describa brevemente su proceso para asegurar que las comidas médicamente adaptadas son apropiadas para las necesidades dietéticas del miembro. Utilizan ustedes un RD u otro profesional de nutrición certificado, para garantizar que las comidas reflejan terapias dietéticas adecuadas basadas en directrices de práctica nutricional basadas en evidencias, para abordar diagnósticos médicos, síntomas, alergias, manejo de medicamentos y/o efectos secundarios, para garantizar los mejores resultados posibles de salud relacionados con la nutrición.</li> <li>4. Describa su modelo de servicio actual y duración del servicio. ¿Cómo trabajarán con GCHP para determinar las necesidades dietéticas del miembro?</li> <li>5. Describa cualesquiera actividades que actualmente usted subcontrate o remita a otro proveedor. Aporte detalles específicos sobre la forma en que usted trabaja con cualquier subcontratista para completar servicios a domicilio.</li> <li>6. Si hay alguna actividad obligatoria para este servicio de CS que usted no proporcione actualmente, ¿cómo tiene previsto incrementar su capacidad para proporcionarla?</li> <li>7. ¿Necesitaría usted ayuda de GCHP, y si es así, con qué servicio(s) / actividades específicos?</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
2B	<b>Capacidades del Proveedor y Buenas Prácticas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuánto tiempo lleva su organización proporcionando este servicio?</li> <li>2. Describa los estándares nutricionales que utiliza su organización para informar sus servicios. Proporcione ejemplos de la forma en que ustedes cubren las directrices dietéticas específicas para abordar condiciones crónicas específicas, tales como insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes, enfermedad renal, etc.</li> <li>3. Describa la forma en que ustedes desarrollan Comidas de Apoyo Médico basadas en directrices de práctica nutricional basadas en evidencias, bajo la supervisión de un RD u otro profesional de nutrición certificado.</li> <li>4. Describa la forma en que ustedes proporcionan comidas cultural y médicamente adaptadas para una población diversa.</li> <li>5. Describa su experiencia en atender a los clientes después del alta hospitalaria o de un centro de enfermería, que serían los más vulnerables a volver a ingresar sin el apoyo de Comidas de Apoyo Médico.</li> <li>6. Si es aplicable, describa su experiencia en proporcionar suministro de alimentos médicamente adaptados y/o bonos de comida saludable.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>

Sección	Requisitos	Preguntas para Potenciales Proveedores
2C	<b>Criterios de Elegibilidad</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿A qué tipos de personas presta usted servicios actualmente?</li> <li>2. ¿Tiene alguna área focal específica o restricciones sobre criterios de elegibilidad para este servicio en su organización?</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>
2D	<b>Personal y Capacidad del Proveedor</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describa la estructura actual de personal para la prestación de este CS.</li> <li>2. Describa qué tipo de apoyo o ayuda para desarrollo de capacidades puede ser necesario por parte de GCHP para lanzar o ampliar este servicio.</li> <li>3. Indique cuántos RD o profesionales de nutrición certificados tiene en el personal y cuál es su papel en su prestación de servicio.</li> </ol> <p><b>Respuesta del Solicitante:</b></p>



**Gold Coast  
Health Plan**<sup>SM</sup>  
A Public Entity

**Apoyos Comunitarios (CS)**  
Solicitud de Certificación de Proveedor: Comidas de Apoyo Médico

711 East Daily Drive, Suite 106, Camarillo, CA 93010  
[www.goldcoasthealthplan.org](http://www.goldcoasthealthplan.org)