

Fecha

Estimado padre / tutor:

El centro de cuidado infantil que asiste su hijo participa en el Programa de Cuidado Alimenticio para Niños y Adultos.

Por regulación federal, necesitamos completar contactos con hogares para algunos centros en nuestro programa. Su centro ha sido elegido para un contacto con el hogar en este momento. Completar esta información nos ayuda a asegurar la integridad y calidad del programa alimentario.

Por favor, llene el formulario adjunto con la mayor precisión posible. Hemos proporcionado un sobre de vuelta sellado dirigido a nosotros para que usted nos devolviera el formulario completado. Si hay alguna discrepancia entre la información que usted rinde y lo que el centro relata, el centro será puesto en contacto. Es posible que tengamos que darle una llamada telefónica de seguimiento para más información.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el Programa de Cuidado Alimenticios para Niños y Adultos o sobre el formulario adjunto, por favor llame a nuestra oficina al (XXX) XXX-XXXX.

Atentamente,

Nombre

Título

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.

CONTACTO CON HOGAR PARA EL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL

NOMBRE DEL CENTRO _____

NOMBRE DEL NIÑO _____

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR _____

DIRECCIÓN _____

¿Está su niño actualmente matriculado en el centro de cuidado infantil por encima? Sí _____ No _____

Si no, ¿cuándo fue el último día en que su hijo asistió a este centro? _____

Por favor marque las fechas que su hijo estuvo en cuidado durante el mes de _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Por favor marque las horas que su hijo estuvo en cuidado durante este mes.

AM	5	6	7	8	9	10	11	noon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
----	---	---	---	---	---	----	----	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Por favor marque las comidas que recibió su hijo mientras en cuidado.

Desayuno	Refrigerio de la mañana.	Almuerzo	Refrigerio de la tarde.	Refrigerio de la noche	Cena
----------	--------------------------	----------	-------------------------	------------------------	------

Por favor, describa cualquier variación de las comidas marcadas o veces durante el mes:

Si su hijo es menor de 1 año, se le ofreció la fórmula por el centro? _____

¿Usted proporciona la leche materna? _____ ¿Quién suministra la fórmula? _____

Son todos los otros alimentos para bebés proporcionados por el centro de cuidado infantil? _____

¿Si no, qué alimentos proporciona usted para su bebé? ' _____

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Número de teléfono donde se le pueda localizar durante el día _____

Gracias por ayudar a mejorar la calidad del Programa de Cuidado Alimenticio para Niños y Adultos!