



Regwerks Mealsheet PowerSchool (course) Class List

Hoja de presentación para el cuidado de niños en edad escolar en el verano del 2025

◊ Para tarifas _____

Fecha en que se completaron los pasos

	Recibido (en persona/por email/ via fax)
	Revisado
	Para tarifas

Grado: _____

Fecha de inicio: _____

Apellido: _____

Nombre de pila: _____

Segundo nombre: _____

¿Está inscrito en las escuelas del Distrito 65 (Si/No)?

Todos los niños, todos los días, cueste lo que cueste



ID en Distrito 65: _____

◊ Nuevo hermano _____

Hermanos que reingresan _____

Sí, fecha de inscripción como estudiante del D65: _____



Estado de la sesión *Tarifas sujetas a cambios* revisada el 20/02/25

Elija Día completo o Medio día	Tarifas de SACC para el cuidado en verano por 6 semanas	Subsidio (Seleccione Sí o No)	Cálculo del subsidio basado en la carta de aprobación del DHS del SACC D65	Camiseta de campamento de verano para Jóvenes (talla S, M, L, XL) Seleccione una
Día completo 7 AM - 6 PM	\$2,500	Sí / No	Se aplica la tasa de subsidio mensual actual	Chica (S) ____
Medio día AM 7 AM - 12:30 PM	\$1,250	Sí / No	Se aplica la tasa de subsidio mensual actual	Mediana (M) ____
Medio día PM 12:30 PM - 6 PM	\$1,250	Sí / No	Se aplica la tasa de subsidio mensual actual	Grande (L) ____
				Extra grande (XL) ____

Hay una tarifa de inscripción no reembolsable de \$50 para los niños que no estén inscritos previamente en el programa SACC en el año escolar 2024-25.

La mitad del costo total se debe abonar al momento de la inscripción. También tiene la opción de pagar el saldo total al momento de la inscripción

¡No habrá reembolsos después del 30 de abril, 2025!

Sesión de día completo de 6 semanas: pago Inicial al momento de la inscripción \$1,250 saldo restante pagado (Cuota # 1) 30 de abril = \$625 y (Cuota # 2) 15 de mayo = \$625

Sesión de medio día de 6 semanas: Pago Inicial al momento de la inscripción: \$625 de saldo restante (Cuota # 1) 30 de abril = \$313 y (Cuota # 2) 15 de mayo = \$312.

El cupo es limitado y la inscripción se realiza por orden de llegada. Las familias también son responsables del transporte hacia y desde el programa.

Las familias subsidiadas deben presentar la solicitud/calificar a través de AFC/DHS y tener en su lista de aprobación a D65 como proveedor antes de la inscripción en el programa de campamento de verano.

¿Quién es responsable de pagar las tarifas? Escriba el nombre: _____ Tél. durante el día: _____

CORREO ELECTRÓNICO PREFERIDO:

Firma del padre de familia _____ Fecha: _____

Correo electrónico preferido para comunicaciones (Por favor, escriba con claridad) : _____



Manual proporcionado Recibido pag. pipadres

Solicitud de cuidado de niños en edad escolar del Distrito 65 para verano 2025

		Padre 'A'		Padre 'B'	
Nombre del padre de familia:					
Mejor número de contacto (celular, casa, trabajo):					
Organización/Ocupación:					
Domicilio:					
Horario de trabajo:					
Correo electrónico preferido:					
Nombre del niño como aparece en el acta de nacimiento					
Apellido:	Fecha de inicio programada	Fecha de nac.	Edad	Sexo	Nombre de escuela actual
Nombre de pila:				M	
Segundo nombre:				No-Binario	Escuela a que asistió año pasado
ID en el Distrito 65 #: Nombre del niño como aparece en el acta de nacimiento	Fecha de inicio programada	Fecha de nac.	Edad	Sexo	Nombre de escuela actual
Apellido:				M	
Nombre de pila:				No-Binario	Escuela a que asistió año pasado
Segundo nombre:				F	
ID en el Distrito 65 #: Nombre del niño como aparece en el acta de nacimiento	Fecha de inicio programada	Fecha de nac.	Edad	Sexo	Nombre de escuela actual
Apellido:				M	
Nombre de pila:				No-Binario	Escuela a que asistió año pasado
Segundo nombre:				F	
ID en el Distrito 65 #: Nombre del niño as listed on birth certificate	Fecha de inicio programada	Fecha de nac.	Edad	Sexo	Nombre de escuela actual
Apellido:				M	
Nombre de pila:				No-Binario	Escuela a que asistió año pasado
Segundo nombre:				F	
ID en el Distrito 65 #:					

Al firmar a continuación, usted también acepta que:

En caso de emergencia, cuando no se puede contactar a los padres o al médico de familia, doy permiso al personal de Cuidado Infantil del Distrito 65 para que tome las medidas que se consideren necesarias para garantizar la salud y la seguridad de mi hijo. Aceptaré la responsabilidad por cualquier gasto en el que se incurra.

Firma del padre de familia: _____

Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____



ACUERDO DE PAGO DE GUARDERÍA DE VERANO DE SACC PARA 2025

Por favor marque la sección correspondiente, complete la información según sea necesario y firme el acuerdo a continuación:

1. Me estoy registrando por FAX/CORREO y estoy pagando el total con: Cheque (adjunto) o Tarjeta de crédito (información completa a continuación)
2. Me estoy inscribiendo por FAX/CORREO y solo estoy pagando el pago inicial de \$1250.00 más la tarifa de inscripción **no reembolsable** si corresponde (es decir, nueva familia de SACC que se inscribe para el año escolar): cheque (adjunto) o tarjeta de crédito (información completada a continuación). Deseo que el saldo restante del campamento se debite automáticamente en las fechas de pago que se establecen a continuación.

Por favor, escriba sus iniciales a continuación:

- a. Autorizo al Distrito Escolar 65 de Evanston/Skokie a debitar automáticamente el saldo restante del campamento en 2 cuotas iguales;

El primer abono el **30 de abril del 2025**, y el segundo abono el **15 de mayo del 2025** usando los siguientes:

Por favor, compruebe la talla de camiseta de campamento/ Talla: Chica Mediana Grande Extra grande

Tarjeta de crédito

Visa MasterCard Discover
 Cardholder Name _____
 Account Number _____
 Exp. Date _____
 3 Digit Security Code _____

Acuerdo:

1. Entiendo que soy responsable de notificar al Distrito Escolar65 de Evanston/Skokie inmediatamente si cambia la información de la tarjeta de crédito. _____ **Escribir sus iniciales**
2. Entiendo que estos acuerdos financieros permanecerán vigentes hasta que:
 - a. El monto total adeudado lo recauda el Distrito Escolar Evanston/Skokie 65.
 - b. He solicitado por escrito la cancelación del programa y he pagado todas las tarifas actuales, o
 - c. El Distrito Escolar65 de Evanston/Skokie me envía un aviso de terminación de este acuerdo.
 - d. El pago automático se aplicará de acuerdo con el acuerdo de pago del campamento de verano rubricado anteriormente (la primera cuota vence el 30 de abril y la segunda cuota vence el 15 de mayo)
3. Entiendo que cualquier pago rechazado generará un cargo por servicio de \$25.00. _____ **Escribir sus iniciales**
4. La cancelación del servicio de guardería debe realizarse por escrito con un aviso de al menos 5 días hábiles antes del inicio del campamento, el 8 de junio. Las cancelaciones realizadas después del inicio del campamento no serán elegibles para ningún tipo de reembolso. _____ **Escribir sus iniciales**

FIRMA: _____

FECHA: _____

Divulgación de cargos por recoger tarde a un niño en campamentos guardería de verano

* Al marcar esta casilla comprendo:

El programa de campamento de verano para el cuidado de niños en edad escolar (guardería) cierra puntualmente a las 6:00 p. m. durante el verano sin excepción. Se cobra una tarifa (cargo) por recoger tarde a un niño, la cual se facturará a través de la Oficina de negocios del D65 y aparecerá en el estado de cuenta financiero del campamento de verano de cada niño. La hora del reloj en el sitio de cuidado infantil se considera la hora oficial. El día en que se recogió tarde al niño se le notificará del costo que se le cobrará. El pago se facturará y procesará de acuerdo con la tarjeta de crédito registrada si recoge a su estudiante después del cierre de las 6:00 p. m. Las familias del DHS que reciben beneficios de cuidado infantil también incurrirán en el cargo por recoger tarde a un niño, ya que el estado no cubrirá ningún costo adicional después del horario de cierre.

Ejemplo de cargos por recoger tarde a un niño:

- 1-15 minutos = \$25.00
- 16-30 minutos = \$50.00
- 30-45 minutos = \$75.00
- 46-60 minutos = \$100.00

Los cargos por pagos atrasados comienzan a las 6:01 p. m. Los empleados del personal de SACC deben informar a la Coordinadora de Tarifas de la oficina del distrito sobre todas las familias que llegan tarde. No se debe pedir al personal que pase por alto la recogida tardía en ningún momento. Cualquier padre que no esté de acuerdo con la tarifa por recogida tardía debe comunicarse con **Jennifer Roland (Tarifas de SACC)** al teléfono **847-859-8015** o al correo electrónico fees@district65.net.

Gracias por elegir el programa de guardería del Distrito Escolar 65 de Evanston/Skokie. Esperamos tener un año educativo y divertido con sus hijos.

No dude en comunicarse con la Sra. Charlotte Carter, coordinadora de cuidado de niños en edad escolar (guardería), al 847-859-8306 o con el Sr. Steven Frost, coordinador adjunto de cuidado de niños en edad escolar, al 847-859-8118, si tiene preguntas sobre el programa. Comuníquese con Jennifer Roland, coordinadora de cuidado de niños en edad escolar (guardería), al 847-859-8015 si tiene preguntas sobre su cuenta y tarifas del servicio de guardería.

Atentamente,

Administración del programa de guardería
para niños en edad escolar

Cuidado de niños en edad escolar

Distrito escolar 65 de Evanston/Skokie
1500 McDaniel Ave.
Evanston, IL 60201
Charlotte Carter 847-859-8078
Steven Frost 847-859-8118



EVANSTON/SKOKIE
SCHOOL DISTRICT 65

Every Child, Every Day, Whatever it Takes

CONOCIÉNDOLE

SITIO DEL CUIDADO DE NIÑOS (GUARDERÍA):

NOMBRE _____ EDAD ____ NÚMERO DE HERMANOS: _____

Juguete/juego/actividad favoritos del niño:

¿Cuál es la mejor manera de conocer a su hijo?

¿Cómo muestra su hijo sus sentimientos cuando está enojado o contento?

Si está molesto, ¿cuál es la mejor forma de calmar y/o consolar a su hijo?

En general, ¿cómo se maneja la disciplina en casa?

¿Tiene alguna sugerencia/consejo para nuestro personal que pueda ayudarnos a tener más éxito con su(s) hijo(s)? _____

¿Ha participado su hijo en otro programa de guardería (cuidado de niños)? Sí No

Historial médico

¿Tiene(n) su(s) hijo(s) alguna condición médica? Sí No

En caso afirmativo, explique y proporcione la información pertinente (medicamentos, etc.)

¿Tiene(n) su(s) hijo(s) alguna alergia o sensibilidad? Sí No

En caso afirmativo, explique y brinde la información pertinente (medicamentos, Epi-Pen, etc.)

Firma del padre de familia

Fecha

Cuidado de niños en edad escolar

Distrito escolar 65 de Evanston/Skokie
1500 McDaniel Ave.
Evanston, IL 60201
Charlotte Carter 847-859-8078
Steven Frost 847-859-8118



EVANSTON/SKOKIE
SCHOOL DISTRICT 65

Every Child, Every Day, Whatever it Takes

LISTA DE VERIFICACIÓN

Entiendo que debido a los requisitos de licencia estatal, el personal de cuidado de niños (SACC) no puede aceptar almuerzos en bolsas como sustituto del suministro de alimentos. Proporcionaré confirmación por escrito de mi médico si mi hijo requiere una sustitución. **Sus iniciales** _____

He recibido el 'Resumen de estándares de licencias para guarderías del DCFS'. **Iniciales** _____

He revisado en línea en el sitio www.district65.net las reglas de conducta estudiantil y disciplina escolar y política de orientación y disciplina de SACC. Me aseguraré de que mis hijos comprendan completamente cómo les concierne a ellos esta información mientras estén bajo nuestro cuidado. **Iniciales** _____

He revisado y entiendo el proceso y la política de SACC acerca de recoger tarde a los niños. **Iniciales** _____

Doy permiso para que mi(s) hijo(s) participen en excursiones de SACC y en actividades relacionadas. **Iniciales** _____

Además, doy permiso para que mis hijos sean fotografiados/grabados en video y entrevistados mientras participan en actividades de SACC o en excursiones. **Iniciales** _____

Mi firma confirma que he leído las declaraciones anteriores además de revisar el 'Manual para padres de SACC' actual (en línea y/o en copia impresa).

Firma del padre de familia/ Tutor

Fecha

Programa de cuidado de niños en edad escolar

Distrito escolar 65 de Evanston/Skokie
1500 McDaniel Ave.
Evanston, IL 60201
Charlotte Carter 847-859-8078
Steven Frost 847-859-8118



Every Child, Every Day, Whatever it Takes

Programa de cuidado de niños en edad escolar

Formulario de autorización de los padres para recoger a los niños

Nombre del niño

Sitio

Nota: Los niños no serán entregados a menores de edad. La persona que recoja a los niños debe tener al menos 18 años y presentar una identificación válida. Por favor, escriba toda la información solicitada en los espacios siguientes. .

DOY PERMISO A LOS SIGUIENTES ADULTOS PARA RECOGER A MI(S) HIJO(S):

1. _____

Nombre

Domicilio

Teléfono cel/ trabajo

2. _____

Nombre

Domicilio

Teléfono cel/trabajo

3. _____

Nombre

Domicilio

Teléfono cel/trabajo

¿Está su hijo bajo una orden judicial de protección? ___ **Sí** ___ **No**

En caso afirmativo, se debe proporcionar/adjuntar una copia del documento judicial.

Firma del padre de familia

Charlotte Carter

Coordinadora del cuidado de niños en edad escolar

Fecha _____

Estado de Illinois
Departamento de servicios para niños y familias de Illinois

ACUSE DE RECIBO

Yo, Nosotros _____
Por favor, escriba su(s) nombre(s) con letra de molde

padre(s) de _____, por la presente certifico que
Nombre(s) del/los niño(s)

he/hemos recibido una copia de un resumen de los estándares de licencia impreso por el Departamento de servicios
para niños y familias de Illinois.

Firma del padre de familia

Fecha

Firma del padre de familia

Fecha

ESTE FORMULARIO COMPLETO DEBE SER COLOCADO EN EL ARCHIVO DE CADA NIÑO EN LA GUARDERÍA

Estimado padre de familia/ tutor:

Si es necesario que su hijo tome medicamentos en la escuela, deberá leer y completar el siguiente formulario. De acuerdo con las 'Pautas recomendadas para la administración de medicamentos en las escuelas' a través del Departamento de Servicios Humanos de Illinois y la Junta Directiva de Educación del Estado de Illinois, todos los medicamentos administrados en la escuela, incluyendo los medicamentos sin receta, serán recetados por un médico autorizado. Se debe obtener una orden por escrito para medicamentos recetados y sin receta del médico autorizado del estudiante junto con una solicitud por escrito de los padres/tutores solicitando que los medicamentos se administren o autoadministren durante el horario escolar.

El personal de la escuela solo puede administrar medicamentos si los ordena un médico o proveedor calificado de servicios de salud. La orden escrita debe incluir el nombre, la fecha, el sello y la firma del prescriptor autorizado. Todos los medicamentos recetados deben estar en su empaque original con la etiqueta de receta adjunta. Los medicamentos de venta libre deben estar en un frasco sellado con la etiqueta original del fabricante con los ingredientes enumerados y con el nombre del estudiante pegado en el recipiente. en el empaque. Los estudiantes que necesiten llevar y usar su epinefrina, insulina o medicamentos para el asma deben tener órdenes firmadas bajo un plan calificado tanto del médico como del padre/tutor.

SOLICITUD DE LOS PADRES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

POR LA PRESENTE CONFIRMO MI RESPONSABILIDAD PRINCIPAL DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A MI HIJO. SIN EMBARGO, SI MI HIJO DEBE RECIBIR MEDICAMENTOS MIENTRAS ESTÁ EN LA ESCUELA, AUTORIZO AL DISTRITO ESCOLAR 65 Y A SUS EMPLEADOS A ADMINISTRAR MEDICAMENTOS RECETADOS LEGALMENTE A MI HIJO. RECONOZCO QUE PUEDE SER NECESARIO QUE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A MI HIJO SEA REALIZADA POR UN EMPLEADO DEL ÁREA DE SALUD U OTRA PERSONA QUE NO SEA UNA ENFERMERA ESCOLAR CERTIFICADA Y CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO A TALES PRÁCTICAS. ADEMÁS, RECONOZCO Y ACEPTO QUE, CUANDO EL MEDICAMENTO LEGALMENTE RECETADO SE ADMINISTRA O SE INTENTA SER ADMINISTRADO, RENUNCIO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE PUEDA TENER CONTRA EL DISTRITO ESCOLAR Y SUS EMPLEADOS Y AGENTES QUE SURJAN DE LA ADMINISTRACIÓN DE DICHO MEDICAMENTO. ADEMÁS, ACEPTO EXIMIR DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZAR AL DISTRITO ESCOLAR Y SUS EMPLEADOS DE Y CONTRA CUALQUIER RECLAMACIÓN, DAÑO, CAUSA DE ACCIÓN O LESIONES INCURRIDAS O RESULTANTES DE LA ADMINISTRACIÓN O INTENTOS DE ADMINISTRACIÓN DE DICHO MEDICAMENTO.

NOTIFICARÉ A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO EN MEDICAMENTO O DOSIS Y ENVIARÉ A LA ESCUELA UNA ORDEN ESCRITA DEL MÉDICO CUANDO UN CAMBIO SEA NECESARIO.

POR LA PRESENTE SOLICITO QUE EL PERSONAL DE LA ESCUELA ADMINISTRE EL SIGUIENTE MEDICAMENTO A:

NOMBRE DEL NIÑO

MEDICAMENTO

DOSIS

HORA

FECHAS DE INICIO Y TERMINO

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/ TUTOR

FECHA

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

NÚMERO DE TELÉFONO



JUNTA De EDUCACIÓN Del ESTADO De ILLINOIS

Formulario de Inscripción Anual

Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos

Este formulario es obligatorio en los Child Care Centers (Centros de Cuidados para Niños), Pre-K (Pre-Jardín de niños), Head Start (Inicio Temprano), Even Start (Inicio Equitativo) y los Programas Certificados Fuera del Horario Escolar.

Este formulario NO es obligatorio en caso de Riesgos después de la Escuela, Sin Licencia Fuera del Horario Escolar o Albergues de Emergencia.

Padres/Centros: Esta institución participa en el Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos (por sus siglas en inglés, "CACFP") y recibe donaciones para proporcionar alimentos más nutritivos a su(s) hijo(s). Los reglamentos federales del CACFP establecen que todos los padres o tutores deben completar o revisar un Formulario de Inscripción Anual del CACFP cuando inscriban a su(s) hijo(s) y, después, cada año. Esta información ayudará a garantizar que todos los niños reciban alimentos apropiados durante su asistencia. El padre y el centro pueden llenar de la Sección 1 a la 4. El padre debe revisar y asegurar que la información es correcta; después, llenar la Sección 5, firmar y fechar la Sección 6. Sección 5: esta sección es opcional. Los patrocinadores del CACFP (Child and Adult Care Food Program) deben asegurarse de que los hogares sepan que el hecho de no proporcionar información sobre la identidad racial o étnica no afectará su elegibilidad. Sin embargo, el USDA (U.S. Department of Agriculture) recomienda fuertemente a los patrocinadores del CACFP que expliquen la importancia de estos datos a los padres/tutores para que completen esta sección. El centro revisará el formulario de inscripción completo.

1	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO INSCRITO (Incluye Fecha de nacimiento/Edad)	2	DÍAS DE ASISTENCIA EN LA SEMANA	3	HORARIO USUAL DE ASISTENCIA DEL NIÑO DURANTE LA SEMANA			4	ALIMENTOS RECIBIDOS		
Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	HORA DE LLEGADA		HORA DE SALIDA		HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO			
				AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Trabajo en distintos turnos y el (los) niño(s) puede(n) estar bajo el cuidado en diferentes días/horarios											
<input type="checkbox"/> Bocado temprano por la mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado A.M. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado P.M. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado nocturno											

Segundo Niño		2	Los mismos días arriba mencionados	3	Los mismos horarios del niño anterior	4	Mismas comidas anteriores				
Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	HORA DE LLEGADA		HORA DE SALIDA		HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO			
				AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Trabajo en distintos turnos y el (los) niño(s) puede(n) estar bajo el cuidado en diferentes días/horarios											
<input type="checkbox"/> Bocado temprano por la mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado A.M. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado P.M. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado nocturno											

Tercer Niño		2	Los mismos días arriba mencionados	3	Los mismos horarios del niño anterior	4	Mismas comidas anteriores				
Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo	HORA DE LLEGADA		HORA DE SALIDA		HORA DE ASISTENCIA ESCOLAR DEL NIÑO			
				AM	PM	HORA	AM	PM	HORA	Salida del Centro	Regreso al Centro
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Trabajo en distintos turnos y el (los) niño(s) puede(n) estar bajo el cuidado en diferentes días/horarios											
<input type="checkbox"/> Bocado temprano por la mañana <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Bocado A.M. <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado P.M. <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Bocado nocturno											

Por favor, responda ambas preguntas. Esta información es voluntaria.

5	CATEGORÍAS ÉTNICO/RACIAL	A. Información étnica del niño(s) — Marque sólo una opción.	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano o latino
		B. Información racial del niño(s) — Marque uno o más, según aplique.	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano
			<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska

6	FIRMA	Certifico que la información anterior es correcta.	Firma del Padre o Tutor	Fecha	Número telefónico del Padre o Tutor
---	-------	--	-------------------------	-------	-------------------------------------

SÓLO PARA EL USO DEL REPRESENTANTE DEL CUIDADO PARA NIÑOS

Fecha Efectiva de este formulario de ingreso: _____

Esta fecha efectiva se puede hacer retroactiva al primer día de participación del niño en el CACFP, si esto ocurre dentro del mismo mes en el cual se recibió este formulario.

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; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.