|  |
| --- |
| OFFICE OF SUPERINTENDENT OF PUBLIC INSTRUCTION  Child Nutrition Services  Old Capitol Building  PO BOX 47200  Olympia WA 98504-7200  **TRANSFERENCIA DE PROVEEDOR** |

**PARA EL PROVEEDOR:**

Envie esta forma si desea transferir su programa de alimentos de Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) participación a otra organización patrocinadora. Debe enviar esta forma a su patrocinador corriente al menos dos semanas antes del final del mes en el cual desea transferirse. Tambien debe presenter una copia de la forma completada al nuevo patrocinador antes de que se pueda transferir. Por favor, tenga en cuenta los siguientes:

1. Ningún patrocinador CACFP es obligado a aceptar su application; verifique que el patrocinador que desea transferir aceptará su aplicación.
2. No puede ser aprobado para el reembolso de la comida con un nuevo patrocinador de CACFP hasta que todo el papeleo es completado y aprobado por el estado.
3. El patrocinador que deje no es requerido para llevar de vuelta si usted decide que le gustaria volver.
4. El reembolso de la comida de CACFP se paga al mismo precio por todas las agencias que patrocinan.
5. Todos los patrocinadores de CACFP deben sostener las mismas normas. Todos los patrocinadores requieren proveedores a asistir a entrenamientos. Todos los patrocinadores requieren proveedores mantener registros de asistencia y menú diario. Se requiere que todos los patrocinadores hagan rechazos de la comida cuando los archivos no son Corrientes o exactos.
6. Todos los patrocinadores deben pagar reembolso dentro de 5 días laborables del recibo del estado.
7. En ninguna circunstancia puede un proveedor de reclamar cualquier parte del mismo mes bajo dos patrocinadores.
8. Un proveedor declarado seriamente deficiente no se puede transferir hasta que la deficiencia ha sido aplazada temporalmente.

**PARTE I: PROVEEDOR COMPLETA Y ENVIA AL ACTUAL PATROCINADOR.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PROVEEDOR | LICENCIA NO. | | TELEFONO |
| DIRECCION DEL PROVEEDOR | | | |
| Por favor saqueme de su patrocinio CACFP eficiente: | | | |
| FIRMA | | FECHA | |

**PARTE 2: PATROCINADOR ACTUAL COMPLETA Y DEVUELVE AL PROVEEDOR.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PATROCINADOR ACTUAL | | TELEFONO | |
| Pagaremos el reembolso de la comida durante el mes/año de: | | | |
| Este proveedor es elegible para transferir a otro patrocinador CACFP eficiente: | | | |
| En este momento el proveedor está en buena posición con nuestra agencia con ninguna acción sin resolver pendientes.  Comentarios: SI NO | | | |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE PATROCINADOR | FIRMA | | FECHA |

**PARTE 3: PROVEEDOR ENVIA AL NUEVO PATROCINADOR. NUEVO PATROCINADOR COMPLETA Y ENVIA UNA COPIA A OSPI Y UNA COPIA AL PROVEEDOR.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NUEVO PATROCINADOR | | TELEFONO | |
| Aceptamos este proveedor eficiente: | | | |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE PATROCINADOR | FIRMA | | FECHA |

FORM SPI 1687 (11/2012)