

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. Sección 5: esta sección es opcional. Los patrocinadores del CACFP (Child and Adult Care Food Program) deben asegurarse de que los hogares sepan que el hecho de no proporcionar información sobre la identidad racial o étnica no afectará su elegibilidad. Sin embargo, el USDA (U.S. Department of Agriculture) recomienda fuertemente a los patrocinadores del CACFP que expliquen la importancia de estos datos a los padres/tutores para que completen esta 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"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <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.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: 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 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 USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, 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: 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.