

CHILD CARE FOOD PROGRAM MEAL COUNT RECORD

Formas son requeridas el quinto dia del mes que sigue del cuidado infantil

NCO/Rural Communities Child Care
14913 Lakeshore Drive, Suite C
Clearlake, Ca 95422
(707) 994-4018 Ext 603 or 605

Proveedor(a) _____

Mes/Año _____

El Tiempo que son servidas las comidas (incluyendo turnos si es aplicable)

Desayuno 1: _____ Bocadillo 1(AM): _____ Almuerzo 1: _____ Cena 1-2: _____

Desayuno 2: _____ Bocadillo 2(PM): _____ Almuerzo 2: _____ Bocadillo 3(N): _____

Reporte no mas de 2 comidas mayores y un bocadillo o 2 bocadillos y 1 comida mayor por niño por día.

FECHA	NOMBRE						NOMBRE						NOMBRE							
	HORARIO		Edad			A/P/N	HORARIO		Edad			A/P/N	HORARIO		Edad			A/P/N		
	ENTRO	SALIO	D	A	C		B	ENTRO	SALIO	D	A		C	B	ENTRO	SALIO	D		A	C
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
	TOTAL						TOTAL						TOTAL							
			D	A	C	B									D	A	C	B		

Por la presente certifico que esta información es verdadera y correcta en todos los aspectos y fue registrada diariamente. Entiendo que el conteo de comidas que no sean registrados para el final del día no serán elegibles para reembolso. Registrando los datos después del día que ser sirvió la comida se considera fraude. Yo entiendo que esta información se está dando en relación con el recibo de fondos federales y falsedad deliberada o retención de la información puede resultar en enjuiciamiento bajo estado aplicable y leyes federales.

Yo también certifico que

Yo he seguido todos los requerimientos del CCFP en los tipos y cantidades minimas de comidas servidas; Yo he reportado comidas servidas a niños inscritos de 12 años y menores; Yo he reportado comidas servidas a mis propios niños solo cuando comieron a la misma hora que los niños en mi cuidado, Y SOLO SI SOY ELEGIBLE; Yo he reportado comidas solo dentro de las limitaciones de mi licencia para cuidar niños; y que esta Meal Count (cuenta de comida) refleja los números exactos de comidas elegibles que fueron servidas.

SI!! Mis menús están incluidos

Firma _____	Fecha _____		
<small>REV 8/19</small>			
NUMBER ENROLLED	ADA	BREAKFAST	LUNCH
DINNER	SNACKS	INITIALS	