

GEO-SON CHILD CARE SERVICES, INC.  
**FORMA DE INSCRIPCION DE CENTRO**

**NOMBRE DE CENTRO:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO DEL CENTRO#:** \_\_\_\_\_  
**\*FECHA DE INSCRIPCION:** \_\_\_\_\_ **\*FECHA DE RETIRADO:** \_\_\_\_\_

Su Centro de Cuidado de Niños ofrece comidas saludables para todos los niños inscritos, como parte de nuestra participación en el Programa de Alimentos para Centros de Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA). Las comidas y meriendas que les sirven a los niños inscritos en este centro son saludables. Por favor de llenar la FORMA DE INSCRIPCION para su niño(s). El centro no puede reclamar comidas para su niño(s) sin una forma de inscripción completa.

**(\*) ESTOS SON OBLIGATORIO**

**NOMBRE DE PADRE/Guardian (MOLDE):** \_\_\_\_\_

**CASA DIRECCION (MOLDE):** \_\_\_\_\_

**TELEFONO DE PADRE/Guardian#:** \_\_\_\_\_

**PONGA A NIÑO(S) EN UNA LISTA ABAJO:**

<u>*NOMBRE</u>	<u>*APELLIDO</u>	<u>*FECHA DE NACIMIENTO</u>			<u>*DIAS Y HORARIO</u>	<u>*COMIDAS</u>
		MES	DIA	ANO	S M T W Th F S	B AM L PM S EVE
					_____ AM/PM _____ AM/PM	
		MES	DIA	ANO	S M T W Th F S	B AM L PM S EVE
					_____ AM/PM _____ AM/PM	
		MES	DIA	ANO	S M T W Th F S	B AM L PM S EVE
					_____ AM/PM _____ AM/PM	
		MES	DIA	ANO	S M T W Th F S	B AM L PM S EVE
					_____ AM/PM _____ AM/PM	
		MES	DIA	ANO	S M T W Th F S	B AM L PM S EVE
					_____ AM/PM _____ AM/PM	

POR FAVOR LEA LA DECLARACION DE NO DISCRIMINACION EN EL REVES DE ESTA PAGINA Y FIRME ABAJO.

Por este medio certifico que la informacion dada en esta hoja es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Certifico que me dieron formas de CACFP Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas carta para el hogar (de guarderías de niños), la informacion de WIC, y el Nos Preparamos para el Futuro aviadores.

\*Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

\*Fecha: \_\_\_\_\_

# DECLARACION DE NO DISCRIMINACION

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.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) 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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades