



Provider Resources Inc. CACFP Child Enrollment Form

New Updated

For questions please contact: Provider Resources Inc. 360 Merrimack St Suite 44, Lawrence, MA. 01843 781-939-9292

PROVIDER'S NAME _____ SITE # _____

Dear Parent/Guardian:

Your **Family Day Care Provider** participates in the United States Department of Agriculture (USDA) Child and Adult Care Food Program (CACFP) administered by the Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education.

Meals served must meet nutrition requirements established by USDA's Child & Adult Care Food Program. In order to participate, your Provider has agreed to follow the USDA guidelines. The Provider will give you a copy of the minimum meal components and portion requirements to be served according to the child's age. A medical statement from your doctor is necessary if your child cannot eat foods required by the CACFP. In an effort to assess that these requirements are being met, the USDA and CACFP requires providers to annually collect the enrollment information listed below. **Please complete the form and return it to your Family Day Care Provider.**

CHILD # ASSIGNED _____		PART 1: CHILD ENROLLMENT INFORMATION	
Child's First Name	MI	Last Name	Child's Date of Birth & Age
		Beginning Date of Child Care	
Normal times in care For example 7:30 AM – 5 PM Earliest drop off and latest pick up		Hours from: _____ to _____	Check the days your child normally attends <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday <input type="checkbox"/> Sunday
Check meals your child receives while in normal times in care <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch		<input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Evening Snack	<input type="checkbox"/> Check here if Schedule Varies & select additional alternative days <input type="checkbox"/> Monday <input type="checkbox"/> Tuesday <input type="checkbox"/> Wednesday <input type="checkbox"/> Thursday <input type="checkbox"/> Friday <input type="checkbox"/> Saturday <input type="checkbox"/> Sunday
School Age Child Times child attends school For example 8:00 AM – 3:00 PM		Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Times in care during Vacation or No School days Earliest drop off and latest pick up		Relation: Child's relation to the provider <input type="checkbox"/> Not Related <input type="checkbox"/> Related –Non Resident <input type="checkbox"/> Provider's Foster child* <input type="checkbox"/> Provider's Own child**	
Check meals your child receives on school vacation or no school day <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch		<input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Evening Snack	
(Complete this row IF enrolling an infant [Birth – 11 months old])			
This child is: <input type="checkbox"/> Formula-fed <input type="checkbox"/> Breast-fed; I will supply expressed breast milk.		If the infant is formula-fed: <input type="checkbox"/> Provider will supply formula <input type="checkbox"/> I will supply formula	Name of Iron Fortified Infant Formula: _____
		Regarding food, I prefer that: <input type="checkbox"/> The Provider supplies infant cereal/foods. <input type="checkbox"/> I supply infant cereal/foods.	
Nutritious meals meeting the United States Department of Agriculture guidelines are served to all children enrolled in this program, including children under the age of 12 months. The Provider must meet the meal component requirements based on age and development outlined in the Infant Meal Pattern. The Provider will give you a copy of the minimum meal components and portion requirements to be served according to the child's age. I understand that this Family Day Care Provider will serve a USDA approved formula (listed above) to my infant while in care.			

PART 2: PARENT OR GUARDIAN ACCEPTANCE AND SIGNATURE

PARENT OR GUARDIAN NAME _____ **HOME PHONE:** _____
MAILING ADDRESS: _____ **CELL PHONE:** _____
CITY _____ **STATE:** _____ **ZIP CODE** _____ **WORK PHONE:** _____

I have read this child enrollment form and I **DO** request that my child receive the above CACFP benefits. I have received a copy of this completed form and the "Building For The Future" Flyer. Also, as applies, I understand that this Family Day Care Provider will supply infant cereal and infant foods for infants 4 months and older as they are developmentally ready according to the CACFP requirements.

I have read this child enrollment form and I **DO NOT** request that my child receive the above CACFP benefits.

PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE

DATE (must be renewed annually)

CIVIL RIGHTS: This information is voluntary and will not affect your children's eligibility. Please indicate the ethnic and racial identity of your children by checking a box in each of the categories. This information is being collected to assure that everyone receives CACFP benefits on a fair basis.			
1. Ethnic Identity	<input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATINO	<input type="checkbox"/> NOT HISPANIC OR LATINO	
2. Racial Identity	<input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE	<input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER	<input type="checkbox"/> ASIAN
	<input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN	<input type="checkbox"/> WHITE	

The U.S. Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities. If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866)632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202)690-7442 or email at program.intake@usda.gov. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800)877-8339; or (800)845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity employer.

FOR SPONSOR OFFICE USE ONLY Effective Date of this Enrollment Form: _____
 Fiscal Year: _____

The effective date can be made retroactive back to the first day the child participates in the CACFP as long as it occurs in the same month this form is received.



Provider Resources Inc. CACFP Formulario de Inscripción de Niño

Preguntas por favor comunicarse con: Provider Resources Inc: 360 Merrimack St Suite 44, Lawrence, MA. 01843 781-939-9292

NOMBRE DE PROVEEDORA _____ # DE PROVEEDOR _____

Estimado/a Padre/Guardián:

Su **Proveedor de Familia de Cuidado Diurno** participa en el Programa de Alimentación Para Niños y Adultos en Guarderías (CACFP por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) administrado por el Departamento Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts.

Las comidas servidas deben cumplir los requisitos de nutrición establecidos por el USDA en el Programa de Alimentación Para Niños y Adultos en Guarderías. Para poder participar, su proveedor se ha comprometido a seguir las pautas del USDA. El proveedor le dará una copia de los componentes mínimos de la comida y requerimientos de porciones que deben de ser servidas según la edad del niño. Una declaración médica es necesaria si el niño/a no puede comer los alimentos requeridos por el CACFP. En un esfuerzo para evaluar que estos requisitos se cumplan, el USDA y CACFP requiere que los proveedores recolecten anualmente la información de inscripción enumerada a continuación. **Por favor, complete el formulario y devolverlo a su Proveedor de Familia de Cuidado Diurno.**

# ASIGNADO DEL NIÑO _____		PARTE 1: INFORMACION DE INSCRIPCION DEL NIÑO		
Nombre del Niño/a	Inicial del 2 ^{do} nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento Y Edad	Fecha de Inicio de Cuido
Horario Normal de cuidado Por ejemplo 7:30 AM – 5 PM Entrada más temprana y salida más tarde		Horario es de: _____ a _____		<input type="checkbox"/> Marque aquí si el Horario Varía seleccione días alternativos adicionales
Marque las comidas que su niño recibe en horario normal de cuidado		<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda Noche	<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
Niño de Edad Escolar Horario en que el niño atiende a la escuela Por ejemplo 8:00 AM – 3:00 PM			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Horario de cuidado durante Vacaciones o días de No escuela Entrada más temprana y salida más tarde			Relación: La relación del niño con el proveedor <input type="checkbox"/> No Relacionado <input type="checkbox"/> Relacionado –No Residente <input type="checkbox"/> Hijo/a de crianza del proveedor* <input type="checkbox"/> Hijo/a propio del proveedor**	
Marque las comidas que su niño recibe en horario de Vacaciones escolares o días de No escuela			* Si está inscribiendo su hijo/a de crianza, por favor llamar a la oficina. ** Si está inscribiendo a su hijo/a propio, someter el Formulario de Elegibilidad de Ingresos.	
(Completar esta parte SI esta inscribiendo a un Infante [Nacimiento – 11 meses])				
Este niño es: <input type="checkbox"/> Alimentado con Formula <input type="checkbox"/> Alimentado con Leche Materna; Yo daré la leche materna		Si el infante toma formula: <input type="checkbox"/> El proveedor suplirá la formula <input type="checkbox"/> Yo supliré la formula		Nombre de la Formula Fortificada con Hierro: _____
				En cuanto a la comida, prefiero que: <input type="checkbox"/> El Proveedor supla el cereal infantil/comidas <input type="checkbox"/> Yo supliré el cereal infantil/comidas
<small>Comidas nutritivas que satisfacen los guías del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos son servidas a todos los niños inscritos en este programa, incluyendo los niños menores de 12 meses. El proveedor debe cumplir con los requisitos de los componentes de la comida basados en la edad y el desarrollo señalados en el patrón de alimentación infantil. El proveedor le dará una copia de los componentes de la comida y requisitos mínimos de las porciones que se sirven de acuerdo a la edad del niño. Entiendo que esta Proveedor de Cuidado Infantil Familiar servirá una formula aprobada por USDA (mencionado anteriormente) a mi bebé mientras está en el cuidado.</small>				

PARTE 2: ACEPTACION Y FIRMA DE PADRE O GUARDIAN

NOMBRE COMPLETO DE PADRE /GUARDIAN _____ TELEFONO: _____

DIRECCION POSTAL: _____ CELULAR: _____

CIUDAD _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTA _____ TELEFONO DEL TRABAJO: _____

He leído este formulario de inscripción de niños y **SI** pido que mi hijo reciba los beneficios mencionados del Programa de Alimentación Para Niños y Adultos en Guarderías. He recibido una copia de este volante "Construyendo Para el Futuro". También, a como aplique, entiendo que el Proveedor de Familia de Cuidado Diurno ofrece cereales para bebés y alimentos para bebés de 4 meses y de más edad estén preparados para ello de acuerdo a los requerimientos del CACFP.

He leído este formulario de inscripción de niños y pido que mi hijo **NO** reciba los beneficios mencionados del CACFP.

FIRMA DE PADRE O GUARDIAN

FECHA (debe ser renovada anualmente)

DERECHOS CIVILES: Esta información es voluntaria y no afectará la elegibilidad de sus niños. Por favor, indique la identidad étnica y racial de sus hijos marcando un cuadro en cada una de las categorías. Esta información está siendo recopilada para asegurar que todos reciban los beneficios del CACFP en condiciones justas.	
1. Identidad Étnica <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO.	
2. Identidad Racial <input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O NEGRO AMERICANO <input type="checkbox"/> HAWAIIANO NATAL u OTRO ISLEÑO PACIFICO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	

El Departamento de Agricultura de EE.UU. Prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de Empleos en las bases de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, la religión, represalias aplicables, creencias políticas aplicables, estado civil, estado civil o paternal, orientación sexual, o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de asistencia pública, o la información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad financiada o realizada por el Departamento. (No todas las prohibiciones aplican a todos los programas y / o actividades de empleo.) Si usted desea presentar una queja por el programa de discriminación de Derechos Civiles, completar el Formulario de Queja por Discriminación Programa de USDA, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta a nosotros por correo electrónico al Departamento de Agricultura de EE.UU., Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o al correo electrónico program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (español).

La fecha de vigencia se puede hacer retroactiva a partir del primer día en que el niño participa en el CACFP, siempre que se suceda en el mismo mes en que este formulario es recibido. **FOR SPONSOR OFFICE USE ONLY:** Effective Date of this Enrollment Form: _____

Fiscal Year _____