UCAN CACFP
280 Kenneth Ford Dr.
Roseburg, OR 97470
(541) 672-7004 / 1-800-947-1206

USDA CACFP FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL NIÑO

Para inscripción de Niños y Adultos en el Programa de Comidas

_____
Nombre del Proveedor de Cuidado de Niños

2010-2011

DEBE SER COMPLETADO SOLAMENTE POR EL PADRE /GUARDIAN: Esta información será confidencial y será usada solamente para determinar elegibilidad y para la verificación de los reclamos sometidos por la proveedora de cuidado de niños son para propósitos del programa del Cuidado de Alimentos de Niños y Adultos. Esta forma de inscripción es validad por un año (12 meses). Todas las inscripciones deben estar anualmente al día. **ESTA FORMA SE DEBE COMPLETAR TOTALMENTE, FIRMAR, FECHAR Y REGRESAR A** *CACFP* ***ANTES*** **DE QUE SUS NIÑOS SEAN RECLAMADOS.**

NOMBRE DEL PADRE_____

DIRECCION: _____

CIUDAD Y CODIGO: _____

_____
TELEFONO EN CASA

_____
TELEFONO EN EL TRABAJO

_____
CELULAR

Los niños son familiares de la proveedora : ***Yes*** ***No***

Dia que Empezo en el Cuidado_____

Yo deseo inscribir a mi niño/niños, los cuales los nombres y la información de inscripción esta abajo, in la CACFP.

Nombre Y Apellidos	SEX M /F	Nacimiento	Horas Usuales (DE)	(A)	USUAL NECESITA COMIDAD (MARQUE "X") DESAY. 6-9am	AM BOCAD.	COMIDA 11-1:30	PM BOCAD.	CENA 5-7pm	ULTIMO BOCAD.
Ex: Suzie Smith	F	02/14/06	8am	1:30pm	X		X		X	

If attendance is irregular and/or occasional, use your best estimate on the meals that may be needed.

Dias **regulares** en el Cuidado (circule): LUN. MART. MIERC. JUEVES VIER. SAB. DOM.

_____ **Mi niño tiene escuela en casa** (siete años de edad y mayor y no asiste a escuela pública o privada)
_____ **Mi niño es menor de 1 ano.** (Bebes, Forma de Beneficio de Alimentos, completar en la parte de atrás.)
Nota: Si su niño no asiste en un horario regular, por favor explique por que?. Por ejemplo: Su horario de trabajo es variable, rotado, o la razon que usted los deja aveces._____
Nota: Alergia de Comidas tiene su niño/niños (debe ser incluida una declaración de alergia, firmada por el doctor/enfermera)

IDENTIDAD RACIAL O ETNICA (no es requerida)

Por favor compruebe la identidad etnica racial de su niño..

Marque una identidad etnica:
☐ Hispano o Latino
☐ No Hispano o Latino

Marque una o mas identidades raciales, si hay:
☐ Indio Americano y Nativo de Alaska
☐ Asiatico
☐ Negro o Africano Americano
☐ Hawaiano Nativo o Otra Isla del Pacifico
☐ Blanco
☐ Otros:_____

Entiendo que mi nino/ninos recibiran comidas y no Habra un gasto extra cuando ellos esten en el cuidado durante cualquier horario que las comidas son servidas.
Entiendo que la proveedora debe server a todos los ninos que esten incritos no importando la raza, color, nacionalidad, edad, sexo, religion o incapicidad.
Si necesito que me contacte por: At Home____At Work____

_____ _____ _____
FIRMA DEL PADRE FECHE DE INICIO FECHA

Esta institución es un proveedor de oportunidad equal
This institution is an eqaul opportunity provider