



LifeSpan

Day Care You Can Trust For Children.

**Child and Adult Care Food Program
Enrollment Packet**

**Paquete de inscripción al programa de
alimentos para el cuidado de niños y adultos.**

2026-2027

2460 John Fries Highway
Quakertown, PA 18951
215-536-4417

1651 N. Cedar Crest Blvd
Allentown, PA 18104
610-435-7833

399 Washington St.
East Greenville, PA 18104
215-679-5940

Instrucciones para el formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP

¡El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) hace que los buenos alimentos sean una parte regular de la guardería de su hijo! Complete el formulario de *elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP*. Nos ayuda a determinar si su grupo familiar califica para recibir comidas gratis o a un precio reducido. Esto nos dice cuánto dinero entregará el CACFP para respaldar su hogar o centro de cuidado infantil.

Instrucciones

Aquí tiene instrucciones que lo ayudarán a completar el formulario. Antes de comenzar, voltee el formulario para averiguar por qué pedimos esta información. Le dirá de qué modo usamos la información y cuáles son sus derechos. También le dirá cómo comunicarse con el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) si cree que está recibiendo un tratamiento injusto.

Asegúrese de completar toda la información solicitada. Utilice un bolígrafo para marcar sus respuestas en un formulario. Cuando termine, envíenos el formulario a:

Lifespan Phone# _____

Paso 1:

Enumere a todos los niños de su grupo familiar que vayan a una guardería. Use un renglón para indicar el nombre de cada niño. Escriba una sola letra en cada casillero. Deténgase si se queda sin espacio. Si hay más niños, agregue sus nombres en una segunda hoja de papel.

¿Tiene hijos que hayan sido colocados en cuidados sustitutos con usted? Si la respuesta es *Sí*, marque el casillero *Niño en cuidados sustitutos* al lado del nombre del niño. Si solamente está presentando solicitud para niños en cuidados sustitutos, termine el Paso 1 y diríjase al Paso 4. Si está presentando solicitud para niños tanto en cuidados sustitutos como no, diríjase al Paso 2.

¿Alguno de los niños es un inmigrante, escapado de su hogar, indigente, o está inscrito en Head Start? Si la respuesta es *Sí*, marque los casilleros correctos al lado del nombre del niño y diríjase al Paso 4.

Paso 2:

Usted califica para recibir comidas gratis si vive en un grupo familiar que recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Nativas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR).

¿Algún miembro del grupo familiar, usted incluido, recibe actualmente SNAP, TANF o FDIPIR? Si la respuesta es *sí*, escriba el número de caso en el recuadro y diríjase al Paso 4. Solo debe brindar un número de caso. Si la respuesta es *no*, diríjase al Paso 3.

Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP
Carta a los padres (centros sin alteración de precios)
1 de julio de 2026 - 30 de junio de 2027

Paso 3:

Enumere a todos los miembros del grupo familiar que no haya indicado en el Paso 1. Informe los ingresos actuales para todos los miembros del grupo familia. Saltee este paso si respondió "Sí" en el Paso 2.

¿Cómo informa los ingresos infantiles? Voltee el formulario y use la tabla de *Fuente de ingresos para los niños* para ver si su vivienda tiene ingresos que informar. Escriba el importe en los casilleros en la parte A del formulario. Marque con qué frecuencia de obtiene el importe. Escriba 0 en el casillero si no hay ingresos que informar.

¿Cómo informa los ingresos de los adultos del grupo familiar? Voltee el formulario y use la tabla de *Fuente de ingresos para adultos* para ver si su vivienda tiene ingresos que informar.

En la parte B, indique a todos los adultos en su grupo familiar, usted incluido, incluso si no todos reciben ingresos. Incluya a todos los adultos, como abuelos, otros familiares y amigos que vivan con usted y compartan los ingresos y gastos de la vivienda. Escriba el importe de los ingresos que recibe cada uno en los casilleros al lado de cada nombre. Marque con qué frecuencia recibe el importe. Escriba 0 en el casillero si no hay ingresos que informar.

Asegúrese de informar el importe actual de dinero que obtiene antes de los impuestos. No incluya SNAP, SNAP, WIC, asistencia financiera para estudiantes, o dinero que reciba para un niño en cuidados sustitutos como ingresos.

Cuente la cantidad de niños y adultos en su grupo familiar. Incluya a todos los bebés, niños, estudiantes y adultos. Escriba el número total en el casillero debajo de la lista de adultos del grupo familiar.

¿Usted u otro adulto del grupo familiar tienen un número de Seguro Social? Escriba los últimos cuatro dígitos en los casilleros. Si no tiene número del Seguro Social, marque el casillero *Marcar si no tiene SSN*.

Puntos que recordar:

Si:	Entonces:
Sus ingresos no siempre son los mismos	Indique la cantidad de dinero que obtiene normalmente Por ejemplo, no incluya salario por horas extra si no lo recibe normalmente. Si normalmente sus ingresos son más altos o más bajos, puede indicar sus ingresos anuales en lugar de ello.
Su grupo familiar incluye miembros que no sean ciudadanos	No hace falta que usted o sus hijos sean ciudadanos de Estados Unidos para que califiquen para recibir beneficios de comidas.
Está en las fuerzas armadas	No incluya su Asignación Suplementaria de Subsistencia Familiar (Family Subsistence Supplemental Allowance, FSSA), paga por combate, o el dinero que recibe por vivienda privatizada. Si fue desplegado, cuente el importe de paga puesto a disposición de su grupo familiar como ingresos.

Paso 4:

Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP
Carta a los padres (centros sin alteración de precios)
1 de julio de 2026 - 30 de junio de 2027

Un adulto del grupo familiar debe firmar este formulario. El signatario promete que toda la información es verdadera y está completa. El formulario NO es válido sin fecha y la firma de un adulto del grupo familiar.

Ingresa en letra de imprenta el nombre, la dirección, y el teléfono o correo electrónico del signatario adulto. Firme y escriba la fecha de hoy en los casilleros marcados.

Opcional

Preguntamos sobre la raza y etnia de sus hijos para asegurarnos de hacer lo posible por servir a nuestra comunidad del mejor modo. No es obligatorio brindar esta información. No le denegarán beneficios a causa de su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Solo para uso por parte del patrocinador oficial del CACFP:

Complete la sección de determinación. Si utilizará los ingresos, complete los ingresos totales, con qué frecuencia, tamaño del grupo familiar y elegibilidad. Si se determina según SNAP/TANF, cuidados sustitutos, inmigrante, escapado de casa o indigente, marque el casillero de elegibilidad categórica.

El representante del centro que firme el formulario debe firmar en el casillero de Firma del Funcionario Determinante y colocar la fecha. Si una segunda persona revisa el documento, se debe completar la Firma del Funcionario Confirmante y la fecha.

El Formulario NO ES VÁLIDO sin la firma del Funcionario Determinante y la fecha.

La Carta a los Padres adjunta debe entregarse al distribuir el Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos.

Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP
Carta a los padres (centros sin alteración de precios)
1 de julio de 2026 - 30 de junio de 2027

July 15, 2026

Estimado Padre o Tutor:

Lifespan ofrece comidas y refrigerios saludables a los niños como parte del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP). **Lifespan** recibe apoyo del CACFP para servir esas comidas. El CACFP brinda más apoyo si los ingresos de su grupo familiar son menores o iguales a los límites en esta tabla:

Estándares federales de ingresos para comidas a un precio reducido para el período entre el 1 de julio de 2026 y el 30 de junio de 2027		
Tamaño del grupo familiar	Ingresos anuales	Ingresos mensuales
1	\$29,526	\$2,461
2	\$40,034	\$3,337
3	\$50,542	\$4,212
4	\$61,050	\$5,088
5	\$71,558	\$5,964

Complete un formulario de *elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP*. Nos ayudará a determinar cuánto apoyo recibe **Lifespan**. Asegúrese de leer las instrucciones atentamente. Complete toda la información que solicitamos. Solamente podemos aceptar formularios completos. Envíe el formulario completado

2460 John Fries Hwy, Quakertown, PA 18951
399 Washington St. East Greenville, PA 18041
1651 N. Cedar Crest Blvd.

Gracias por tomarse el tiempo de completar el formulario. ¡Esperamos que su hijo disfrute de las comidas del CACFP!

En la operación de programas de nutrición infantil, no se discriminará a ninguna persona por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con **Nicole Fetherman** al **215-536-9036** o a **nfetherman@lq.org**.

Atentamente,

Nicole Fetherman

Nicole Fetherman M.Ed.
Executive Director

Esta institución es un proveedor de oportunidades igualitarias.

Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos:
Formulario de inscripción de niños (Muestra)

Patrocinador: Lifespan
Centro: 300-09-145-5

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA NIÑOS EN CUIDADO INFANTIL (MUESTRA)

Este documento no tiene que ser completado para niños en Refugios de emergencia, programas fuera del horario escolar y/o en riesgo. Se recomienda que se completen Formularios de inscripción anuales al CACFP nuevos cada año durante el período de renovación de Solicitud de elegibilidad para hogares. Revisar el formularios de inscripción completado e ingresar la fecha de vigencia en la sección inferior derecha.

PADRES: Esta institución participa en el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) y recibe reembolso para brindar comidas más nutritivas para su(s) hijo(s). Las regulaciones del CACFP federal requieren que todos los padres y tutores completen el Formularios de inscripción anual del CACFP al inscribir a su(s) hijo(s) y nuevamente cada año en adelante. Esta información ayudará a garantizar que todos los niños reciben las comidas apropiadas durante su cuidado.

Complete todas las áreas incluso la firma y la fecha

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO INSCRITO (Incluir fecha de nacimiento/edad)	DÍAS DE LA SEMANA QUE ASISTE	HORARIOS QUE EL NIÑO ASISTE NORMALMENTE DURANTE LA SEMANA								COMIDAS RECIBIDAS
		HORARIO DE INGRESO			HORARIO DE SALIDA			HORARIO QUE EL NIÑO ASISTE A LA ESCUELA		
		AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	SE RETIRA DEL CENTRO	RETORNA AL CENTRO	
PRIMER HIJO	☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO	☐ Sí ☐ No Trabajo múltiples turnos y los horarios de cuidado de mi(s) hijo(s) son diferentes. Otro: _____ Fecha de inscripción: _____ Fecha de retiro: _____								☐ DESAYUNO ☐ A.M. REFRIGERIO ☐ ALMUERZO ☐ P.M. REFRIGERIO ☐ CENA ☐ REFRIGERIO POR LA NOCHE
SEGUNDO HIJO	☐ Igual al anterior ☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO	☐ Los mismos horarios que arriba ☐ Sí ☐ No Trabajo múltiples turnos y los horarios de cuidado de mi(s) hijo(s) son diferentes. Otro: _____ Fecha de inscripción: _____ Fecha de retiro: _____								☐ Mismas comidas que el anterior ☐ DESAYUNO ☐ A.M. REFRIGERIO ☐ ALMUERZO ☐ P.M. REFRIGERIO ☐ CENA ☐ REFRIGERIO POR LA NOCHE
TERCER HIJO	☐ Igual al anterior ☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO	☐ Los mismos horarios que arriba ☐ Sí ☐ No Trabajo múltiples turnos y los horarios de cuidado de mi(s) hijo(s) son diferentes. Otro: _____ Fecha de inscripción: _____ Fecha de retiro: _____								☐ Mismas comidas que el anterior ☐ DESAYUNO ☐ A.M. REFRIGERIO ☐ ALMUERZO ☐ P.M. REFRIGERIO ☐ CENA ☐ REFRIGERIO POR LA NOCHE
CUARTO HIJO	☐ Igual al anterior ☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO	☐ Los mismos horarios que arriba ☐ Sí ☐ No Trabajo múltiples turnos y los horarios de cuidado de mi(s) hijo(s) son diferentes. Otro: _____ Fecha de inscripción: _____ Fecha de retiro: _____								☐ Mismas comidas que el anterior ☐ DESAYUNO ☐ A.M. REFRIGERIO ☐ ALMUERZO ☐ P.M. REFRIGERIO ☐ CENA ☐ REFRIGERIO POR LA NOCHE
QUINTO HIJO	☐ Igual al anterior ☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐ DOMINGO	☐ Los mismos horarios que arriba ☐ Sí ☐ No Trabajo múltiples turnos y los horarios de cuidado de mi(s) hijo(s) son diferentes. Otro: _____ Fecha de inscripción: _____ Fecha de retiro: _____								☐ Mismas comidas que el anterior ☐ DESAYUNO ☐ A.M. REFRIGERIO ☐ ALMUERZO ☐ P.M. REFRIGERIO ☐ CENA ☐ REFRIGERIO POR LA NOCHE

Firma

Firma del padre o tutor

Fecha

Número de teléfono del padre o tutor

Esta parte del formulario puede utilizarse para registrar actualizaciones de múltiples años

Período de tiempo anual cubierto por la firma: _____ a _____

Firma Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Firma Administrador del centro/Proveedor en el hogar _____ **Fecha** _____

Período de tiempo anual cubierto por la firma: _____ a _____

Firma Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Firma Administrador del centro/Proveedor en el hogar _____ **Fecha** _____

Período de tiempo anual cubierto por la firma: _____ a _____

Firma Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Firma Administrador del centro/Proveedor en el hogar _____ **Fecha** _____

Período de tiempo anual cubierto por la firma: _____ a _____

Firma Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Firma Administrador del centro/Proveedor en el hogar _____ **Fecha** _____

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:

- (1) **correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence
Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
- (2) **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Fuente de Ingresos para los niños	
Fuentes de ingresos infantiles	Ejemplos
Ingresos del trabajo	Un niño tiene un empleo regular de medio tiempo o tiempo completo en el que obtiene un salario o sueldo
Seguro Social - Pagos por discapacidad - Beneficios para sobrevivientes	- Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social - Un padre es discapacitado, está retirado, o ha muerto, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social
Ingresos provenientes de una persona que no es parte del hogar	Un amigo o miembro de la familia extendida le da dinero de bolsillo regularmente a un niño
Ingresos de cualquier otra fuente	Un niño recibe un ingreso regular de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso

Fuente de Ingresos para adultos		
Ingresos del trabajo	Asistencia pública / pensión alimenticia / manutención infantil	Pensiones / jubilación Todas las demás fuentes de ingresos
- Salario, sueldos, bonos en efectivo - Ingresos netos obtenidos del empleo por cuenta propia (granja o negocio) Si es miembro de las fuerzas armadas de EE. UU.: - Paga básica y bonos en efectivo (NO incluir paga por combate, FSSA, o asignaciones para vivienda privatizada) - Asignaciones para vivienda fuera de base, alimentos y vestimenta	- Beneficios por desempleo - Indemnización por accidentes de trabajo - Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) - Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local - Pagos de pensión alimentaria - Pagos de manutención infantil - Beneficios para veteranos - Indemnización por huelga	- Seguro Social (incluido retiro ferroviario) y beneficios por enfermedad de pulmón negro) - Pensiones privadas o beneficios por discapacidad - Ingresos de fideicomisos o parrrrimonios - Anualidades - Ingresos de inversiones - Intereses acumulados - Ingresos por alquiler - Pagos regulares en efectivo provenientes de fuera del hogar

OPCIONAL Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional)

Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar que estemos prestando servicios plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas mientras están en un centro de cuidado infantil.

Etnia (marcar una): ☐ Hispano o latino ☐ Ni hispano ni latino

Raza (marcar una o más): ☐ Nativo estadounidense o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del pacífico ☐ Blanco

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, o

FAX:
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

CORREO ELECTRÓNICO:
program_intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Solo para uso por parte del patrocinador del CACFP NO ES VÁLIDO SIN LA FIRMA DEL FUNCIONARIO DETERMINANTE Y LA FECHA

Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales

¿Con qué frecuencia?

Semanales

Quincenales

Mensuales

2x por mes

Tamaño del hogar

Elegibilidad por categoría

Elegibilidad

Gratis

Reducido

Denegado

Firma del Funcionario Determinante

Fecha

Firma del Funcionario Confirmante
(segundo control)

Fecha

Firma del Funcionario de Seguimiento
(Para instituciones que se basan en precios, Funcionario de Verificación)

Fecha

Fecha de entrada en vigencia: Si la institución está utilizando la fecha de firma del padre/tutor como fecha de entrada en vigencia, el formulario debe haber sido firmado por el representante de la institución en el mismo mes en que el padre firmó el formulario, o el mes inmediatamente siguiente.



Formulario de inscripción de bebés en CACFP

Centro/Nombre del proveedor: _____

Estimado Padre/Tutor:

Este centro/proveedor de cuidado infantil participa en el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) y recibe reembolso del Departamento de Agricultura de EE. UU. (US Department of Agriculture, USDA) por servir comidas nutritivas a bebés conforme a los requisitos del programa. La participación en este programa requiere que los centros/proveedores de cuidado infantil cumplan patrones de comida específicos según la edad del bebé.

Los centros/proveedores de cuidado infantil que participan en el CACFP **tienen la obligación** de ofrecer al menos una leche de fórmula para bebés fortificada con hierro para los bebés que están inscritos a su cuidado. Puede rechazar la leche de fórmula para bebés ofrecida y suministrar leche materna y/o su propia leche de fórmula fortificada con hierro aprobada por el CACFP.

(NOTA: La leche de fórmula fortificada con hierro aprobada por el CACFP debe contener 1 mg de hierro o más de 100 calorías de leche de fórmula al prepararse conforme a las instrucciones de la etiqueta y debe estar regulada por la FDA).

Además, cuando usted termine, junto con su médico, que su hijo está listo desde el punto de vista de desarrollo, el centro/proveedor de cuidado infantil también **tiene la obligación** de ofrecer cereales para bebés fortificados con hierro y otros alimentos para bebés.

Nombre del bebé _____ Fecha de nacimiento del bebé _____

Leche de fórmula fortificada con hierro provista por el centro /proveedor _____

Leche materna y/o preferencia de leche de fórmula

Registrar la fecha para indicar su preferencia (elegir todas las que apliquen) *Comprendo que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento con notificación por adelantado	Del nacimiento a los -5 meses Fecha e inicial	6– 11 meses Fecha e inicial
Suministraré leche materna extraída para mi bebé.		
Amamantaré a mi bebé en el sitio en el centro/proveedor.		
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil brinde la leche de fórmula para bebés que ofrece a mi bebé.		
Suministraré la leche de fórmula para bebés para mi bebé. (debe estar fortificada con hierro)		
Nombre de la leche de fórmula para bebés que suministraré _____		
Mi bebé tiene una necesidad de dieta especial que requiere una leche de fórmula que no cumple con los criterios de leche de fórmula fortificada con hierro. Entregué al centro/proveedor un Plan médico de cuidado firmado por una autoridad médica con licencia que incluye la limitación que restringe la dieta del bebé, cómo le afecta al bebé y el reemplazo recomendado. Nombre de la leche de fórmula para bebés _____ ☐ El centro de cuidado infantil proveerá la leche de fórmula. ☐ Yo proveeré la leche de fórmula.		

Preferencia sobre cereales para bebé y otros alimentos

Registrar la fecha para indicar su preferencia *Comprendo que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento con notificación por adelantado	6– 11 meses Fecha e inicial
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil brinde el cereal para bebés fortificado con hierro y otros alimentos a mi bebé.	
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil suministre todos los alimentos con una excepción. (Esta opción solo aplica si el centro/proveedor suministra leche de fórmula para bebés fortificada con hierro)	
Alimento que suministraré (debe ser un alimento aprobado por el CACFP) _____	
Mi bebé tiene una necesidad de dieta especial que requiere modificaciones a los requisitos de patrones de comidas para bebés. Entregué al centro/proveedor un Plan médico de cuidado firmado por una autoridad médica con licencia que incluye la limitación que restringe la dieta del bebé, cómo le afecta al bebé, los alimentos que hay que evitar y los reemplazos recomendados	
Estoy al tanto y comprendo toda la información provista en este formulario y la posibilidad de que mi bebé participe en el CACFP; sin embargo, rechazo la leche de fórmula para bebés y los alimentos ofrecidos por el centro/proveedor y elijo entregar TODA la leche de fórmula para bebés y alimentos para mi bebé. (El centro/proveedor no podrá reclamar comidas para este bebé)	

Padre/tutor	Fecha	Firma del centro/proveedor	Fecha
--------------------	--------------	-----------------------------------	--------------

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:

- (1) **correo:**
 U.S. Department of Agriculture
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) **fax:**
 (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.



Formulario de inscripción de bebés en CACFP

Centro/Nombre del proveedor: LifeSpan School and Daycare

Estimado Padre/Tutor:

Este centro/proveedor de cuidado infantil participa en el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) y recibe reembolso del Departamento de Agricultura de EE. UU. (US Department of Agriculture, USDA) por servir comidas nutritivas a bebés conforme a los requisitos del programa. La participación en este programa requiere que los centros/proveedores de cuidado infantil cumplan patrones de comida específicos según la edad del bebé.

Los centros/proveedores de cuidado infantil que participan en el CACFP **tienen la obligación** de ofrecer al menos una leche de fórmula para bebés fortificada con hierro para los bebés que están inscritos a su cuidado. Puede rechazar la leche de fórmula para bebés ofrecida y suministrar leche materna y/o su propia leche de fórmula fortificada con hierro aprobada por el CACFP.

(NOTA: La leche de fórmula fortificada con hierro aprobada por el CACFP debe contener 1 mg de hierro o más de 100 calorías de leche de fórmula al prepararse conforme a las instrucciones de la etiqueta y debe estar regulada por la FDA).

Además, cuando usted termine, junto con su médico, que su hijo está listo desde el punto de vista de desarrollo, el centro/proveedor de cuidado infantil también **tiene la obligación** de ofrecer cereales para bebés fortificados con hierro y otros alimentos para bebés.

Nombre del bebé _____ Fecha de nacimiento del bebé _____

Leche de fórmula fortificada con hierro provista por el centro /proveedor Similac sensitive

Leche materna y/o preferencia de leche de fórmula

Registrar la fecha para indicar su preferencia (elegir todas las que apliquen) *Comprendo que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento con notificación por adelantado	Del nacimiento a los -5 meses Fecha e inicial	6- 11 meses Fecha e inicial
Suministraré leche materna extraída para mi bebé.		
Amamantaré a mi bebé en el sitio en el centro/proveedor.		
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil brinde la leche de fórmula para bebés que ofrece a mi bebé.		
Suministraré la leche de fórmula para bebés para mi bebé. (debe estar fortificada con hierro)		
Nombre de la leche de fórmula para bebés que suministraré _____		
Mi bebé tiene una necesidad de dieta especial que requiere una leche de fórmula que no cumple con los criterios de leche de fórmula fortificada con hierro. Entregué al centro/proveedor un Plan médico de cuidado firmado por una autoridad médica con licencia que incluye la limitación que restringe la dieta del bebé, cómo le afecta al bebé y el reemplazo recomendado.		
Nombre de la leche de fórmula para bebés _____ ☐ El centro de cuidado infantil proveerá la leche de fórmula. ☐ Yo proveeré la leche de fórmula.		

Preferencia sobre cereales para bebé y otros alimentos

Registrar la fecha para indicar su preferencia *Comprendo que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento con notificación por adelantado	6- 11 meses Fecha e inicial
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil brinde el cereal para bebés fortificado con hierro y otros alimentos a mi bebé.	
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil suministre todos los alimentos con una excepción. (Esta opción solo aplica si el centro/proveedor suministra leche de fórmula para bebés fortificada con hierro)	
Alimento que suministraré (debe ser un alimento aprobado por el CACFP) _____	
Mi bebé tiene una necesidad de dieta especial que requiere modificaciones a los requisitos de patrones de comidas para bebés. Entregué al centro/proveedor un Plan médico de cuidado firmado por una autoridad médica con licencia que incluye la limitación que restringe la dieta del bebé, cómo le afecta al bebé, los alimentos que hay que evitar y los reemplazos recomendados	
Estoy al tanto y comprendo toda la información provista en este formulario y la posibilidad de que mi bebé participe en el CACFP; sin embargo, rechazo la leche de fórmula para bebés y los alimentos ofrecidos por el centro/proveedor y elijo entregar TODA la leche de fórmula para bebés y alimentos para mi bebé. (El centro/proveedor no podrá reclamar comidas para este bebé)	

Padre/tutor	Fecha	Firma del centro/proveedor	Fecha
--------------------	--------------	-----------------------------------	--------------

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:

- (1) **correo:**
 U.S. Department of Agriculture
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) **fax:**
 (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.



Niños y adultos con discapacidades y necesidades de dieta especiales

Los operadores del Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) y el Programa de servicios alimenticios de verano (Summer Food Service Program, SFSP) deben realizar las modificaciones razonables a las comidas del Programa o al servicio de comida para adaptarse a los niños y adultos (participantes del Programa) con discapacidades que restringen sus dietas.

1. Certificado de la autoridad médica con licencia para participantes con discapacidades

Las regulaciones del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA) en el título 7 Parte 15b del CFR requieren sustituciones o modificaciones en las comidas del Programa para los participantes cuyas discapacidades restrinjan sus dietas. Los patrocinadores, centros y hogares de cuidado de día deben suministrar las modificaciones a los participantes caso por caso cuando el pedido esté respaldado por un certificado escrito de la autoridad médica con licencia del estado.

La tercera página de este documento ("Plan médico de cuidado para programas de nutrición infantil) puede utilizarse para obtener la información requerida de la autoridad médica con licencia. Para este fin, una *autoridad médica con licencia del estado* en Pensilvania incluye:

- Médicos,
- Asistentes de médicos,
- Enfermero registrado y certificado, o
- Dentista.

El certificado médico escrito debe incluir:

- Una explicación de cómo la limitación física o mental del participante restringe la dieta;
- Una explicación de lo que se debe hacer para acomodar al participante; y
- El o los alimentos que se deben omitir y las alternativas recomendadas, si corresponde.

2. Otras necesidades de dieta especiales

Los operadores del programa podrán realizar sustituciones de alimentos para los participantes individuales que no tengan un certificado médico en el archivo. Dichas decisiones se toman caso por caso y todas las adaptaciones deben realizarse de acuerdo con los requisitos de patrones de comida del USDA. Se alienta a los operadores del Programa a tener documentación en el archivo cuando realizan una modificación del menú dentro del patrón de comidas, pero no es obligatorio.

Las necesidades y pedidos de dietas especiales como los relacionados con preocupaciones de salud general o preferencias personales no son discapacidades y las adaptaciones para estos son opcionales para los operadores del Programa. Las modificaciones de comidas por razones no relacionadas con una discapacidad son reembolsables siempre que estas comidas cumplan con las regulaciones del Programa.

3. Ley de rehabilitación de 1973 y la Ley de estadounidenses con discapacidades

Conforme al artículo 504 de la *Ley de rehabilitación de 1973*, y la *Ley de estadounidenses con discapacidades (American with Disabilities Act, ADA) de 1990* y la *Ley de enmiendas de la ADA de 2008*, una persona con una discapacidad significa cualquier persona que tenga una limitación física o mental que limite sustancialmente una o más de las actividades de la vida más importantes o funciones corporales importantes, tenga un registro de dicha limitación o sea considerada con dicha limitación. Una limitación física o mental no tiene que amenazar la vida para constituir una discapacidad. Si limita una actividad de la vida importante, se considera una discapacidad.

Las *actividades de la vida más importantes* incluyen, entre otras: cuidarse a uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar peso, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Una actividad de la vida importante también incluye el funcionamiento de las funciones corporales más importantes, lo que incluye, entre otras: funciones del sistema inmunológico; crecimiento normal de las células y funciones digestivas, del intestino, de la vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endócrinas y reproductivas.

Niños y adultos con discapacidades y necesidades de dieta especiales

4. Ley de educación para personas con discapacidades

Los niños en preescolar, bebés y niños pequeños con discapacidades tienen derechos adicionales conforme a la *Ley de educación para personas con discapacidades* (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA). Las preguntas sobre los requisitos de la IDEA deben dirigirse al Departamento de Educación de EE. UU., que es la agencia federal responsable de la administración y aplicación de la IDEA.

Contacto para los programas de nutrición infantil (CACFP/SFSP)

Para más información sobre la solicitud de adaptaciones para las comidas del Programa y el servicio de comidas para los participantes con discapacidades, contacte:

Haga clic aquí para ingresar el nombre y la información de contacto.

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:

(1) correo:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

(2) fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico:

program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Plan médico de cuidado para programas de nutrición infantil (CACFP y SFSP)

Leer las páginas 1 y 2 antes de completar este formulario.

Nombre del participante	Fecha de nacimiento	Edad/Salón de clases
Nombre del centro/programa/sitio		
Nombre del padre/tutor o representante del participante	Número de teléfono del padre/tutor/representante	
Firma del padre/tutor o representante del participante	Fecha	
1. Brindar a continuación una explicación de cómo la limitación física o mental del participante restringe la dieta del participante:		
2. Describir las modificaciones de dieta específicas o necesarias indicadas por la autoridad médica con licencia del estado para adaptarse a las necesidades del participante:		
3. Enumerar el o los alimentos que se deben omitir (por favor, sea específico) y las alternativas recomendadas, si corresponde. <u>Alimentos a omitir:</u>		
<u>Sustitutos sugeridos:</u>		
4. Indicar modificaciones de textura, si corresponde: ☐ Picado/Cortado en bocados ☐ En cubos/Finamente molido ☐ Puré ☐ Otras:		
5. Enumerar todo equipo adaptativo especial requerido:		
Nombre del médico/autoridad médica y título (por favor, en imprenta)	Número de teléfono del proveedor	
Firma del médico/autoridad médica	Fecha	

Firmar la siguiente sección es opcional pero puede evitar retrasos al permitir al Programa conversar con el médico/autoridad médica.

Renuncia a la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguro médico.

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 y la Ley de privacidad y derechos educativos familiares, por este medio autorizo a _____ (autoridad médica) a divulgar la información de salud protegida del participante que sea necesaria a los fines de información de Dieta Especial a _____ (centro/programa/sitio) y otorgo mi consentimiento para permitir que el médico/autoridad

médica intercambie libremente la información indicada en este formulario y en sus registros relacionada con el participante en cuidado infantil / cuidado de adultos/ programa de comidas de verano según sea necesario. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que impacte en la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para el participante. Comprendo que la autorización para divulgar esta información puede rescindirse en cualquier momento excepto cuando la información ya hubiese sido divulgada. Mi autorización para divulgar esta información vencerá el _____ (fecha). Esta información será divulgada para el fin específico de información de Dieta Especial.

El abajo firmante certifica que es (**marcar uno**): **Padre Tutor participante Adulto** o **Representante del participante** mencionado en este documento y que tiene la autoridad legal para firmar en nombre de esa persona.

Firma: _____ Fecha: _____

