

**Programa Alimenticio para Niños y Adultos (CACFP)  
Solicitud para Guarderías en Casa - Para el Año 20\_\_\_\_\_**

Por favor escriba en letra de molde, clara

El Nombre de la Organización Patrocinadora

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indique cualquier restricción de acceso a la propiedad (p. ej. condominio cerrado, entrada con llave, perros sueltos, etc): \_\_\_\_\_

¿Los servicios de gas?  Sí  No

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Cel) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre del Proveedor Suplente: \_\_\_\_\_

**Tipo de Aplicación:**  Proveedor Nuevo  Renovación/Proveedor Continuo  Cambio de Dirección  Transferencia de Proveedor

Si ha participado anteriormente en el Programa CACFP, por favor indique el nombre de la organización patrocinadora anterior y la fecha(s) de participación \_\_\_\_\_

**Información del Proveedor:**

El hogar tiene:  Aprobación Alternativa (Privado)  Certificación de DES  Certificación de DHS  Certificación Militar  Certificación Tribal

Días y horas en que se proporcionarán cuidados regularmente

Explique cualquier variación en los días u horas de cuidado:

Lunes \_\_\_\_\_ AM / PM a \_\_\_\_\_ AM / PM \_\_\_\_\_

Martes \_\_\_\_\_ AM / PM a \_\_\_\_\_ AM / PM \_\_\_\_\_

Miércoles \_\_\_\_\_ AM / PM a \_\_\_\_\_ AM / PM \_\_\_\_\_

Jueves \_\_\_\_\_ AM / PM a \_\_\_\_\_ AM / PM \_\_\_\_\_

Viernes \_\_\_\_\_ AM / PM a \_\_\_\_\_ AM / PM \_\_\_\_\_

Sábado \_\_\_\_\_ AM / PM a \_\_\_\_\_ AM / PM \_\_\_\_\_

Domingo \_\_\_\_\_ AM / PM a \_\_\_\_\_ AM / PM \_\_\_\_\_

¿Proporcionará cuidados en días festivos?  Sí  No ¿Reclamará a sus hijos?  Sí  No Si Sí, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

A continuación, indique las comidas que serán reclamadas regularmente y las horas en que servirá dichas comidas:

**Comidas Reclamadas Tiempos de Comida Segundo Turno (si se aplica) Requisitos de Tiempos de Comidas (incluye cambio de turno de cuidado)**

<input type="checkbox"/> Desayuno	_____ a _____	_____ a _____	El desayuno puede servirse entre 6-9am (duración máx de 1 ½ horas).
<input type="checkbox"/> Merienda AM	_____ a _____	_____ a _____	El almuerzo puede servirse entre 11am-1pm. La cena puede servirse
<input type="checkbox"/> Almuerzo	_____ a _____	_____ a _____	entre 5-7pm. Puede servir una merienda nocturna después de las 7pm.
<input type="checkbox"/> Merienda PM	_____ a _____	_____ a _____	<u>Toda</u> merienda tienen una duración máxima de 1 hora. Deberán pasar
<input type="checkbox"/> Cena	_____ a _____	_____ a _____	por lo menos 2 horas entre el inicio de cada comida y/o merienda y por
<input type="checkbox"/> Merienda Noc	_____ a _____	_____ a _____	lo menos 15 mins entre la última comida y/o merienda y el final del día.

¿Variarán las comidas reclamadas y las horas de comidas?  Sí  No Si Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

Doy fé de que esta información es correcta y verdadera, hasta la fecha. Entiendo que otorgo esta información para recibir fondos federales; que los agentes de la Secretaría de Educación de Arizona podrán verificar esta información, y que si se determina que presenté información falsa deliberadamente, puedo ser procesado de acuerdo a las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sponsoring Organization Representative \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Esta institución es un proveedor de oportunidades equitativas.

Según la Ley 7 CFR 226.19(d): "Toda guardería en casa que participe en este programa deberá servir los tipos de comidas especificados en su aplicación aprobada, según los requisitos de patrones de comidas especificados en 226.20.