

Child and Adult Care Food Program (Программа питания для детей и взрослых)

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА

(заполняется только родителем или опекуном)

Для регистрации в программе CACFP: _____
ПОСТАВЩИК УСЛУГ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Я хочу зарегистрировать своего ребенка/детей, чьи имена и данные для регистрации приведены ниже, в программе CACFP, которая возмещает поставщикам услуг по уходу за детьми расхода за предоставление здорового, сбалансированного рациона детям.

| Имя и фамилия ребенка | Дата рождения | Стандартные часы получения питания | | Питание, которые ребенок обычно получает (Отметьте X) | | | | | | |
|-----------------------|---------------|------------------------------------|----|---|--------------------|------|-----------------------|------|------------------|--|
| | | От | До | Завтрак | Перекус до полудня | Обед | Перекус после полудня | Ужин | Вечерний перекус | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Обведите в кружочек стандартные дни получения питания: Пн Вт Ср Чт Пт Сб Вс

Есть ли у этого ребенка инвалидность, пищевая аллергия или другие особые пищевые требования? Да Нет (Если да, уточните у своего поставщика услуг, какую информацию следует приложить к этой форме).

Этот ребенок младше 12 месяцев и находится на специальной молочной смеси по предписанию врача? Да Нет (Нам нужна подписанная форма врача).

Если возраст этого ребенка меньше 12 месяцев, ниже необходимо указать вариант молочной смеси. Обязательно введите название предлагаемой молочной смеси.

Я рассмотрел варианты детского питания для моего ребенка. Я указал свой выбор(ы) ниже:

- ____ 1) Я выберу молочную смесь, которую предлагает мой поставщик, а именно: _____
- ____ 2) Я буду предоставлять свое грудное молоко.
- ____ 3) Я буду предоставлять молочную смесь по своему выбору, а именно: _____ и позволю поставщику предоставлять продукты.
- ____ 4) Я буду предоставлять молочную смесь _____ и продукты.
- ____ 5) Я буду предоставлять специализированную молочную смесь, прописанную моим врачом, а именно _____.
(Нам нужна подписанная форма от врача).

Я понимаю, что мой ребенок/дети будут получать питание без дополнительной оплаты для меня, находясь на попечении поставщика во время любых запланированных услуг питания. Я понимаю, что центр ухода за детьми дошкольного возраста не может и не будет дискриминировать по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности. Я понимаю, что спонсор может связаться со мной по поводу питания, заявленного поставщиком для моего ребенка. Если со мной будет необходимо связаться по телефону для обновления и/или проверки этой информации в любое время, я бы предпочел, чтобы мне позвонили:

- Рабочий Домашний

| |
|----------------------------------|
| Имя родителя (печатными буквами) |
| Подпись родителя Дата |
| Адрес |

| |
|-------------------------------------|
| Домашний номер телефона () |
| Рабочий номер телефона () |
| Дата начала предоставления услуг |

Категории этнической и расовой принадлежности (По желанию.)

Отметьте категорию этнической и расовой принадлежности вашего ребенка. Нам нужна эта информация, чтобы быть уверенными в том, что все получают пособия на справедливой основе.

Этническая принадлежность:

- Представитель испаноязычного населения или латиноамериканец
- Не представитель испаноязычного населения или нелатиноамериканец

Раса:

- Белый
- Чернокожий(-ая) или афроамериканец(-ка)
- Азиат

- Американский индеец (индианка) или коренной житель Аляски
- Коренной житель Гавайских или тихоокеанских островов
- Многонациональный

Конфиденциальность

Предоставленная вами информация будет обрабатываться конфиденциально и будет использоваться только для определения права на участие и проверки данных для целей программы CACFP.