

**Programa del Cuidado de Alimentos para Niños y Adultos
FORMA DE INSCRIPCIÓN ANUAL CACFP**

FORMAS DE INSCRIPCIÓN PARA PROGRAMAS DE NIÑOS EN CENTROS DE GUARDERÍA, PRE-KINDER Y PROGRAMAS CON LICENCIA DE HORAS FUERA DE LA ESCUELA.
(Este documento no tiene que ser llenado para niños en Programas de Horas Después de la Escuela de Alto riesgo, con excepción de licencia de horas fuera de la escuela o vivienda de emergencia)

Queridos Padres:

Esta institución participa en el Programa del Cuidado de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) y recibe reembolsos por proveer alimentos nutritivos a su(s) niño(s). Las regulaciones federales de CACFP requieren que todos los niños inscritos en el programa que tengan un padre o tutor llenen una forma de Inscripción Anual de CACFP, proveyendo información sobre su(s) niño(s). Esta información ayudará a asegurar que todos los niños reciban los alimentos apropiados.

Por favor complete las áreas de abajo del 1 al 6. Asegúrese de firmar y fechar el documento.

1 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO INSCRITO (Incluya fecha de nacimiento/edad)	2 DIAS DE LA SEMANA DE ASISTENCIA	3 HORAS QUE LOS NIÑOS ATIENDEN NORMALMENTE DURANTE LA SEMANA	4 ALIMENTOS RECIBIDOS
		ENTRADA SALIDA HORA QUE LOS NIÑOS ASISTEN A LA ESCUELA	
		AM PM HORA AM PM HORA SE VA REGRESA	
Primer Niño Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yo trabajo sin horario fijo y el niño(s) puede ser cuidado en diferentes días/horas	<input type="checkbox"/> Bocado muy de Mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado de Noche
Segundo Niño Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____	<input type="checkbox"/> Mismos días como arriba <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	<input type="checkbox"/> Mismo horario como el niño de arriba	<input type="checkbox"/> Mismos alimentos como arriba <input type="checkbox"/> Bocado muy de Mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado de Noche
Tercer Niño Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____	<input type="checkbox"/> Mismos días como arriba <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	<input type="checkbox"/> Mismo horario como el niño de arriba	<input type="checkbox"/> Mismos alimentos como arriba <input type="checkbox"/> Bocado muy de Mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado de Noche
Cuarto Niño Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____	<input type="checkbox"/> Mismos días como arriba <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	<input type="checkbox"/> Mismo horario como el niño de arriba	<input type="checkbox"/> Mismos alimentos como arriba <input type="checkbox"/> Bocado muy de Mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado de Noche

5 CATEGORIA ÉTNICA/RACIAL
Conteste ambas preguntas

A. Dato étnico del niño(s)- Marque sólo uno	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
B. Dato Racial del niño(s)- Marque uno o más si es necesario	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Blanco o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico

6 Firma

_____ Firma del Padre o Tutor	_____ Fecha	_____ Número de Teléfono del Padre o Tutor.
----------------------------------	----------------	--

De acuerdo con las leyes federales y la póliza del Departamento de Agricultura de U.S.A. en ésta institución está prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para una demanda de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 ó llamar al (800) 795-3272 ó (202) 720-6382 (TTY). USDA es un proveedor de igualdad de oportunidad y empleo.	FOR OFFICE USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA) Effective Date of This Enrollment Form _____ It is recommended to have new CACFP Annual Enrollment Forms completed each year during the Household Income Eligibility Application renewal period.
---	---