



# Provider Resources Inc. CACFP Formulario de Inscripción de Niño

Preguntas por favor comunicarse con: Provider Resources Inc: 411 Merrimack St STE 100 , Methuen, MA 01844 781-939-9292

NOMBRE DE PROVEEDOR/A \_\_\_\_\_ # DE PROVEEDOR \_\_\_\_\_

Estimado/a Padre/Guardián:

Su **Proveedor de Familia de Cuidado Diurno** participa en el Programa de Alimentación Para Niños y Adultos en Guarderías (CACFP por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) administrado por el Departamento Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts.

Las comidas servidas deben cumplir los requisitos de nutrición establecidos por el USDA en el Programa de Alimentación Para Niños y Adultos en Guarderías. Para poder participar, su proveedor se ha comprometido a seguir las pautas del USDA. El proveedor le dará una copia de los componentes mínimos de la comida y requerimientos de porciones que deben de ser servidas según la edad del niño. Una declaración médica es necesaria si el niño/a no puede comer los alimentos requeridos por el CACFP. En un esfuerzo para evaluar que estos requisitos se cumplan, el USDA y CACFP requiere que los proveedores recolecten anualmente la información de inscripción enumerada a continuación. **Por favor, complete el formulario y devolverlo a su Proveedor de Familia de Cuidado Diurno.**

# ASIGNADO DEL NIÑO _____		PARTE 1: INFORMACION DE INSCRIPCION DEL NIÑO			
Nombre del Niño/a	Inicial del 2 <sup>do</sup> nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento Y Edad	Fecha de Inicio de Cuido	
<b>Horario Normal de cuidado</b> Por ejemplo 7:30 AM – 5 PM Entrada más temprana y salida más tarde		<b>Horario es de:</b> _____ a _____		<b>Marque los días en que su niño/a normalmente atiende al cuidado</b> <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	
<b>Marque las comidas que su niño recibe en horario normal de cuidado</b> <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo		<input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda Noche		<input type="checkbox"/> Marque aquí <b>SI el Horario Varía</b> seleccione días alternativos adicionales <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	
<b>Niño de Edad Escolar Horario en que el niño atiende a la escuela</b> Por ejemplo 8:00 AM – 3:00 PM _____ a _____			<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
<b>El niño asiste el día completo durante el cierre de la escuela:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llene a continuación		<b>Horario de cuidado durante vacaciones o días de no escuela</b> Entrada más temprana y salida más tarde _____ a _____		<b>Relación:</b> La relación del niño con el proveedor <input type="checkbox"/> No Relacionado <input type="checkbox"/> Relacionado –No Residente <input type="checkbox"/> Hijo/a de crianza del proveedor* <input type="checkbox"/> Hijo/a propio del proveedor** * Si está inscribiendo su hijo/a de crianza, por favor llamar a la oficina. ** Si está inscribiendo a su hijo/a propio, someter el Formulario de Elegibilidad de Ingresos.	
<b>Marque las comidas que su niño recibe en horario de vacaciones escolares o días de no escuela</b> <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo		<input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda Noche			
<b>(Si está incribiendo a un INFANTE [Nacimiento – 11 meses], complete esta parte para proveer el mejor cuidado nutritivo para su Infante.)</b>					
<input type="checkbox"/> Este niño es alimentado con leche materna		<input type="checkbox"/> Este niño es alimentado con Formula		<b>Nombre de la Formula fortificada con Hierro:</b>	
<input type="checkbox"/> Yo supliere la leche materna <input type="checkbox"/> El proveedor supliera la Formula		<input type="checkbox"/> Yo supliere la Formula <input type="checkbox"/> El proveedor supliera la Formula		<input type="checkbox"/> SI el Proveedor suple la Formula: <input type="checkbox"/> Tambien quiero supliir UNO otro alimento acreditable. <b>Nombre del Alimento:</b>	
<small>Comidas nutritivas que satisfacen los guías del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos son servidas a todos los niños inscritos en este programa, incluyendo los niños menores de 12 meses. El proveedor debe cumplir con los requisitos de los componentes de la comida basados en la edad y el desarrollo señalados en el patrón de alimentación infantil. <b>Padres/Guardian puede supliir no mas de un componente del patron de comida ¡incluyendo la leche materna o la formula! para que la comida pueda ser reenvolsable por el departamento de USDA.</b></small>					

## PARTE 2: ACEPTACIÓN Y FIRMA DE PADRE O GUARDIÁN

NOMBRE COMPLETO DE PADRE /GUARDIÁN \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

He leído este formulario de inscripción de niños y **SI** pido que mi hijo reciba los beneficios mencionados del Programa de Alimentación Para Niños y Adultos en Guarderías. He recibido una copia de este volante "Construyendo Para el Futuro". También, a como aplique, entiendo que el Proveedor de Familia de Cuidado Diurno ofrece cereales para bebés y alimentos para bebés de 4 meses y de más edad estén preparados para ello de acuerdo a los requerimientos del CACFP.

He leído este formulario de inscripción de niños y pido que mi hijo **NO** reciba los beneficios mencionados del CACFP.

FIRMA DE PADRE O GUARDIAN \_\_\_\_\_

FECHA (debe ser renovada anualmente) \_\_\_\_\_

<b>DERECHOS CIVILES:</b> Esta información es voluntaria y no afectará la elegibilidad de sus niños. Por favor, indique la identidad étnica y racial de sus hijos marcando un cuadro en cada una de las categorías. Esta información está siendo recopilada para asegurar que todos reciban los beneficios del CACFP en condiciones justas. 1. <b>Identidad Étnica</b> <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO.	
2. <b>Identidad Racial</b> <input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O NEGRO AMERICANO <input type="checkbox"/> HAWAIIANO NATAL u OTRO ISLEÑO PACIFICO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran programas del USDA están prohibidos de discriminar por raza, Nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Para presentar una queja de discriminación relacionada con el programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA o escriba un Carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta al USDA por correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250 - 9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. Este proyecto ha sido financiado al menos en parte con fondos federales del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.