

CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

2024 FAMILY DAY CARE ENROLLMENT FORM

Your day care Provider participates in the Child and Adult Care Food Program. This program extends the benefits of the National School Lunch Program to children in Family Day Care Homes. Because your provider cares about good nutrition, s/he has chosen the benefits of the Child and Adult Care Food Program for their Family Day Care Home.

Under the regulations of the Child and Adult Care Food Program, your Provider may not charge for the meals served and claimed for reimbursement. In addition, the Provider may not ask you to supply food for your child to claim for reimbursement under CACFP. Day care fees charged by your Provider cover the care of your child and other food costs not claimed for reimbursement under the Child and Adult Care Food Program.

A diet statement from your doctor is needed if your child is unable to consume food components required by the Child and Adult Care Food Program. The statement allows your child to participate in the Child and Adult Care Food Program and maintain the diet prescribed by your doctor.

Please complete the following to verify that your child is enrolled in the Provider's home for day care services.

<u>Child's Name</u>	<u>Date of Birth</u>	<u>Hours of Care</u> <small>(From - To)</small>	<u>Days of Care</u> <small>(Circle All That Apply)</small>	<u>Meal Requested</u> <small>(Circle All That Apply)</small>
_____	_____	- _____	M T W T R F S	B A L P D
_____	_____	- _____	M T W T R F S	B A L P D
_____	_____	- _____	M T W T R F S	B A L P D
_____	_____	- _____	M T W T R F S	B A L P D

M=Monday **T=Tuesday** **W=Wednesday** **TR=Thursday** **F=Friday** **S=Saturday**
B=Breakfast **A=AM Supplement** **L=Lunch** **P=PM Supplement** **D=Dinner**

Race/Ethnic Identity: *(Optional)*

TOTAL	ETHNICITY:		RACE:				
	Hispanic or Latino	Not Hispanic or Latino	American Indian or Alaskan Native	Asian	Black or African American	Native Hawaiian or Other Pacific Islander	White
ENROLLED PARTICIPANTS							
GEOGRAPHIC AREA							

I, _____ do not wish to enroll my child into the **Child and Adult Care Food Program.**

I certify that I have read and understood the policy and requirements for my child's participation in the Child and Adult Care Food Program.

Parent's Name (Please Print) _____

Parent's Signature _____ Date _____

Address _____
Street City State Zip Code

Home/Cell Phone (____) _____ Work Phone (____) _____

Provider's Name _____

Address _____
Street City State Zip Code

ALL INFORMATION IS CONFIDENTIAL

The Child and Adult Care Food Program is a federal program of the Food and Nutrition Service, United States Department of Agriculture. It is operated in accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture (USDA) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint alleging discrimination, write USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 or call, toll free, (866)632-9992 (Voice). TDD users can contact USDA through local relay or the Federal Relay at (800) 877-8339 (TDD) or (866) 377-8642 (relay voice users). USDA is an equal opportunity provider and employer.

CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS – PROGRAMA ALIMENTICIO

2024 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.

<u>Nombre del Niño</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Horas de Cuido</u>	<u>Días de Cuido</u> <small>(Circule los que aplican)</small>	<u>Comidas Solicitadas</u> <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 ETNICO:		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 Pacifico	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 _____

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 Estados 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.