

Nombre de la Institución: _____

Número del acuerdo: _____

Nombre Proveedor/Centro: _____

Programa de comida en el cuidado de niños y adultos (CACFP) Formulario para inscripción de participantes

Estimado Padres/Tutor/Curador,

Su centro de cuidado diurno participa en el Programa de comida en el cuidado de niños y adultos (CACFP por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA). El participante inscrito recibirá comidas y refrigerios nutritivos sin costo alguno para usted. CACFP necesita que se verifique la inscripción de cada participante en este centro. Sírvase llenar la sección de padres/tutor/curador de este formulario, firmelo y devuélvalo al Proveedor/Centro arriba indicado. Suministre información sobre sólo un (1) participante por formulario. **(Para que la institución sea reembolsada por las comidas que sirven/solicitan, se deberá llenar un formulario para cada participante inscrito todos los años.)**

Padres/Tutor/Curador:

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha en que participante se inscribió en el centro: _____

Alergias a alimentos: Sí No Si contestó "sí", especifique: _____
(Si el participante no puede recibir el Plan de Comidas CACFP, suministre una declaración del Proveedor de atención a la salud del participante.)

Indique los días de cuidado normal en el centro: domingo lunes martes miércoles jueves viernes sábado

Indique comidas que normalmente se comen en el centro : Desayuno Refrigerio a.m. Almuerzo Refrigerio p.m. Cena
Refrigerio nocturno

Sírvase indicar horas normales de llegada y salida (marque a.m. o p.m.): Llegada: _____ am pm. Salida: _____ am pm

Si el participante es un bebé (0 a 11 meses de edad), sírvase llenar este cuadro. Marque todas las selecciones que corresponden a continuación:

Esta institución/centro ofrece _____ fórmula para bebés a través de CACFP. Es opción suya
(Proveedor/centro llena esta información)

usar esta fórmula o no según las necesidades de su bebé. Las comidas para bebés provistas por la institución/centro deben cumplir con el plan de comidas para bebés, tal como lo exige 7CFR 226.20.

- Usaré la fórmula ofrecida por este centro. Doy permiso para que el personal del centro mezcle la fórmula o prepare los biberones para mi bebé.
- No usaré la fórmula ofrecida por este centro.
De ser así ¿qué fórmula enviará usted para que su bebé la use? _____
Si la fórmula que usted proporciona es una fórmula especial, deberá presentar una declaración médica.
- Proporcionaré leche materna para mi bebé.
- Mi bebé tiene cuatro (4) meses de edad o más, y debido a su desarrollo, está listo para comidas para bebé. Yo quiero que la institución/centro le dé las siguientes comidas para bebé, las cuales se permiten conforme a 7CFR 226.20 (b)(2)(3)(4).

Nota a los padres que reciben fórmula a través del Programa WIC: Su bebé tiene derecho a recibir fórmula de esta institución/centro de cuidado de niños, así como del Programa WIC. Es decisión suya decidir qué fórmula su bebé recibirá cuando está en el centro. Si usted encuentra que está recibiendo más fórmula de la que su bebé necesita, hable con la nutrióloga de WIC o con el proveedor de atención a la salud de su bebé.

Firma Padre/Tutor/Curador: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono del hogar: () _____

Teléfono del trabajo: () _____ Indique turno de trabajo: 1° 2° 3° Otro (especifique) _____

Para uso exclusivo del Proveedor/Centro:

Firma del Proveedor/Representante del Centro: _____ Fecha: _____

Fecha en que el participante se retiró del Centro: _____

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, se le prohíbe a la institución discriminar debido a raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para iniciar una reclamación por discriminación, sírvase escribir al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.