

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos
NOTIFICACIÓN DE LA DENEGACIÓN DE ALIMENTOS/FÓRMULA PARA INFANTES

(Nombre del Hogar/Centro de Cuidado del Niño)

(Nombre del Infante)

(Fecha de Nacimiento)

Para el padre/madre/tutor de los infantes entre las edades desde el nacimiento hasta los 11 meses

Este hogar/centro para el cuidado del niño participa en el Programa de Alimentos para Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program o CACFP) y se requiere seguir el Patrón para las Comidas de Infantes para los infantes desde el nacimiento hasta los 11 meses. Se les presentan los alimentos sólidos a los infantes cuando están listos en términos de desarrollo, una decisión tomada por usted y el infante de su médico. Para cumplir mejor con sus preferencias personales y las necesidades de su infante, por favor, complete este documento.

(Instrucciones—El hogar/centro deberá completar esta sección antes de dársela al padre/madre/tutor).

Este hogar/centro proveerá:

Fórmula para infantes fortificada con hierro (enliste la marca)

Cereal para infantes fortificada con hierro (enliste los tipos, tales como: cereal de arroz para bebés) ; y

Alimentos apropiados para infantes

Alimentos comerciales para bebés y/o

Comida de mesa ofrecida a la consistencia apropiada para el desarrollo del infante

(Instrucciones—El padre/guardián deberá CONTESTAR LA SIGUENTE PREGUNTA y MARCAR UNA DE LAS OPCIONES DE CADA UNA DE LAS TRES SECCIONES ABAJO; entonces colocar la firma y la fecha a este formulario.)

¿Qué le da de comer a su infante actualmente?

Fórmula para infantes fortificada con hierro

Leche materna

Fórmula baja en hierro u otro tipo de fórmula para infantes provista por razones médicas. Yo recibiré una *Afirmación de Excepción Médica para las Sustituciones de Alimentos*.

El padre/madre o tutor quisiera que se le alimentara al infante lo siguiente mientras está bajo cuidado.

Sección 1 – Fórmula para infantes o leche materna

_____ **Selección 1**—Deseo que mi infante **reciba la fórmula para infantes fortificada con hierro provista por el hogar/centro de cuidado de niños** identificada arriba. Yo no traeré fórmula para infantes desde mi hogar.

_____ **Selección 2**—Entiendo que yo no soy requerido a traer fórmula para infantes que yo compre o reciba del programa para Mujeres, Infantes y Niños, (Women, Infants, and Children o WIC), sin embargo, yo deseo **traer mi propia fórmula/leche materna**. Si a mí se me olvidara traer fórmula para infantes/leche materna, el hogar/centro de cuidado del niño se pondrá en contacto conmigo inmediatamente y yo puedo pedir que le sirvan a mi infante la fórmula fortificada con hierro provista por el hogar/centro ese día.

Sección 2—Cereal para Infantes

_____ **Selección 1**— Deseo que mi infante **reciba el cereal para infantes fortificado con hierro provisto por el hogar/centro de cuidado de niños** identificado arriba. Yo no traeré cereal para infantes desde mi hogar.

_____ **Selección 2**— Entiendo que yo no soy requerido a traer cereal para infantes fortificado con hierro que yo compre o reciba del programa para Mujeres, Infantes y Niños o WIC, sin embargo, yo deseo **traer mi propio cereal para infantes**. Si a mí se me olvidara traer el cereal, el hogar/centro de cuidado del niño se pondrá en contacto conmigo inmediatamente y yo puedo pedir que le sirvan a mi infante el cereal fortificado con hierro provisto por el hogar/centro ese día.

Sección 3—Alimentos para bebés

_____ **Selección 1**— Deseo que mi infante **reciba los alimentos para bebés provistos por el hogar/centro de cuidado de niños** identificado arriba. Yo no traeré alimentos para bebés desde mi hogar

_____ **Selección 2**— Entiendo que yo no soy requerido a traer alimentos para bebés que yo compre, sin embargo, yo deseo **traer mis alimentos para bebés**. Si a mí se me olvidara traer los alimentos para bebés, el hogar/centro de cuidado del niño se pondrá en contacto conmigo inmediatamente y yo puedo pedir que le sirvan a mi infante los alimentos para bebés provistos por el hogar/centro ese día.

Si yo decido cambiar las selecciones que yo he tomado arriba, a mí se me requerirá completar otro formulario.

(Firma del Padre/Madre)

(Fecha)

De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU., a esta institución se prohíbe discriminar basado en la raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Para radicar una queja por discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 ó llame al 800/795-3272 (voz) ó al 202/720-6382 (TTY). USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidad.