

Complete y devuelva esta solicitud a: (Departamento de Salud y Nutrición)

Nombre del Centro _____
Solicitud de inscripción del participante

Instrucciones:

1. Escriba el nombre completo del participante inscrito en los servicios de cuidado
2. Marque con un círculo los días que el participante está típicamente bajo los servicios de cuidado
3. Haga una lista de las horas que cada participante está en los servicios de cuidado
4. Marque con un círculo las comidas y los bocadillos que cada participante recibe típicamente mientras está bajo los servicios de cuidado
5. Seleccione la etnicidad de cada participante usando los siguientes códigos: H = Hispano o Latino, N = No Hispano o Latino*
6. Seleccione una o más denominaciones raciales de cada participante usando los siguientes códigos: A/I = Nativo Americano o Nativo de Alaska, A = Asiático, B = Negro o Afro Americano, H/PI = Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico, W = Caucásico o Blanco*
7. Firme y escriba la fecha de la solicitud y devuélvalo a su centro de atención.

Nombre y Apellido del Participante	Días que el Participante está Típicamente bajo los servicios de cuidado (Marque con un círculo todos los días que apliquen)	Lista del Horario en que está en los servicios de cuidado	Comidas/Bocadillos Recibidos (Marque con un círculo todos los que apliquen)			Etnicidad	Raza
	Lun Mar Mié Jue Vie		Desayuno	Comida	Bocadillo PM		
	Lun Mar Mié Jue Vie		Desayuno	Comida	Bocadillo PM		
	Lun Mar Mié Jue Vie		Desayuno	Comida	Bocadillo PM		
	Lun Mar Mié Jue Vie		Desayuno	Comida	Bocadillo PM		

* Esta información es voluntaria. Esto nos ayudará a garantizar que el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos se administre de manera no discriminatoria.

Dirección del Adulto/Padre de Familia/Tutor

Número de Teléfono del Adulto/Padre de Familia/Tutor

Firma del Adulto/Padre de Familia/Tutor

Fecha en que se Firmó

Declaración de No Discriminación

De acuerdo con las Leyes Federales de los Derechos Civiles y el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, represalia o retaliación por una actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Asimismo, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html en línea, y en cualquier oficina USDA, o mande una carta a USDA y proporcione en la carta toda la información que se le pidió en la solicitud. Para pedir una copia de la solicitud de queja, llame al (866) 632-9992. Mande su carta o la solicitud que completó a USDA por: (1) correo a: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.