

CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS – PROGRAMA ALIMENTICIO

2021 CUIDADO FAMILIAR

PLANILLA DE INSCRIPCION

Su proveedor de cuidado diurno participa en el Programa Alimenticio para Cuidado de Niños. Este programa le extiende los beneficios del Programa Nacional de Almuerzo Escolares a los niños que participan en el Cuidado Familiar. Como su proveedor le da mucha importancia a la buena nutrición ha escogido los beneficios del Programa Alimenticio.

Bajo los reglamentos del Programa Alimenticio para Cuidado de Niños y Adultos su proveedor no puede cobrarle por separado por las comidas ni tampoco le puede pedir que le mande comida con su niño cuando sea comidas que reclama bajo el programa. Las cuotas del cuidado del niño/a que le cobra su proveedor cubren el cuidado de su hijo/a y el costo de los alimentos que no son reembolsados por el Programa Alimenticio para Cuidado de Niños y Adultos.

Si su hijo/a no puede comer los componentes del Programa Alimenticio para Cuidado de Niños y Adultos necesitamos una declaración del medico referente a su dieta. Esta declaración permite que su hijo participe en el Programa Alimenticio para Cuidado de Niños y Adultos y aun seguir la dieta que su doctor le recomienda.

Favor de completar la siguiente información para verificar que su hijo esta inscrito en el cuidado de la Proveedora.

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento	Horas de Cuido	Días de Cuido <small>(Circule los que aplican)</small>	Comidas Solicitadas <small>(Circule los que aplican)</small>
_____	_____	-	L M MI J V S	D M A T C
_____	_____	-	L M MI J V S	D M A T C
_____	_____	-	L M MI J V S	D M A T C
_____	_____	-	L M MI J V S	D M A T C

L=Lunes *M=Martes* *MI=Miércoles* *J=Jueves* *V=Viernes* *S=Sábado* *D=Domingo*
D=Desayuno *M=Merienda* *A=Almuerzo* *T=Merienda Tarde* *C=Cena* *N=Merienda de Noche*

Raza/Identidad Étnica: *(Opcional)*

TOTAL	ORIGEN ÉTNICO:		RAZA:				
	Hispano o Latino	No Hispano o Latino	Indio Americano o Nativo de Alaska	Asiático	Negro o Afro Americano	Nativo de Hawái u Otro Isleño Pacífico	Blanco
PARTICIPANTES INSCRITOS							
AREA GEOGRAFICA							

Yo, _____ **No deseo inscribir a mi hijo/a en el Programa Alimenticio.**

Certifico que he leído y he entendido las reglas para que mi hijo participe en el Programa Alimenticio para Cuidado de Niños y Adultos.

Nombre del Padre/Madre (En letra de molde) _____

Firma de padre/Madre _____ Fecha _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de la Casa/Cell () _____ Teléfono del Trabajo () _____

Nombre del Proveedor _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Toda información es confidencial

El Programa Alimenticio de Niños y Adultos es un programa federal de Servicio de Alimentos y Nutrición, de Agricultura de los Estado Unidos. Esta operado en acuerdo con la póliza de ley Federal y el Departamento de Agricultura del U.S (USDA), se le prohíbe a esta institución el discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Para llenar una queja alegando discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 o llame, gratuitamente, (866)632-9992 (Voice). Usuarios de TDD pueden contactar el USDA por el relay local o Federal al (800)877-8339 (TDD) o (866) 377-8642 (usuarios de voz de relay). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos.