

JUNTA De EDUCACIÓN Del ESTADO De ILLINOIS

Formulario de Inscripción Anual

Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos

Este formulario es obligatorio en los Child Care Centers (Centros de Cuidados para Niños), Pre-K (Pre-Jardín de niños), Head Start (Inicio Temprano), Even Start (Inicio Equitativo) y los Programas Certificados Fuera del Horario Escolar.

Este formulario NO es obligatorio en caso de Riesgos después de la Escuela, Sin Licencia Fuera del Horario Escolar o Albergues de Emergencia.

Padres/Centros: Esta institución participa en el Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos (por sus siglas en inglés, "CACFP") y recibe donaciones para proporcionar alimentos más nutritivos a su(s) hijo(s). Los reglamentos federales del CACFP establecen que todos los padres o tutores deben completar o revisar un Formulario de Inscripción Anual del CACFP cuando inscriban a su(s) hijo(s) y, después, cada año. Esta información ayudará a garantizar que todos los niños reciban alimentos apropiados durante su asistencia. El padre y el centro pueden llenar de la Sección 1 a la 4. El padre debe revisar y asegurar que la información es correcta; después, llenar la Sección 5, firmar y fechar la Sección 6. Si los padres no llenan la Sección 5, el personal del centro deberá completarla de la mejor manera posible (por observación) y anotar sus iniciales en la sección. El centro revisará el formulario de inscripción completo.

1 NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO INSCRITO (Incluye Fecha de nacimiento/Edad)	2 DÍAS DE ASISTENCIA EN LA SEMANA	3 HORARIO USUAL DE ASISTENCIA DEL NIÑO DURANTE LA SEMANA			4 ALIMENTOS RECIBIDOS				
Nombre	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	HORA DE LLEGADA		HORA DE SALIDA		HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO			
Fecha de nacimiento		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro
Edad		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trabajo en distintos turnos y el (los) niño(s) puede(n) estar bajo el cuidado en diferentes días/horarios						<input type="checkbox"/> Bocado temprano por la mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado A.M. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado P.M. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado nocturno	

Segundo Niño	<input type="checkbox"/> Los mismos días arriba mencionados	<input type="checkbox"/> Los mismos horarios del niño anterior	<input type="checkbox"/> Mismas comidas anteriores						
Nombre	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	HORA DE LLEGADA		HORA DE SALIDA		HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO			
Fecha de nacimiento		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro
Edad		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trabajo en distintos turnos y el (los) niño(s) puede(n) estar bajo el cuidado en diferentes días/horarios						<input type="checkbox"/> Bocado temprano por la mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado A.M. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado P.M. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado nocturno	

Tercer Niño	<input type="checkbox"/> Los mismos días arriba mencionados	<input type="checkbox"/> Los mismos horarios del niño anterior	<input type="checkbox"/> Mismas comidas anteriores						
Nombre	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	HORA DE LLEGADA		HORA DE SALIDA		HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO			
Fecha de nacimiento		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro
Edad		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trabajo en distintos turnos y el (los) niño(s) puede(n) estar bajo el cuidado en diferentes días/horarios						<input type="checkbox"/> Bocado temprano por la mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado A.M. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado P.M. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado nocturno	

Por favor, responda ambas preguntas. Esta información es voluntaria.

5 CATEGORÍAS ÉTNICO/RACIAL	A. Información étnica del niño(s) — Marque sólo una opción.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano o latino
	B. Información racial del niño(s) — Marque uno o más, según aplique.	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano
		<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska
			<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico

6 FIRMA	Certifico que la información anterior es correcta.	_____ Firma del Padre o Tutor	_____ Fecha	_____ Número telefónico del Padre o Tutor
---------	--	----------------------------------	----------------	--

SÓLO PARA EL USO DEL REPRESENTANTE DEL CUIDADO PARA NIÑOS
Fecha Efectiva de este formulario de ingreso: _____
Esta fecha efectiva se puede hacer retroactiva al primer día de participación del niño en el CACFP, si esto ocurre dentro del mismo mes en el cual se recibió este formulario.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.