

**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. Si los padres no llenan la Sección 5, el personal del centro deberá completarla de la mejor manera posible (por observación) y anotar sus iniciales en la 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  Fecha de nacimiento  Edad		<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		<table border="1"> <tr> <th colspan="3">HORA DE LLEGADA</th> <th colspan="3">HORA DE SALIDA</th> <th colspan="2">HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO</th> </tr> <tr> <td>AM</td><td>PM</td><td>HORA</td> <td>AM</td><td>PM</td><td>HORA</td> <td>Salida del Centro</td> <td>Regreso al Centro</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> <p><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</p>	HORA DE LLEGADA			HORA DE SALIDA			HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro										<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
HORA DE LLEGADA			HORA DE SALIDA			HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO																									
AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro																								

Segundo Niño																															
	Nombre  Fecha de nacimiento  Edad		<input type="checkbox"/> Los mismos días arriba mencionados <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		<input type="checkbox"/> Los mismos horarios del niño anterior <table border="1"> <tr> <th colspan="3">HORA DE LLEGADA</th> <th colspan="3">HORA DE SALIDA</th> <th colspan="2">HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO</th> </tr> <tr> <td>AM</td><td>PM</td><td>HORA</td> <td>AM</td><td>PM</td><td>HORA</td> <td>Salida del Centro</td> <td>Regreso al Centro</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> <p><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</p>	HORA DE LLEGADA			HORA DE SALIDA			HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro										<input type="checkbox"/> Mismas comidas anteriores <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
HORA DE LLEGADA			HORA DE SALIDA			HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO																									
AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro																								

Tercer Niño																															
	Nombre  Fecha de nacimiento  Edad		<input type="checkbox"/> Los mismos días arriba mencionados <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		<input type="checkbox"/> Los mismos horarios del niño anterior <table border="1"> <tr> <th colspan="3">HORA DE LLEGADA</th> <th colspan="3">HORA DE SALIDA</th> <th colspan="2">HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO</th> </tr> <tr> <td>AM</td><td>PM</td><td>HORA</td> <td>AM</td><td>PM</td><td>HORA</td> <td>Salida del Centro</td> <td>Regreso al Centro</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table> <p><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</p>	HORA DE LLEGADA			HORA DE SALIDA			HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro										<input type="checkbox"/> Mismas comidas anteriores <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
HORA DE LLEGADA			HORA DE SALIDA			HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO																									
AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro																								

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"/> 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	Firma del Padre o Tutor	Fecha	Número telefónico del Padre o Tutor
	Certifico que la información anterior es correcta.			

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.

El Departamento de Agricultura de EUA prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, cuando aplique, creencias políticas, estado civil, situación familiar o de los padres, orientación sexual, o en caso de que la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se deriven de cualquier programa de asistencia pública, o de información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los fundamentos prohibidos aplican a todos los programas y/o actividades del empleo.) Si usted desea presentar una queja del programa de Derechos Civiles de discriminación, llene el Formulario de Quejas Programa de Discriminación USDA, que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA"), o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario o carta de queja por correo al Departamento de Agricultura, Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o al correo electrónico [program\\_intake@usda.gov](mailto:program_intake@usda.gov). Las personas que padezcan sordera, tengan problemas de audición o discapacidades del habla, pueden comunicarse a USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisiones llamando al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.