

Child and Adult Care Food Program (Продовольча програма для дітей та дорослих)

ФОРМА НА ЗАРАХУВАННЯ

(заповнюється тільки одним із батьків або опікуном)

Для зарахування до програми CACFP: _____
DAY CARE PROVIDER (ЦЕНТР ДЕННОГО ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ)

Я хочу зареєструвати свою дитину/дітей, імена та інформація про зарахування яких наведені нижче, в програмі CACFP, яка відшкодовує центрам денного догляду за дітьми за надання поживного, добре збалансованого харчування дітям в центрі.

Ім'я дитини	Дата народження	Стандартні години в центрі		Стандартні прийоми їжі (Поставте позначку X)					
		Від	До	Сніданок	Ранковий перекус	Обід	Післяобідній перекус	Вечеря	Вечірній перекус

Обведіть стандартні дні перебування в центрі: Пон Віт Сер Чет П'ят Суб Нед

Чи має дитина інвалідність, харчові алергії або інші особливі дієтичні потреби? Так Ні (Якщо так, уточніть у своєму центрі інформацію, яку слід додати до цієї форми.)

Дитині менше 12 місяців і вона знаходиться на спеціальній формулі за приписом лікаря? Так Ні (Нам необхідно отримати підписану форму від лікаря.)

**Якщо дитині менше 12 місяців, нижче повинен бути вказаний варіант формули.
 Обов'язково вкажіть назву запропонованої формули.**

Мені роз'яснили варіанти харчування для моєї малолітньої дитини. Я вказав(-ла) свій вибір (вибори) нижче:

- _____ 1) Я прийму формулу, яку пропонує мій центр, а саме: _____
- _____ 2) Я надам своє грудне молоко.
- _____ 3) Я надам формулу на свій вибір, а саме: _____ та дозволю центру забезпечити харчування.
- _____ 4) Я надам формулу, а саме _____ та харчування.
- _____ 5) Я надам спеціальну формулу, призначену моїм лікарем, а саме: _____. (Нам необхідно отримати підписану форму від лікаря.)

Я розумію, що моя дитина/діти будуть отримувати харчування без додаткової оплати з моєї сторони, коли вони перебувають в центрі та отримують заплановане харчування. Я розумію, що центр не може і не буде проводити дискримінацію за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку або інвалідності. Я розумію, що спонсор може зв'язатися зі мною з приводу харчування, заявленого центром для моєї дитини. Для того, щоб зв'язатися зі мною та оновити та/або перевірити цю інформацію в будь-який час, будь ласка, зателефонуйте мені: На роботу Додому

Ім'я одного із батьків (друкованими літерами)
Підпис одного із батьків <small>Дата</small>
Адреса

Домашній номер телефону ()
Робочий номер телефону ()
Дата початку

Етнічна та расова приналежність (ви не зобов'язані відповідати на це питання).

Вкажіть етнічну та расову приналежність вашої дитини. Нам потрібна ця інформація, щоб бути впевненими в тому, що кожен отримує пільги на справедливій основі.

Етнічна приналежність:

- Іспанського або латино-американського походження
- Не іспанського або латино-американського походження

Раса:

- Білий(-а)
- Темношкірий(-а) або афро-американець(-ка)
- Азіат(-ка)

- Американський індіанець(-ка) або корінний(-а) мешканець(-ка) Аляски
- Корінний гаваець(-ка) або уродженець(-ка) островів Тихого океану
- Змішаної раси

Конфіденційність

Інформація, яку ви надаєте, буде оброблятися конфіденційно і буде використовуватися тільки для визначення прийнятності та перевірки даних в цілях програми CACFP.