

Formulario de inscripción de niños

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos Numero de proveedora

Estimado padre/madre/tutor:

Su centro de cuidado infantil _____ participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) administrado por el Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE) de Massachusetts.

Las comidas servidas deben cumplir con los requisitos de nutrición establecidos por el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del USDA. Para poder participar, el centro de cuidado infantil ha acordado seguir las pautas del USDA. Se necesita una declaración de su médico si su hijo no puede comer los alimentos requeridos por el CACFP.

En un esfuerzo por evaluar que se cumplan estos requisitos, el USDA y el CACFP requieren que los centros de cuidado infantil recopilen anualmente la información de inscripción que se detalla a continuación.

Complete el formulario y devuélvalo a su centro de cuidado infantil. Todas las familias o tutores deben completar la Parte 1 y la Parte 3. La Parte 2 se debe completar ÚNICAMENTE si se inscribe a un bebé (menor de 12 meses).

PARTE 1: INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño	Apellido	Fecha de nacimiento y edad del niño	Fecha de inicio del cuidado infantil
Asignado # _____ Horarios en los que el niño asiste habitualmente Por ejemplo: desde 7:30 a. m. a 5:00 p. m. Niño en edad escolar-tiempo en la escuela <input checked="" type="checkbox"/> casilla <input type="checkbox"/> si el horario varía	Horario: _____ a _____ _____ a _____	Marque los días que su niño asiste habitualmente <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado	Marque las comidas que solicita que su niño reciba mientras está bajo cuidado <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio por la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio por la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio por la noche

Nombre del niño	Apellido	Fecha de nacimiento y edad del niño	Fecha de inicio del cuidado infantil
Asignado # _____ Horarios en los que el niño asiste habitualmente Por ejemplo: desde 7:30 a. m. a 5:00 p. m. Niño en edad escolar-tiempo en la escuela <input checked="" type="checkbox"/> casilla <input type="checkbox"/> si el horario varía	Horario: _____ a _____ _____ a _____	Marque los días que su niño asiste habitualmente <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado	Marque las comidas que solicita que su niño reciba mientras está bajo cuidado <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio por la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio por la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio por la noche

Nombre del niño	Apellido	Fecha de nacimiento y edad del niño	Fecha de inicio del cuidado infantil
Asignado # _____ Horarios en los que el niño asiste habitualmente Por ejemplo: desde 7:30 a. m. a 5:00 p. m. Niño en edad escolar-tiempo en la escuela <input checked="" type="checkbox"/> casilla <input type="checkbox"/> si el horario varía	Horario: _____ a _____ _____ a _____	Marque los días que su niño asiste habitualmente <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado	Marque las comidas que solicita que su niño reciba mientras está bajo cuidado <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio por la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio por la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio por la noche

Si hay otros niños bajo cuidado, complete formularios adicionales según sea necesario.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DEL PATROCINADOR

Fecha de vigencia de este formulario de inscripción: _____ Año fiscal 2024/2025
 La fecha de vigencia puede hacerse retroactiva al primer día que el niño participa en el CACFP, siempre que ocurra en el mismo mes en que se recibe este formulario.

PARTE 2: NOTIFICACIÓN DE COMIDA INFANTIL (desde el nacimiento hasta los 11 meses)

Se sirven comidas nutritivas que cumplen las pautas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos a todos los niños inscritos en este programa, incluidos los niños menores de 12 meses. El centro de cuidado infantil debe cumplir con los requisitos de componentes de comidas según la edad y la madurez que se describen en el Patrón de comidas para bebés. **Los padres/tutores pueden suministrar no más de un componente requerido por comida en el patrón de comidas (incluyendo leche materna o fórmula) para que la comida sea reembolsable en CACFP.**

Entiendo que este centro de cuidado infantil tiene disponible la fórmula fortificada con hierro _____ para mi bebé mientras esté bajo cuidado.
(Nombre de la fórmula infantil fortificada con hierro)

Para ayudar a proporcionar el mejor cuidado nutricional para su bebé, complete la siguiente información.

MARQUE UNA OPCIÓN (leche materna/fórmula):

Daré el pecho en el centro y/o suministraré leche materna extraída para mi bebé. Suministraré fórmula para mi bebé.

Prefiero que el centro suministre la fórmula ofrecida.

POR FAVOR MARQUE UNA OPCIÓN (alimentos):

Suministraré todos los alimentos para las comidas de mi bebé. Rechazo los alimentos proporcionados por el proveedor/centro.

Elegí que el proveedor/centro proporcione la fórmula y deseo proporcionar un alimento. Proporcionaré el siguiente alimento acreditable:

Me gustaría que el proveedor/centro proporcione todos los alimentos para las comidas de mi bebé.

PARTE 3: ACEPTACIÓN Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

He leído este formulario de inscripción para niños y solicito que mi niño reciba los beneficios del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos mencionados anteriormente. He recibido una copia de este formulario completo.

Firma de padre/madre

Fecha de la firma (el formulario debe completarse anualmente)

Nombre de los padres:

:

Aclaración

Teléfono de casa:

Dirección postal:

Teléfono del trabajo:

Ciudad, estado, código postal:

Teléfono móvil:

DERECHOS CIVILES: Esta información es voluntaria y no afectará la elegibilidad de sus niños. Indique la identidad étnica y racial de sus niños marcando una casilla en cada una de las categorías. Esta información se recopila para garantizar que todos reciban los beneficios del CACFP de manera justa.

- Identidad étnica** HISPANO O LATINO NI HISPANO NI LATINO.
- Identidad racial** NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA ASIÁTICO NEGRO O AFROAMERICANO
 NATIVO DE HAWAI u OTRA ISLA DEL PACÍFICO BLANCO.

Si tiene preguntas, comuníquese con: **Patrocinador o centro de cuidado infantil, nombre de contacto, dirección y número de teléfono**

Jean Bianchi, Nutrition Director Clarendon Early Education Services, Inc 370 Merrimack St. Suite 210
Lawrence, MA 01843