

Child and Adult Care Food Program (CACFP)
(Programa Alimentario para Cuidado de Niños y Adultos)

Formulario de inscripción de niño para centros Head Start

Nuestro centro de cuidados infantiles participa en el Programa Alimentario para Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA). Este programa nos ayuda a proveer comidas y merienda nutritivas a los niños inscritos en nuestro centro. Para hallar información sobre los requisitos del patrón de comidas de CACFP, consulte [CACFP Meal Patterns for Children](#) y [CACFP Infant Meal Patterns](#) en <https://portal.ct.gov/SDE/Nutrition/Meal-Patterns-CACFP-Child-Care-Programs>.

Sección 1 – Renuncia a la participación en CACFP

Marque aquí **solamente** si usted elige **no inscribir** a su niño/a en el CACFP. *Complete la sección 3 en la página 2, y devuelva el formulario al centro de cuidados infantiles.*

No deseo que mi niño/a participe en el CACFP.

Sección 2 – Inscripción en CACFP

Para verificar la inscripción de su niño/a en este centro de cuidados infantiles, complete esta sección y la sección 3 en la página 2, y devuelva el formulario al centro de cuidados infantiles. El centro, el Departamento de Educación del Estado de Connecticut o el USDA pueden comunicarse con usted para verificar esta información. *Por favor escriba toda la información en letra de imprenta.*

Nombre del centro de cuidados infantiles: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre Mes, día, año

Masculino Femenino Primer día de asistencia: _____

Complete la tabla siguiente. Mi niño/a estará normalmente en cuidados infantiles durante los siguientes días y horas, y recibirá las comidas abajo indicadas.

Días y horarios de cuidado y comidas servidas							
Días Normales de Cuidado <i>Marque todos los aplicables</i>	<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
Horario Normal de Cuidados <i>Circle AM o PM</i>	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a
	_____ AM/PM	_____ AM/PM	_____ AM/PM	_____ AM/PM	_____ AM/PM	_____ AM/PM	_____ AM/PM
	<i>y</i>	<i>y</i>	<i>y</i>	<i>y</i>	<i>y</i>	<i>y</i>	<i>y</i>
	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a	_____ AM/PM a
	_____ AM/PM	_____ AM/PM	_____ AM/PM	_____ AM/PM	_____ AM/PM	_____ AM/PM	_____ AM/PM
Comidas normales servidas a mi hijo/a <i>Marque todas las aplicables</i>	<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Desayuno
	<input type="checkbox"/> Merienda AM	<input type="checkbox"/> Merienda AM	<input type="checkbox"/> Merienda AM	<input type="checkbox"/> Merienda AM	<input type="checkbox"/> Merienda AM	<input type="checkbox"/> Merienda AM	<input type="checkbox"/> Merienda AM
	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Almuerzo
	<input type="checkbox"/> Merienda PM	<input type="checkbox"/> Merienda PM	<input type="checkbox"/> Merienda PM	<input type="checkbox"/> Merienda PM	<input type="checkbox"/> Merienda PM	<input type="checkbox"/> Merienda PM	<input type="checkbox"/> Merienda PM
	<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Cena	<input type="checkbox"/> Cena
	<input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Merienda de la noche

CACFP formulario de inscripción de niño para centros Head Start

Para infantes solamente

Fórmula infantil: El centro ofreció servir: _____

*Nombre de fórmula infantil aprobada fortificada con hierro **

Marque los que aplique:

- Quisiera que mi niño/a reciba la fórmula infantil fortificada con hierro arriba nombrada, provista por el centro.
- Yo proveeré mi propia fórmula infantil: _____
- Nombre de fórmula infantil aprobada fortificada con hierro **
- Yo proveeré leche maternal para mi niño/a.
- Yo lactare mi niño/a en el centro.

* **Nota:** La formula para infantes provista por el padre/guardian debe ser **fortificada con hierro** y debe cumplir con las regulaciones de formula para infantes de USDA, como esta indicado en el memorando de USDA [CACFP 02-2018: Feeding Infants and Meal Pattern Requirements in the Child and Adult Care Food Program; Questions and Answers](#) (*Alimentando Infantes y Requisitos del Patrón de Comida en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos: Preguntas y Respuestas*). Formulas para infantes que no cumplan con los requisitos solo pueden sustituirse si el infante tiene una discapacidad que restrinja su dieta y el padre/guardian provea documentación médica firmada por una persona qualificada. Personas reconocidas como qualificadas incluye medicos, asistente a medicos, doctor es osteopatía y enfermeras practicas registradas (APRN), ejemplo, enfermeras practicantes, enfermeras clinicas especialistas y enfermeras anestecistas certificadas que estan licenciadas como APRN. El formulario esta disponible en la página de Web del CSDE bajo [Special Diets in CACFP Child Care Programs](#) (Diets Especiales en Programas de Cuidado de Niños CACFP).

Sección 3 – Información de contacto y firmas

Nombre de padre/madre/custodio: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono del trabajo (con código de área): _____ Teléfono de hogar(con código de área): _____

Firma de padre/madre: _____ Fecha: _____

Firma del representante del patrocinador: _____ Fecha: _____

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf>, de cualquier oficina de USDA, nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1. correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



Para información sobre CACFP, visite el sitio de Internet [CACFP](#) de CSDE o comuníquese con el **personal de CACFP** escribiendo a Connecticut State Department of Education, Bureau of Child Nutrition Programs, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103-1841. Este documento está disponible en https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/Enroll/CACFP_Enrollment_Form_Head_Start_Spanish.pdf.