Programa de comida en el cuidado de niños y adultos (CACFP)
Formulario para inscripción de participantes

Nombre de la Institución: _____ Número del acuerdo: _____

Nombre del Centro/Proveedor:_____

Estimado(s) Padres/Tutor/Curador,
Su centro de cuidado diurno participa en el Programa de comidas en el cuidado de niños y adultos (CACFP por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA). CACFP necesita que se verifique la inscripción de cada participante en este centro. Por favor, llene el cuadro a continuación para todos los participantes de su hogar que estén inscritos en este Centro. Esta información debe ser provista por el(los) padres/tutor/curador. Por favor, use las guías que se dan debajo del cuadro para llenarlo. Por favor, firme y póngale la fecha donde se indica.

Nombre(s) del Participante	Apellido(s) del Participante	Horas normales/típicas de cuidado	Días normales/típicos de cuidado (ponga un círculo alrededor del día que corresponde)	Comidas que el participante normalmente come (ponga un círculo alrededor del día que corresponde)
		de _____ a _____	L Ma Mi J V S D	D a.m. A p.m. C noche
		de _____ a _____	L Ma Mi J V S D	D a.m. A p.m. C noche
		de _____ a _____	L Ma Mi J V S D	D a.m. A p.m. C noche
		de _____ a _____	L Ma Mi J V S D	D a.m. A p.m. C noche
		de _____ a _____	L Ma Mi J V S D	D a.m. A p.m. C noche

Guía:
Horas normales de cuidado: Coloque la hora usual de llegada y la hora usual de salida. Indique si es a.m. (mañana) o p.m. (tarde).
Días normales de cuidado: Ponga un círculo alrededor del día de la semana en que el(los) participante(s) usualmente están en el Centro. (L=lunes; Ma=martes; Mi=miércoles; J=jueves; V= viernes; S=sábado; D=domingo)
Comidas que el participante usualmente come: Ponga un círculo alrededor de la comida que el(los) participante(s) usualmente come(n) en el Centro.
(D=desayuno; a.m.=bocados/refrigerio a la mañana; A=almuerzo; p.m.=bocados/refrigerio a la tarde; C=cena; noche=refigerio de noche)

Firma Padre/Tutor/Curador: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta o de molde: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono del hogar: **( )** _____

Teléfono del trabajo: **( )** _____

Para uso exclusivo del Proveedor/Centro:

Firma del Representante del Proveedor/Centro: _____ Fecha: _____

Fecha en que el participante se retiró del Centro: _____

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, se le prohíbe a la institución discriminar debido a raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para iniciar una reclamación por discriminación, sírvase escribir al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TDD). El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.