

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE UN MENOR EN EL PROGRAMA ALIMENTICIO PARA NIÑOS Y ADULTOS PARA EL AÑO 20\_\_\_\_\_

Su proveedor \_\_\_\_\_ participa en el "Programa Alimenticio para Niños y Adultos" (CACFP, **(Nombre del Proveedor)** por sus siglas en inglés). Este programa ofrece los beneficios del "Programa Nacional de Almuerzos Escolares" para niños que reciben cuidado de guardería en un hogar. Su proveedor participa en el Programa CACFP bajo el patrocinio de: \_\_\_\_\_ **(Patrocinador)**

Bajo los lineamientos del "Programa Alimenticio para Niños y Adultos", **su proveedor** no debe de cobrarle separado por comidas ni deberá pedirle que lleve alimentos para su hijo, cuando dicho proveedor está reclamando estas comidas bajo el programa, incluso los bebés. A través del "Programa Alimenticio para Niños y Adultos" su proveedor puede ser reembolsado por un máximo de dos comidas y un aperitivo, o dos aperitivos y una comida por día, por niño. A todos los participantes inscritos se les servirán las mismas comidas – sin ningún cobro adicional – sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o discapacidad.

Se llevará a cabo un proceso de verificación para asegurar que los reembolsos que reciba su proveedor coincidan con los servicios de guardería ofrecidos. Como patrocinador de su proveedor debemos verificar que su niño esté inscrito en esta guardería. Por favor llene la siguiente información:

Deseo inscribir en el Programa CACFP a los siguientes niños:

Nombre Completo del Niño(s)	Fecha de Nacimiento	Nombre de la Escuela (escriba "ninguna" si aún va)	Horario de Escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Es escuela de todo el año?  Sí  No      ¿El proveedor tiene permiso de transportar a sus hijos?  Sí  No

**Su hijo es (marque todos los que se apliquen):**

Tipo de fórmula para bebés: \_\_\_\_\_

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niño en Cuidado   | <input type="checkbox"/> Hijo del Proveedor/Residente | <input type="checkbox"/> Aceptar                         |
| <input type="checkbox"/> Nueva Inscripción | <input type="checkbox"/> Inscripción Continua         | <input type="checkbox"/> Declinar (Voy a ofrecer: _____) |
| <input type="checkbox"/> Por Compensación  | <input type="checkbox"/> No por Compensación          | <input type="checkbox"/> No Aplicable                    |

Días en que normalmente necesitará cuidado:  Lun  Mar  Mié  Jue  Vie  Sáb  Dom

El horario de cuidado normalmente será de: \_\_\_\_\_ AM / PM a: \_\_\_\_\_ AM / PM

¿Variarán los días/horas de cuidado?  Sí  No Si Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

Marque las comidas que su hijo recibe en la guardería:  Desayuno  Almuerzo  Cena  Merienda(s)

¿Necesitará cuidado durante días festivos?  Sí  No

Si Sí, durante cuales días feriados?  Año Nuevo  Día de Martin Luther King Jr.  Día de Presidente  Día Conmemorativo  
 4 de Julio  Día Laboral  Día de Cristóbal Colon  Día de los Veteranos  Día de dar Gracias  Navidad  Otro \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PADRE**      **# DE TELÉFONO DE TRABAJO**    **# DE TELÉFONO DEL HOGAR**    **# DE TELEPHONO MENSAJES**

<b>DIRECCIÓN</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>	<b>FECHA</b>
------------------	---------------	----------------------	--------------

Raza/Origen Étnico de SU Hijo: Aunque esta información no es obligatoria, su cooperación ayudará a determinar el cumplimiento de la Ley Federal de Derechos Civiles. Bajo ninguna circunstancia se utilizará esta información al considerar su solicitud. Si usted se niega a ofrecer esta información, esto no afectará la consideración de su solicitud. Estamos autorizados a solicitar esta información bajo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. La recolección de esta información es estrictamente para fines de informes estadísticos. Por favor marque con un círculo la categoría indicada (si desea hacerlo):

<b>Marque una identidad étnica</b>	<b>Marque una o más identidades raciales:</b>	
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacifico

Secretaría de Educación de Arizona · Servicios de Salud y Nutrición · 602-542-8700  
*Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.*