



Aplicación para Participación de los Niños en el Programa de Alimentación para Guarderías y Cuidado de Adultos

Estimados Padres: Su hijo tiene la oportunidad de participar en el Programa de Alimentación para Guarderías y Cuidado de Adultos con otros niños en este hogar de cuidado infantil. Por favor, tome un momento para completar este formulario y devolverlo a su proveedor de cuidado de niños.

CIRCULE UNO: NUEVO RENOVIACIÓN CAMBIO DE HORARIO ACTUALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

Nombre de Proveedor: \_\_\_\_\_
Padres: Por favor, complete la siguiente información para su hijo (sólo un niño por cada aplicación).

Información Del Niño
(Si tiene licencia alternativa aprobada o Ingresos elegible: indican la relación)

Nombre/Appellido del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Inscripción \_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad del Niño: \_\_\_\_\_
Numero de Seguro Social del Niño - -

Horario Del Niño

Por favor, indicar los días que el niño va a asistir al hogar de cuidado infantil:

Pre-Escolar Pre-Escolar Edad Escolar Edad Escolar
Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes
Hora de Llegar Hora de Salir Hora de Llegar Hora de Salir
A.M. P.M. A.M. P.M. A.M. P.M. A.M. P.M.

Comida del Participante (Solo marque 3): Desayuno Mérida (A.M.) Almuerzo Merida (P.M.) Cena
Si este horario varía o es flexible, proporcionaran momentos específicos:

Horas niño asistirá al hogar de cuidado infantil durante las vacaciones escolares y el verano: Llegada \_\_\_\_\_ Salida \_\_\_\_\_

Marcar todos los que se aplican: \_\_\_\_\_ Bebé/Niño Pequeño/Pre-Escolar \_\_\_\_\_ Edad Escolar \_\_\_\_\_ Horario Varía
\_\_\_\_\_ Jornada Completa \_\_\_\_\_ Medio tiempo

¿Alergias a Comida/Dieta Especial?  Sí  No. Si es el caso, explica y proporcionar una nota del doctor

Por favor marcar: Proporcionando esta información es voluntaria: (Para garantizar los beneficios se otorgan sobre una base justa.)

Blanco, no de origen Hispano Negro, no de origen Hispano Hispano
Indígena de los E.E. U.U o Alaska Asiático o Isleño del Pacífico Otro
Género: Masculino  Femenino

Información del Médico

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Numero del Médico: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Información de los Padres

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_
Numero del teléfono durante horas de negocio: \_\_\_\_\_ Numero de telefono celular: \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela(Si el padre atiende): \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que su información se da para la recepción de fondos federales, que los funcionarios de la institución pueden verificar la información que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado bajo las leyes federales y estatales.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_