

## Programa de Comida para los Centros que Cuidan Niños y Adultos (CACFP) SOLICITUD

**Noticia para los Padres/Guardianes:** Su niño(s) está inscrito en un centro que participa en el Programa de Comida para Los Centros que Cuidan Niños y Adultos (CACFP). Por medio de este programa, el centro le da a su niño una variedad de comida nutritiva y el centro recibe reembolso que ayuda con el costo de la comida. Para cumplir con los requisitos del programa, el centro necesita que los padres completen una solicitud anualmente para cada niño que recibe cuidado en el centro.

Apellido, Primer Nombre	Nacimiento	Horas de Cuidado		Días que recibe cuidado								Comidas que recibe					Opcional	
		Venir	Salir	L	M	M	J	V	S	D	Br	AM Sn	Lu	PM Sn	Dn	Ev Sn	Etnica	Racial

**Ethnica:** **H**=Hispana o Latina o **N**=No Hispana ni Latina

**Racial:** **W**=Blanca, **B**=Negra o Afro Americana, **I**=Indo Americana o Nativo de Alaska, **A**=Asiatica, o **P**=Hawaiana o de las Islas del Pacifico

Nombre y Domicilio:

Firma:

Imprima el Nombre

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Calle Apartamento

Ciudad Estado Codigo Postal

Teléfono en la Casa Teléfono en el Trabajo

De conformidad con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe a esta institución la discriminación según la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la edad o la discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (Voice). Las personas que tienen discapacidades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Relevos (Federal Relay Service) al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

### Complete esta parte solamente si su niño está menos de 1 año de edad:

Tipo de FORMULA

que el centro ofrece: \_\_\_\_\_

SÓLIDOS:

Marque uno:

Marque uno:

Acepto el tipo de formula escrito arriba para mi niño.

Mi niño está listo comer comida sólida

Declino el tipo de formula escrito arriba para mi niño.  
Yo voy a proveer el formula.

al empezar \_\_\_\_\_  
(Ponga el edad o fecha)

Declino el tipo de formula escrito arriba para mi niño.  
Voy a proveer leche del pecho.

Yo declino y voy a proveer la comida solida para mi niño.

Acepto el tipo de formula escrito arriba para suplemento.

Declino el tipo de formula escrito arriba. Yo voy a proveer el formula.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del Padre/Madre

\_\_\_\_\_  
Fecha