

Nombre de la Institución: Building Better Communities Foundation

Número del acuerdo: _____

Nombre Proveedor/Centro: Kids First Academy 77

Programa de comida en el cuidado de niños y adultos (CACFP)

Formulario para inscripción de participantes

Estimado Padres/Tutor/Curador,

Su centro de cuidado diurno participa en el Programa de comida en el cuidado de niños y adultos (CACFP por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA). El participante inscrito recibirá comidas y refrigerios nutritivos sin costo alguno para usted. CACFP necesita que se verifique la inscripción de cada participante en este centro. Sírvase llenar la sección de padres/tutor/curador de este formulario, fírmelo y devuélvalo al Proveedor/Centro arriba indicado.

Suministre información sobre sólo un (1) participante por formulario. (**Para que la institución sea reembolsada por las comidas que sirven/solicitan, se deberá llenar un formulario para cada participante inscrito todos los años.**)

Padres/Tutor/Curador:

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha en que participante se inscribió en el centro: _____

Alergias a alimentos: ☐ Si ☐ No Si contestó "Sí", especifique: _____

(Si el participante no puede recibir el Plan de Comidas CACFP, suministre una declaración del Proveedor de atención a la salud del participan

Indique los días de cuidado normal en el centro: ☐ Sunday ☐ Monday ☐ Tuesday ☐ Wednesday ☐ Thursday ☐ Friday ☐ Saturday

Indique comidas que normalmente se comen en el centro: ☐ Breakfast ☐ AM Snack ☐ Lunch ☐ PM Snack ☐ Supper ☐ Evening Snack

Sírvase indicar horas normales de llegada y salida (marque a.m. o p.m.) Llegada: _____ am pm Salida: _____ am pm

Horario Escolar Salida: _____ am pm Regreso: _____ am pm

Si el participante es un bebé (0 a 11 meses de edad), sírvase llenar este cuadro, Marque todas las selecciones que corresponden a continuación:

Esta institución/centro ofrece _____ fórmula para bebés a través de CACFP. Es opción suya
(Proveedor/centro llena esta información)

usar esta fórmula o no segun las necesidades de su bebé. Las comidas para bebés provistas por la institución/centro deben cumplir con el plan de comidas para bebés, tal como lo exige 7CFR 226.20.

☐ Usaré la fórmula ofrecida por este centro. Doy permiso para que el personal del centro mezcle la fórmula o prepare los biberones para mi bebé.

☐ No usaré la fórmula ofrecida por este centro.

Do ser así ¿qué fórmula enviará usted para que su bebé la use? _____

Si la fórmula que usted proporciona es una fórmula especial, deberá presentar un declaración médica.

☐ Proporcionaré leche materna para mi bebé.

☐ Mi bebé tiene cuatro (4) meses de edad o más, y debido a su desarrollo, está listo para comidas para bebé. Yo quiero que la institución/centro le dé las siguientes comidas para bebé, las cuales se permiten conforme a 7CFR 226.20 (b)(2)(3)(4).

Nota a los padres que reciben fórmula a través del Programa WIC: Su bebé tiene derecho a recibir fórmula de esta institución/centro de cuidado de niños, así como del Programa WIC. Es decisión suya decidir qué fórmula su bebé recibirá cuando está en el centro. Si usted encuentra que está recibiendo más fórmula de la que su bebé necesita, hable con la nutrióloga de WIC o con el proveedor de atención a la salud de su bebé.

Firma Padres/Tutor/Curador: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono del hogar: _____

Teléfono del trabajo: _____ Indique turno de trabajo: ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐ Otro (especifique) _____

Para uso exclusivo del Proveedor/Centro:

Firma del Proveedor/Representante del Centro: _____ Fecha: _____

Fecha en que el participant se retiró del Centro: _____

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, se le prohíbe a la institución discriminar debido a raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para iniciar una reclamación por discriminación, sírvase escribir al USDA Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades."

INCOME TO REPORT

Earnings from Work

- Wages/salaries/tips
- Strike benefits
- Unemployment compensation
- Worker's compensation
- Net income from self-employment

Child Support/Alimony

- Public assistance payments
- Alimony/child support payments

Pension/Retirement/Social Security

- Pensions
- Supplemental security income
- Retirement income
- Veteran's payments
- Social Security

Other Monthly Income

- Disability benefits
- Cash withdrawn from savings
- Interest dividends
- Income from estates/trusts/investments
- Regular contributions from persons not living in the household
- Net royalties/annuities/net rental income
- Military allowance for off-base housing
- Any other income

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE NONDISCRIMINATION STATEMENT

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the agency (state or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at 800-877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call 866-632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

1. Mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
2. Fax: 202-690-7442
3. Email: program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

FORMULARIO DE ASISTENCIA PARA COMIDAS PARA NIÑOS AÑO DEL PROGRAMA _____

Nombre del centro de cuidado infantil Kids First Academy

Lea las instrucciones. Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame a: (888) 665-4991

Llene, firme y devuelva este formulario a: Building Better Communities Foundation

1. INFORMACIÓN DE SUS HIJOS

(Anote los nombres de todos los niños que reciben cuidado infantil)

Marque la casilla si el niño está bajo cuidado adoptivo temporal ("foster child") (es responsabilidad legal de una agencia de bienestar o tribunal).

Apellido	Primer nombre	Inicial del 2º nombre	Si el menor está bajo cuidado adoptivo temporal, vaya a la sección 4 y firme el formulario.
			☐
			☐
			☐
			☐

2. BENEFICIOS

(Si recibe beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDPIR para su hijo, anote el número de caso y **no** llene la sección 3. Vaya a la sección 4.)

Número de caso de CalFresh:
Número de caso de CalWORKs:
Número de caso de FDPIR:

3. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

(Llene esta sección si **no** llenó la sección 2. Anote a todos los miembros del hogar. Anote todos los ingresos. Vaya a la sección 4).

☐ **Marque aquí si este hogar no recibe ingresos.** Vaya a la sección 4.

NOMBRES	INGRESOS BRUTOS y la frecuencia con que se reciben (por ejemplo, semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente)			
NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (INCLUYA A LOS MENORES ANOTADOS ANTERIORMENTE)	INGRESOS DEL TRABAJO ANTES DE DEDUCCIONES	MANUTENCIÓN DE HIJOS, PENSIÓN ALIMENTICIA	PAGOS DE PENSIONES, RETIRO, SEGURO SOCIAL	OTROS INGRESOS
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

*Se pide a los solicitantes sin ingresos que anoten un **cero** en el campo pertinente o que marquen la casilla para indicar que el hogar **no recibe ingresos**. Cualquier campo de ingresos que se deje vacío es una indicación positiva de que no hay ingresos y certifica que no hay ingresos que declarar. Las solicitudes que tengan campos de ingresos vacíos se procesarán como completas.

4. CUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) Y FIRMA

(SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de caso de CalFresh, CalWORKs, FDPIR u otro programa autorizado es vigente y correcto, o que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información para recibir fondos federales; que funcionarios de la agencia pueden verificar la información que proporcioné en el Formulario de Asistencia para Comidas y que la falsificación deliberada de la información puede resultar en que se me enjuicie conforme a las correspondientes leyes estatales y federales).

Nombre en letra de molde:	
Últimos cuatro dígitos del SSN:	☐ Marque aquí si no tiene SSN
Firma del adulto:	Fecha:

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información que se proporciona en esta solicitud. Usted no tiene que brindar la información, pero si no lo hace no podemos aprobar al participante para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando presenta la solicitud en nombre de un menor bajo cuidado adoptivo temporal o anota un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP o CalFresh), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF o CalWORKS) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservation, FDPIR) para el participante u otro identificador (FDPIR), o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si el participante reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución del programa.

Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social podrían usarse para identificar al miembro del hogar al verificar la exactitud de la información declarada en el formulario. Esto puede incluir revisiones del programa, auditorías e investigaciones y podría incluir comunicarse con los empleadores para determinar los ingresos, comunicarse con la oficina de CalFresh, CalWORKs o FDPIR para determinar la certificación actual para recibir beneficios de estos programas, contactar a la oficina estatal de seguridad en el empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos y revisar la documentación presentada por el miembro del hogar para comprobar el monto de los ingresos recibidos. Estas medidas podrían resultar en una pérdida o reducción de los beneficios, reclamaciones administrativas o acciones legales si se declara información incorrecta. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social también pueden divulgarse a programas según lo autoriza la Ley Nacional de Almuerzos Escolares (NSLA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Nutrición Infantil (Child Nutrition Act), al Contralor General de los Estados Unidos y a funcionarios del orden público con el fin de investigar las infracciones de ciertos programas federales, estatales y locales de educación, salud y nutrición.

5. IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA

Usted no está obligado a contestar estas preguntas.

Si elije hacerlo, marque una o más de las siguientes identidades raciales :		
☐ Indígena americano o nativo de Alaska	☐ Asiático	☐ Negro o afroestadounidense
☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico		☐ Blanco
Marque una de las siguientes identidades étnicas :		
☐ Hispano o latino	☐ No hispano o latino	

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE EE.UU.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al 800-877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por:

(1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) Fax: 202-690-7442

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

FOR AGENCY USE ONLY (PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE)	
CATEGORICAL ELIGIBILITY	
CalFresh/CalWORKS/FDPIR household categorically eligible free? ☐ Yes ☐ No	
Foster child automatically eligible free? ☐ Yes ☐ No	
INCOME ELIGIBILITY Annual Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12	
Total Income:	Household Size:
Eligibility Classification ☐ Free ☐ Reduced Price ☐ Base	
Determining Official (Print Name):	
Determining Official Signature :	Certification Date:

CÓMO LLENAR EL FORMULARIO DE ASISTENCIA PARA COMIDAS

Use las instrucciones a continuación para llenar, firmar y devolver el Formulario de Asistencia para Comidas a:

Si necesita ayuda, llame a:

1. INFORMACIÓN DE SUS HIJOS:

- a) Anote el nombre de su hijo.
- b) Marque la casilla a la derecha del nombre si el niño está bajo cuidado adoptivo temporal.
- c) Incluya el nombre del centro de cuidado infantil.

2. BENEFICIOS: Llene esta sección y firme el formulario en la sección 4.

- a) Anote el número o números de caso vigentes de CalFresh, CalWORKs o FDPIR de su o sus hijos.
- b) Firme el formulario en la sección 4. Un miembro adulto de su hogar debe firmarlo. No tiene que anotar un número de Seguro Social.

3. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR: Llene esta sección y firme el formulario en la sección 4.

Anote los nombres de todas las personas en su hogar, incluso si no tienen ingresos. Inclúyase a usted, su cónyuge, el menor para el que está haciendo la solicitud y todos los demás miembros del hogar. **Si su hogar tiene a algún niño bajo cuidado adoptivo temporal asignado formalmente por una agencia de bienestar infantil estatal o tribunal, puede elegir incluir a este o estos niños en esta lista.**

- a) Anote la cantidad de ingresos que cada persona recibió en el último mes antes de impuestos u otras deducciones y la fuente de esos ingresos, como pensiones y otro tipo de ingresos (vea los ejemplos de tipos de ingresos más adelante). Si eligió incluir a cualquier niño bajo cuidado adoptivo temporal, sólo debe indicar el ingreso de uso personal. **No debe declarar los pagos que recibe para el cuidado del niño bajo cuidado adoptivo temporal de parte de la agencia de adopción temporal.** Todas las cantidades de ingresos deben anotarse en la columna correspondiente del formulario. Si cualquier cantidad del último mes fue mayor o menor a la acostumbrada, anote el ingreso mensual usual de esa persona.
- b) Si alguna persona trabaja por cuenta propia, anote la cantidad de ingresos que dicha persona obtiene. Si necesita ayuda, llame al número que aparece al principio del formulario.
- c) Firme el formulario e incluya los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social en la sección 4. Si no tiene un número de Seguro Social, marque la casilla que dice "Marque aquí si no tiene SSN".

4. CUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Y FIRMA:

- a) El formulario debe tener la **firma** de un miembro adulto del hogar.
- b) El miembro adulto que firma la declaración debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social. Si no tiene un número de Seguro Social, marque la casilla que dice "Marque aquí si no tiene SSN". No necesita los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social si incluye un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDPIR.

5. IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA: No está obligado a contestar esta pregunta para obtener asistencia para comidas, pero proporcionar esta información ayudará a dar un trato justo y equitativo a todos los participantes.

	INGRESO QUE DEBE DECLARAR	
Ingresos del trabajo: Sueldos/salarios/propinas Beneficios por huelga Indemnización por desempleo Indemnización por accidente laboral Ingreso neto del trabajo por cuenta propia Manutención de hijos/pensión alimenticia Pagos de asistencia pública Pagos de manutención de hijos/pensión alimenticia	Pensiones/jubilación/retiro/seguro social Pensiones Ingreso suplementario de seguridad (SSI) Ingreso de retiro o jubilación Pagos para veteranos Seguro Social	Otros ingresos mensuales Beneficios por discapacidad Efectivo retirado del ahorro Intereses, dividendos Ingresos de herencias/fideicomisos/inversiones Contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar Regalías netas/anualidades/ingresos netos de alquileres Subsidio militar para vivienda fuera de la base Otros ingresos

DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS RACIALES Y ÉTNICAS

El gobierno federal estableció las siguientes cinco categorías raciales y una categoría étnica:

RAZA:

Indígena americano o nativo de Alaska-Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Norteamérica y Sudamérica (incluyendo Centroamérica) y que tiene afiliación con una tribu o adhesión a una comunidad tribal.

Asiático-Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o Subcontinente Indio, incluyendo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o afroestadounidense-Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Se pueden usar términos como "haitiano" o "negro" además del de "negro o afroestadounidense".

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico-Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Hawái, Guam, Samoa u otra isla del Pacífico.

Blanco-Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Europa, Medio Oriente o África del Norte.

ORIGEN ÉTNICO:

Hispano o latino-Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura hispana, independientemente de la raza. El término de "origen hispano" se puede usar además de "hispano o latino."

No hispano o latino