

Child and Adult Care Food Program (CACFP) (Programa Alimentario para Cuidado de Niños y Adultos) Formulario de inscripción de niño para cuidados diurnos en hogar familiar

Su proveedor de cuidados diurnos en hogar familiar participa en el Programa Alimentario para Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA). Este programa ayuda a su proveedor a brindar comidas y merienda nutritivos a los niños inscritos en cuidados diurnos. Para hallar información sobre los requisitos del patrón de comidas de CACFP, consulte [CACFP Meal Patterns for Children](#) y [CACFP Infant Meal Patterns](#).

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 a su proveedor.

☐ 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 hogar de cuidados diurnos, complete esta sección y la sección 3 en la página 2, y devuelva el formulario a su proveedor. La organización patrocinadora, 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 proveedor de cuidados diurnos: _____

Nombre del niño (apellido y nombre): _____ Fecha de nacimiento(Mes/día/año): _____

☐ Masculino ☐ Femenino

Primer día de asistencia: _____

Días y horarios de cuidado y comidas servidas

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

Días Normales de Cuidado <i>Marque todos los aplicables</i>	☐ lunes	☐ martes	☐ miércoles	☐ jueves	☐ viernes	☐ sábado	☐ domingo
Horario Normal de Cuidados <i>Circule AM o PM</i>	_____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM	_____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM	_____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM	_____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM	_____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM	_____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM	_____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM
Comidas normales servidas a mi hijo/a <i>Marque todas las aplicables</i>	☐ Desayuno ☐ Merienda AM ☐ Almuerzo ☐ Merienda PM ☐ Cena ☐ Merienda de la noche	☐ Desayuno ☐ Merienda AM ☐ Almuerzo ☐ Merienda PM ☐ Cena ☐ Merienda de la noche	☐ Desayuno ☐ Merienda AM ☐ Almuerzo ☐ Merienda PM ☐ Cena ☐ Merienda de la noche	☐ Desayuno ☐ Merienda AM ☐ Almuerzo ☐ Merienda PM ☐ Cena ☐ Merienda de la noche	☐ Desayuno ☐ Merienda AM ☐ Almuerzo ☐ Merienda PM ☐ Cena ☐ Merienda de la noche	☐ Desayuno ☐ Merienda AM ☐ Almuerzo ☐ Merienda PM ☐ Cena ☐ Merienda de la noche	☐ Desayuno ☐ Merienda AM ☐ Almuerzo ☐ Merienda PM ☐ Cena ☐ Merienda de la noche

CACFP Formulario de inscripción de niño para cuidados diurnos en hogar familiar

Para infantes solamente

Nombre de fórmula infantil aprobada fortificada con hierro* provista por proveedor: _____

Marque los que aplique:

- ☐ Quisiera que mi niño/a reciba la fórmula infantil fortificada provista siniestrado por el centro como se indica arriba.
- ☐ Yo proveeré mi propia fórmula infantil * (Indique el nombre de fórmula infantil aprobada fortificada con hierro* debajo): _____
- ☐ Yo proveeré leche materna para mi niño/a.
- ☐ Yo lactare mi niño/en hogar familiar.

* **Nota:** La fórmula para infantes provista por el padre/guardian debe ser **fortificada con hierro** y debe cumplir con las regulaciones de fórmula para infantes de USDA, como esta indicado en el memorando de [USDA Memo CACFP 06-2025: Feeding Infants and Meal Pattern Requirements in the Child and Adult Care Food Program; Questions and Answers](#). Fórmulas para infantes que no cumplan con los requisitos solo pueden sustituirse si el infante tiene una discapacidad que restrinja su dieta y el padre/custodio provea documentación médica firmada por una profesional de salud con licencia estatal o dietista registrado. El formulario esta disponible en la página de Web del CSDE bajo [Special Diets in CACFP Child Care Programs](#) (Dietas 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/custodio: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de cuidados diurnos: _____ 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_homes_spanish.pdf