

Child and Adult Care Food Program (Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos)
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

(debe ser rellenado únicamente por uno de los padres o el tutor)

Para la inscripción en el CACFP de: _____
 PROVEEDOR DE SERVICIOS DE GUARDERÍA

Deseo inscribir a mi(s) niño(s), cuyos nombres e información de inscripción se dan a continuación, en el CACFP, que reembolsa a los proveedores de guarderías por servir comidas nutritivas y bien equilibradas a los niños de la guardería.

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Horario normal de la atención		Comidas recibidas normalmente (Marque con una X)					
		De	A	Desayuno	Bocadillo a.m.	Almuerzo	Bocadillo p.m.	Cena	Bocadillo noche

Marque con un círculo los días normales de atención: Lun Mar Miérc Jue Vie Sáb Dom

¿Tiene este niño alguna discapacidad, alergias alimentarias u otras necesidades dietéticas especiales? Sí No (En caso afirmativo, consulte con su proveedor la información que debe adjuntar a este formulario.)

¿El niño tiene menos de 12 meses y toma alguna fórmula especial por prescripción médica? Sí No (Debemos tener un formulario firmado por el médico en el archivo.)

**Si este niño es menor de 12 meses, debe indicarse a continuación una opción de fórmula.
 Asegúrese de introducir el nombre de la fórmula que se ofrece.**

Se han explicado las opciones para mi niño. He indicado mi(s) elección(es) a continuación:

- ____ 1) Aceptaré la fórmula que ofrece mi proveedor, la cual es: _____
- ____ 2) Proporcionaré mi propia leche materna.
- ____ 3) Suministraré la fórmula de mi elección que es: _____ y permitiré que el proveedor suministre los alimentos.
- ____ 4) Voy a suministrar la fórmula que es _____ y los alimentos.
- ____ 5) Suministraré la fórmula especializada prescrita por mi médico, que es _____. (Debemos tener un formulario firmado por el médico en el archivo).

Entiendo que mi(s) niño(s) recibirá(n) comidas sin cargo adicional para mí cuando esté(n) bajo cuidado durante cualquiera de los servicios de comida programados. Entiendo que el hogar de cuidado diario no puede y no discriminará por razones de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Entiendo que el patrocinador puede ponerse en contacto conmigo en relación con las comidas reclamadas por el proveedor para mi hijo. Si es necesario que se pongan en contacto conmigo por teléfono para actualizar y/o verificar esta información en cualquier momento, prefiero que me llamen a Trabajo Casa

Nombre de los padres (en letra de imprenta)
Firma del padre o de la madre Fecha
Dirección

Número de teléfono residencial ()
Número de teléfono del trabajo ()
Fecha de inicio

Categorías étnicas y raciales (no tiene la obligación de responder a esto.)

Compruebe la categoría étnica y racial de su niño. Necesitamos esta información para asegurarnos de que todos reciben los beneficios de forma justa.

Etnia:

- Hispana o latina
- Ni hispana ni latina

Raza:

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Asiática

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
- Multirracial

Confidencialidad

La información que proporcione será tratada de forma confidencial y se utilizará únicamente para la determinación de la elegibilidad y la verificación de los datos a efectos del CACFP.