

ENROLLMENT WORKSHEET SBCEO/ECE/CHILD CARE FOOD PROGRAM

722 E. Main St Ste 201

Santa Maria

CA 93458

Provider Name: _____

Provider Number: _____

CHILD INFO:

First Name: _____ MI: _____ Last Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

DOB: ____/____/____ Enrollment Date: ____/____/____ Sex: ____ Male ____ Female

PARENT INFO:

First Name: _____ MI: _____ Last Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Sex: ____ Male ____ Female Home Phone: (____) ____-____ Work Phone: (____) ____-____

Email: _____ Over Night Stay Approved: ____ Yes ____ No

FORMULA OPTION:

FOOD OPTION:

____ Parent Supplies Breast Milk or Formula
____ Parent Accepts Provider-Supplied Formula
Name of Parent Formula: _____

____ Parent Supplies Additional Food and Refuses Provider's Foods
____ Provider Supplies Additional Foods When Developmentally Appropriate

SCHOOL INFO:

ETHNICITY:

RACE:

____ School Age ____ AM Kindergarten ____ AM Headstart ____ Hispanic/Latino ____ American Indian / Alaska Native
____ Home School ____ PM Kindergarten ____ PM Headstart ____ Not Hispanic or Latino ____ Asian
____ All Year School ____ All Day Kindergarten ____ All Day Headstart ____ Native Hawaiian / Pacific Islander
____ White

School Name: _____

School Number: _____ School District: _____

School Depart Time: _____ : _____ AM / PM Return Time: _____ : _____ AM / PM

Days Attending School: ____ MON ____ TUE ____ WED ____ THU ____ FRI

CHILD ATTENDANCE:

I anticipate the Days my child will participate will be: ____ MON ____ TUE ____ WED ____ THU ____ FRI ____ SAT ____ SUN ____ Days will vary

Drop Off Time _____ : _____ AM / PM Pick Up Time _____ : _____ AM / PM ____ Times will vary

I anticipate the Meals my child will participate will be: ____ Breakfast ____ AM Snack ____ Lunch ____ PM Snack ____ Dinner ____ Evening Snack

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

State Agency Contact Info: Child and Adult Care Food Program, 744 P Street, MS 9-13-290, Sacramento, CA 95814, 800-952-5609

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: 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) email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

ENROLLMENT WORKSHEET SBCEO/ECE/CHILD CARE FOOD PROGRAM

722 E. Main St Ste 201

Santa Maria

CA 93458

- FOR PROVIDER USE -

RELATIONSHIP TO PROVIDER

<input type="checkbox"/>	Not related	Special needs Child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Child will participate in CACFP	<input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/>	Related, non-resident	Special diet	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/>	Own Child	If special diet, explain				
<input type="checkbox"/>	Helper's Child					
<input type="checkbox"/>	Foster Child					

State Agency Contact Info: Child and Adult Care Food Program, 744 P Street, MS 9-13-290, Sacramento, CA 95814, 800-952-5609

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: 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) email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

HOJA DE TRABAJO DE INSCRIPCIÓN SBCEO/ECE/CHILD CARE FOOD PROGRAM

722 E. Main St Ste 201

Santa Maria

CA 93458

Proveedor Nombre: _____ número de Proveedor: _____

INFORMACIÓN DE NIÑO:

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de Inscripción: ____/____/____ Sexo: ____ Masculino ____ Femenina

INFORMACIÓN SOBRE PADRE:

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: ____ Masculino ____ Femenina Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Teléfono de Trabajo: (____) ____ - ____

Correo electrónico: _____ Estancia de Noche Aprobada: ____ Sí ____ No

OPCIÓN DE FÓRMULA:

OPCIÓN DE COMIDA:

____ Padre Proveera Leche de Pecho o Fórmula
____ Padre Acepta Fórmula Proveida por Proveedora

____ Proveera Alimento Adicional y Rechaza Comida de la Proveedora
____ Proveedora Proveera Comida Adicional Cuando el Desarrollo Sea Apropiado

Nombre de Fórmula del Padre: _____

INFORMACIÓN ESCOLAR:

IDENTIDAD ÉTNICA:

RAZA:

____ Edad Escolar ____ Jardín Infantil AM ____ Headstart AM ____ Hispano/Latino ____ Amerindio / Natural de Alaska
____ Escuela de casa ____ Jardín Infantil pM ____ Headstart PM ____ No Hispano o Asiático
____ Todo el Año Escuela ____ Jardín Infantil Todo el Día ____ Headstart Todo el Día Latino ____ Negro o Africano Americano
____ Hawaiano Natal / Isleño Pacífico
____ Blanco

Nombre de Escuela: _____ Distrito Escolar: _____

Tiempo Escuela Sale: ____ : ____ AM / PM Tiempo de Vuelta: ____ : ____ AM / PM

Días Asistiendo a Escuela: ____ LUN ____ MAR ____ MIE ____ JUE ____ VIE

ASISTENCIA DE NIÑO:

Anticipo los Días que Participará Mi Niño Será: ____ LUN ____ MAR ____ MIE ____ JUE ____ VIE ____ SAB ____ DOM ____ Días Varián

Tiempo de Bajada ____ : ____ AM / PM Tiempo de Recogida ____ : ____ AM / PM ____ Tiempo Variá

Anticipo las Comidas en cual Mi Niño Participará Será: ____ Desayuno ____ Merienda AM ____ Almuerzo ____ Merienda PM ____ Cena ____ Merienda Nocturna

Firma de Padre/Guarda: _____ Fecha: _____

State Agency Contact Info: Child and Adult Care Food Program, 744 P Street, MS 9-13-290, Sacramento, CA 95814, 800-952-5609

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: 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; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

HOJA DE TRABAJO DE INSCRIPCIÓN SBCEO/ECE/CHILD CARE FOOD PROGRAM

722 E. Main St Ste 201

Santa Maria

CA 93458

- PARA EL USO DE LA PROVEEDORA -

RELACIÓN A PROVEEDORA

_____	No relacionado	Niño de Necesidades Especial	_____ Sí	_____ No	Niño Participará en CACFP	_____ Sí
_____	Relacionado, no reside	Dieta Especial	_____ Sí	_____ No		
_____	Propio niño	Si Dieta Dspecial, Explicar	_____			
_____	Niño del Ayudante	_____				
_____	Hijo Adoptivo	_____				

State Agency Contact Info: Child and Adult Care Food Program, 744 P Street, MS 9-13-290, Sacramento, CA 95814, 800-952-5609

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: 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; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.