

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE NIÑOS

Solicitud de inscripción para niño, de 0 a 12 años.

SOLO uso de Proveedor
 RE-INSCRIPCIÓN ACTUALIZADO
 HIJOS/FOSTER DE PROVEEDOR

Nombre del proveedor	Dirección de Proveedor	Código postal
----------------------	------------------------	---------------

INSTRUCCIONES: El padre o tutor debe leer y completar este formulario con tinta. Por favor imprima toda la información en el formulario.

Declaración de entendimiento: Mi (s) hijo (s) está (n) inscrito (a) en el cuidado del proveedor anterior y entiendo que al completar esta solicitud, mi (s) hijo (s) participarán en el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (CACFP). Entiendo que el CACFP reembolsa a los proveedores de cuidado infantil por servir comidas nutritivas y bien balanceadas a los niños mientras están en el cuidado infantil.

Nombre y apellido del niño <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Bebé	Cumpleaños	Horas en cuidado <input type="checkbox"/> Variado		Cuidado de vacaciones?	Fecha de inscripción
		Entrada	Afuera	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Días Participantes (circule) LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO DOMINGO
 Comidas esperadas (circule): Desayuno AM bocadillo Almuerzo (Lonche) PM Merienda Cena Bocadillo por la noche

Nombre y apellido del niño <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Bebé	Cumpleaños	Horas en cuidado <input type="checkbox"/> Variado		Cuidado de vacaciones?	Fecha de inscripción
		Entrada	Afuera	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Días Participantes (circule) LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO DOMINGO
 Comidas esperadas (circule): Desayuno AM bocadillo Almuerzo (Lonche) PM Merienda Cena Bocadillo por la noche

1) ¿Algunos de los niños son considerados necesidades especiales? Si No 2) ¿Necesidades dietéticas especiales? Si No

3) ¿Alergias a los alimentos? Si No **Si marco "SI" en 1, 2, o 3 por favor explique** _____
 (Se debe ajustar una declaración médica firmada y/o un IEP para todos los niños con necesidades especiales) (Se debe ajustar una declaración del médico)

4) **BEBE INFANTIL** (si es aplicable) Padre Proveeo; Formula Infantil Fortificada con Hierro o Leche Materna (CIRCULE UNO)

Proveedor suministro Formula Infantil Fortificada con Hierro, NOMBRE DE FORMULA: _____

Entiendo que mi(s) hijo(s) recibirá(n) comidas cuando asistan durante cualquiera de los servicios de comidas programados. También entiendo que el centro de cuidado infantil no puede discriminar y no discriminará por razones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Firma de los padres	Imprimir Nombre	Fecha	
Dirección y dirección postal (si es diferente)	Código postal	Numero de Cell	Numero de Casa
Ocupación de los padres Padres Migrantes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Correo electrónico		Numero de Trabajo

Por favor circule la correcta herencia étnica racial de su hijo. La recopilación de esta información está en conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y es estrictamente para los requisitos de informes estadísticos, no afectará la consideración de su solicitud o la participación de su hijo en CACFP.

ETNICIDAD: (1) Hispano/Latino (2) No Hispano o Latino

RAZA: (1) Indio Americano o Nativo de Alaska (2) Asiático (3) Negro o Afro Americano (4) Hawaiano/a Nativo-Pacífico Isleño (5) Blanco

Declaración De No Discriminación Del Departamento De Agricultura De EE.UU.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: El Sitio web de no Discriminación del USDA, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1. **Correo Postal:** U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410

2. **Fax:** (833)256-1665 o (202)-690-7442 3. **Correo Electrónico:** Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.