



YFCI Número del niño _____
 (Solo para Reclamos Manual)

Favor de marcar (✓) una opción:

Nuevo Registro Actualización de Registro Reactivar
 Fecha de Inicio _____

REGISTRO DE NIÑO DEL CACFP FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

Su proveedor 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 Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education. Las comidas servidas tienen que reunir los requerimientos alimenticios establecidos por el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del USDA. Para poder participar, su proveedor esta de acuerdo en seguir las directrices del USDA. Una declaración medica de su medico es necesaria si su niño no puede comer un alimento requerido por el CACFP. En un esfuerzo para evaluar que estos requerimientos sean cumplidos, el USDA y CACFP requiere que los proveedores anualmente recojan la información de participación en lista abajo.

Favor de completar el formulario y devolverlo a su proveedor. Parte 1 y Parte 3 tienen que ser completadas por todas las familias o guardianes.
 Parte 2 tiene que ser completada SOLO si esta registrando a un infante (menor de 12 meses).

PARTE 1: INFORMACION DE PARTICIPACION DEL NIÑO

Nombre del niño _____		Apellido _____		Fecha de nacimiento _____/_____/_____		M _____ F _____	
Sexo _____		Horario que el niño asiste normalmente al hogar de cuidado Por ejemplo 7:30 AM – 5 PM Horas de: _____ a _____					
Marque (✓) los días que su niño normalmente asiste:		<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					
Niño de edad escolar Horas que el niño asiste a la escuela. Horas de clases de: _____ a _____ Por ejemplo 8:00 AM – 3:00 PM		Marque (✓) todos las comidas que usted quiere que su niño reciba mientras está en el hogar de cuidado:					
Niño asiste todo el día durante días cerrados en la escuela: _____ Si _____ No		<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda Nocturna					
		Marque (✓) relación del niño al proveedor:					
		<input type="checkbox"/> No es relacionado <input type="checkbox"/> Relacionado, no residencial <input type="checkbox"/> Niño vive con proveedor					

PARTE 2: NOTIFICACION DE COMIDAS DE INFANTE (nacimiento hasta 12 meses)

Comidas alimenticias que reúnen las directrices del USDA son servidas a todos los niños registrados en este programa, incluso de los niños menores de la edad de 12 meses. El proveedor tiene que reunir los requerimientos de los componentes de comida basado en la edad y desarrollo subrayado en el patrón de comida de infante.

Yo entiendo que este proveedor de cuidado infantil en el hogar servirá una fórmula de infante fortificada con hierro _____ a mi infante.
 (Nombre de la formula de infante fortificada con hierro)

Para ayudar a proporcionar el mejor servicio de alimentos para su niño, favor de completar la siguiente información.

SI USTED ALIMENTA A SU INFANTE CON FORMULA, FAVOR DE MARCAR (✓) UNA OPCION:

- Yo prefiero que mi proveedor suministre la formula ofrecida. 0
 Yo suministraré la fórmula para mi infante.

SI USTED AMAMANTA A SU INFANTE, FAVOR MARQUE (✓):

- Yo suministraré leche materna (extraída) para mi infante.

Yo entiendo que este proveedor de cuidado infantil en el hogar suministrará cereal de infante y alimentos para infantes mayores de 4 meses según su desarrollo y estén preparados para ello de acuerdo a los requerimientos del CACFP. Favor de marcar (✓) una opción.

- Yo prefiero que el proveedor suministre el cereal de infante y los alimentos de infante. 0
 Yo suministraré el cereal de infante y los alimentos de infante para mi infante.

PARTE 3: ACEPTACION Y FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN

Derechos Civiles: Esta información es voluntaria y no afectará la elegibilidad de su niño. Favor de indicar la identidad étnica y racial de sus niños al marcar la caja en CADA una de las categorías. Esta información es coleccionada solo con el propósito de asegurar que todos reciban los beneficios del CACFP de forma justa.

1. Identidad Étnica: Hispano o Latino No Hispano o Latino
 2. Identidad Racial: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Americano Africano Nativo Hawaiano o Otra Isla Pacifica Blanco

Padre/Guardián, Nombre en Letra de Molde _____

Dirección _____ # Apt _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

(_____) _____ (_____) _____ (_____) _____
 Numero de Teléfono del Hogar Numero de Teléfono Celular Numero de Teléfono del Trabajo

Yo leí este formulario de Registro de Niño y pido que mi niño reciba los beneficios del CACFP mencionados arriba.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN _____ FECHA DE LA FIRMA _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR _____ # DE PROVEEDOR _____

Esta institución es un proveedor de oportunidades iguales.

Blanco: YFCI

Amarillo: Proveedor

Rosado: Padres o Guardián

YFCI 08/2017

For YFCI use only: Effective Date of this Enrollment Form _____ Fiscal Year _____

La fecha efectiva puede ser retroactiva al primer día que el niño participó en el CACFP, después que ocurra en el mismo mes que este formulario es recibido.