

**Child and Adult Care Food Program (Chương Trình Thực Phẩm Chăm Sóc Trẻ Em và Người Lớn)**

**MẪU GHI DANH**

(chỉ phụ huynh hoặc người giám hộ mới được điền mẫu này)

Để ghi danh vào CACFP của: \_\_\_\_\_

CƠ SỞ CHĂM SÓC BAN NGÀY

Tôi mong muốn ghi danh cho (các) con em tôi có tên và thông tin ghi danh được cung cấp dưới đây vào CACFP, chương trình bồi hoàn cho cơ sở chăm sóc ban ngày để phục vụ bữa ăn cân bằng, giàu dinh dưỡng cho trẻ được chăm sóc ban ngày.

| Tên Trẻ | Ngày Sinh | Giờ Chăm Nom Thông Thường |     | Các Bữa Ăn Thường Nhận (Đánh dấu X) |              |          |               |        |             |
|---------|-----------|---------------------------|-----|-------------------------------------|--------------|----------|---------------|--------|-------------|
|         |           | Từ                        | Đến | Bữa Sáng                            | Bữa Phụ Sáng | Bữa Trưa | Bữa Phụ Chiều | Bữa Xế | Bữa Phụ Tối |
|         |           |                           |     |                                     |              |          |               |        |             |
|         |           |                           |     |                                     |              |          |               |        |             |
|         |           |                           |     |                                     |              |          |               |        |             |

Ngày chăm nom thông thường theo nhóm:      T2      T3      T4      T5      T6      T7      CN

Trẻ này có khuyết tật, bị dị ứng thực phẩm hay yêu cầu đặc biệt nào khác về chế độ ăn không?     Có     Không    (Nếu có, hãy kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị về thông tin cần đính kèm vào đơn này.)

Trẻ này có dưới 12 tháng tuổi và đang dùng sữa công thức đặc biệt theo y lệnh của bác sĩ không?     Có     Không    (Chúng tôi phải có giấy có chữ ký của bác sĩ trong hệ thống.)

**Nếu trẻ này dưới 12 tháng tuổi, quý vị phải nêu rõ một lựa chọn sữa công thức bên dưới. Hãy chắc chắn ghi tên của loại sữa công thức đang được cung cấp.**

Lựa chọn dành cho trẻ sơ sinh của tôi đã được giải thích. Tôi đã ghi rõ (các) lựa chọn của mình ở bên dưới:

- \_\_\_\_\_ 1) Tôi sẽ chấp nhận sữa công thức mà cơ sở của tôi đề nghị, là: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ 2) Tôi sẽ cung cấp sữa mẹ của tôi.
- \_\_\_\_\_ 3) Tôi sẽ cung cấp sữa công thức mà tôi lựa chọn, là: \_\_\_\_\_ và cho phép cơ sở cung cấp thực phẩm.
- \_\_\_\_\_ 4) Tôi sẽ cung cấp sữa công thức, là \_\_\_\_\_ và các loại thực phẩm.
- \_\_\_\_\_ 5) Tôi sẽ cung cấp sữa công thức chuyên biệt mà bác sĩ của tôi kê toa, là \_\_\_\_\_. (Chúng tôi phải có giấy có chữ ký của bác sĩ trong hệ thống.)

Tôi hiểu rằng (các) con em tôi sẽ được nhận bữa ăn mà tôi không mất thêm khoản phí nào khi cháu được chăm sóc, trong bất kỳ dịch vụ bữa ăn xếp lịch sẵn nào. Tôi hiểu rằng cơ sở chăm sóc ban ngày không được và sẽ không phân biệt đối xử vì lý do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác và tình trạng khuyết tật. Tôi hiểu rằng, bên bảo trợ có thể sẽ liên lạc với tôi về các bữa ăn mà cơ sở yêu cầu cho con em tôi. Nếu họ cần liên lạc với tôi qua điện thoại để cập nhật và/hoặc xác minh thông tin vào bất cứ lúc nào, tôi muốn được gọi đến:     Sở Làm     Nhà

|   |
|---|
| Tên Bệnh Nhân (viết in hoa)                 |
| Chữ Ký của Phụ Huynh<br><small>Ngày</small> |
| Địa Chỉ                                     |

|                                  |
|----------------------------------|
| Số Điện Thoại Nhà<br>(      )    |
| Số Điện Thoại Sở Làm<br>(      ) |
| Ngày Bắt Đầu                     |

**Dân Tộc và Chủng Tộc (Quý vị không bắt buộc phải trả lời phần này.)**

Chọn dân tộc và sắc tộc của con em quý vị. Chúng tôi cần biết thông tin này để chắc chắn mọi người đều được nhận phúc lợi công bằng.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dân Tộc:  | <input type="checkbox"/> Sắc Tộc:                           | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> Người Gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ Latinh            | <input type="checkbox"/> Người Da Trắng                     | <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Alaska Bản Địa                 |
| <input type="checkbox"/> Không phải Người Gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ Latinh | <input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Đảo Thái Bình Dương Khác |
|  | <input type="checkbox"/> Người Châu Á                       | <input type="checkbox"/> Người Đa Chủng Tộc                                       |

**Bảo mật hồ sơ**

Thông tin mà quý vị cung cấp sẽ được giữ kín và chỉ được sử dụng cho mục đích xác định tính đủ điều kiện cũng như xác minh dữ liệu phục vụ mục đích của CACFP.