



# 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

Provider's Food Program **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	IN	Apellido	Fecha de Nacimiento Y Edad	Edad	Fecha de Inicio de Cuido
<b>Relación:</b> (La relación del niño con el proveedor) <input type="checkbox"/> No Relacionado. <input type="checkbox"/> Hijo/a de crianza del proveedor * <input type="checkbox"/> Relacionado –No Residente <input type="checkbox"/> Hijo/a propio del proveedor **		<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>HORARIO NORMAL</b> Marque los días en que su niño/a normalmente atiende al cuidado. <b>HORARIO NORMAL - DIAS</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>HORARIO VARIA</b> <input type="checkbox"/> Marque aquí & seleccione días alternativos adicionales en caso de necesitar cuidado debido a un horario de trabajo variado. <b>HORARIO VARIA - DIAS</b> <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <i>Si Fines de Semana:</i> <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
* 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.					
HORARIO – PARTICIPACION DE LAS COMIDAS					
INFANTE A NIÑO DE PRE-ESCOLAR		NIÑO DE EDAD ESCOLAR (llene los dos horarios: "DURANTE ESCUELA" & "NO ESCUELA")			
HORARIO		HORARIO: DURANTE ESCUELA		HORARIO: NO ESCUELA	
<b>Normal de cuidado</b> Por ejemplo 7:30 AM – 5 PM Entrada más temprana y salida más tarde _____ a _____		<b>Normal de cuidado</b> Por ejemplo AM _____ a _____ AM 7:30 – 9:00 PM _____ a _____		<b>Normal de cuidado</b> or ejemplo 7:30 AM – 5 PM Entrada más temprana y salida más tarde _____ a _____	
Marque las comidas que su niño recibe en horario normal de cuidado: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> MeriendaAM <input type="checkbox"/> MeriendaPM <input type="checkbox"/> MeriendaNoche		<b>Horario en que el niño atiende a la escuela:</b> _____ a _____ Marque los comidas que recibe su hijo mientras esta bajo cuidado en un día escolar: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> MeriendaAM <input type="checkbox"/> MeriendaPM <input type="checkbox"/> MeriendaNoche		<b>El niño asiste el día completo durante el cierre de la escuela:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marque las comidas que su niño recibe en días de no escuela: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> MeriendaAM <input type="checkbox"/> MeriendaPM <input type="checkbox"/> MeriendaNoche	
(Si esta inscribiendo a un INFANTE [Nacimiento – 11 meses], complete esta parte para proveer el mejor cuidado nutritivo para su infante.)					
<b>Cuando NO ESTA EN CUIDADO:</b> Este niño es alimentado: <input type="checkbox"/> con leche maternal <input type="checkbox"/> con Formula		<b>Cuando ESTA EN CUIDADO:</b> <input type="checkbox"/> Yo supliro la leche materna (expresado o en el sitio) <input type="checkbox"/> Yo supliro la Formula -Llene la informacion de la Formula => <input type="checkbox"/> El Proveedor supliro la Formula-Llene la informacion de la Formula=>		<b>Informacion de la FORMULA</b> Nombre de la Formula fortificada con Hierro: _____ Si él Proveedor supliro la Formula: (opcional) <input type="checkbox"/> Tambien quiero supliro UNO otro alimento acreditable Nombre del Alimento: _____	
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. Padres/Guardian puede supliro no mas de un componente del patron de comida (incluyendo la leche maternal o la formula) para que la comida pueda ser reenvolsable por el departamento de USDA.					

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
SIGNATURE			
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.			
0 -> <input type="checkbox"/> He leído este formulario de inscripción de niños y pido que mi hijo <b>NO</b> reciba los beneficios mencionados del CACFP			
FIRMA DE PADRE O GUARDIAN			FECHA (debe ser renovada anualmente)

**DERECHOS CIVILES:** 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"/> SI HISPANO O LATINO
2. <b>Identidad Racial</b>	<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	<input type="checkbox"/> HAWAIANO NATAL u OTRO ISLEÑO PACIFICO
	<input type="checkbox"/> NEGRO O NEGRO AMERICANO	<input type="checkbox"/> BLANCO

This institution is an equal opportunity provider.

LA FECHA DE VIGENCIA SE PUEDE HACER RETROACTIVA A PARTIR DEL PRIMER DÍA EN QUE EL NIÑO PARTICIPA EN EL CACFP, SIEMPRE QUE SE SUCEDA EN EL MISMO MES EN QUE ESTE FORMULARIO ES RECIBIDO. **FOR SPONSOR OFFICE USE ONLY:** Effective Date of this Enrollment Form: \_\_\_\_\_ Fiscal Year \_\_\_\_\_