



Monitoreo del cumplimiento en hogares de guarderías familiares guía rápida



Health and Nutrition Services
Arizona Department of Education

Tabla de contenidos

Publicaciones Requeridas	Page 5-6
Inscripción	Page 7-9
Menú	Page 10-11
Servicio de Comidas	Page 12
Salud y Seguridad de Alimentos	Page 13-14
Archivos Permanentes	Page 15-16
Licencia de Cuidado Infantil	Page 17
Documentos Adicionales Requeridos Durante la Visita	Page 18-21
Recursos	Page 22



Introducción

¿QUÉ ES UNA GUÍA RÁPIDA?

Las Guías Rápidas son un recurso abreviado desarrollado por la División de Servicios de Salud y Nutrición (HNS) del Departamento de Educación de Arizona (ADE). Esta guía rápida está destinada a complementar la Lista de verificación de preparación de mantenimiento de registros y revisión de proveedores de ADE.

PÚBLICO OBJETIVO

Este recurso está dirigido a organizaciones patrocinadoras de hogares de cuidado familiar (FDCH) y proveedores de hogares de cuidado que operan el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP).

PROPÓSITO DE LA GUÍA RÁPIDA

El propósito de esta guía rápida es ayudar a los operadores del CACFP a autoevaluar con éxito sus operaciones de hogares de cuidado familiar para el cumplimiento. Así como ayudar a las organizaciones patrocinadoras en la capacitación de nuevos empleados o proveedores de guarderías que son nuevos en la organización.

Publicaciones requeridas

El Departamento de Educación de Arizona requiere que todos los proveedores de hogares de cuidado tengan una copia publicada del póster de Construyendo para el Futuro con CACFP para la visualización pública. Los proveedores pueden encontrar una copia del póster de Construyendo para el Futuro con CACFP visitando al <https://www.azed.gov/hns/cacfp/fdch/programformsfdch>.

¡Buena nutrición hoy significa un mañana más saludable!

Construyendo para el Futuro con CACFP

Esta institución recibe ayuda del Child and Adult Care Food Program para servir comidas nutritivas a los participantes.

Comidas servidas aquí deben de seguir los requisitos nutricionales establecidos por USDA.



¿Preguntas?
¿Inquietudes?
Llame gratuitamente a USDA al:
1-866-873-2263

Aprenda más información sobre CACFP en el sitio web del USDA: <https://www.fns.usda.gov/>

United States Department of Agriculture Food and Nutrition Service FNS-317 Noviembre 2019	CACFP as Administered by the Arizona Department of Education (602) 542 - 8700  ARIZONA DEPARTMENT OF EDUCATION	Center: _____ CACFP Official: _____ Address: _____ Phone No. _____
--	---	---

USDA es un proveedor, empleador, y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Nombre de la organización patrocinadora (Sponsor), nombre del representante de CACFP (CACFP Official), domicilio de la organización patrocinadora (Address), número de teléfono de la organización patrocinadora (Phone No.).

Sponsor: _____
CACFP Official: _____
Address: _____
Phone No: _____

Publicaciones requeridas

El Departamento de Educación de Arizona requiere que todos los proveedores de hogares de cuidado de Woman Infants and Children (WIC) para la visualización pública. Las pautas de ingresos de WIC se actualizan anualmente. Los proveedores pueden encontrar una copia del folleto de WIC actualizado anualmente visitando al <https://www.azed.gov/hns/cacfp/fdch/programformsfdch>.

**Healthy Food.
Healthy Kid.
Happy Mom.**

arizona wic
5076 6300 0000 0000

What is WIC?

- Free Nutrition and Breastfeeding Program
- Experts in nutrition for pregnancy, breastfeeding, infants, toddlers and preschoolers
- Personalized nutrition tips and support for parents and caregivers
- Breastfeeding information, support and resources
- Referrals to other community resources
- Healthy foods

Who is WIC for?

- Infants
- Children up to five years of age
- Pregnant women
- Breastfeeding women, until their infant's first birthday
- Women whose pregnancy ended <6 months ago

Arizona WIC is here for you!

Visit www.azwic.gov or call **1 (800) 2525-WIC** to find the nearest clinic.

To download the free EzWIC App, go to the App Store or Google Play and search for EzWIC.

Download on the App Store | GET IT ON Google Play

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 marital or parental status 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 (USDA or State) office that supplies the 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. If this program complies with the Americans with Disabilities Act (ADA), please contact the USDA Program Discrimination Coordinator (800-845-1424) or at (202) 720-6145. USDA office or within a State office in USDA and provide the title and all the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (800) 625-4882. Submit your completed form to WIC-10224 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) 696-7442; or (3) email program.integrity@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

**Effective Date:
June 1, 2020**

WIC Eligibility is based solely on your gross income, this chart can help determine your eligibility

Number of Family Members	Income every Two Weeks
*2	\$1,227
3	\$1,546
4	\$1,865
5	\$2,183
6	\$2,502
7	\$2,821
8	\$3,140
Each Additional Member	\$319

*A pregnant woman is considered a family of 2

**Alimentos Saludables.
Niño Sano.
Mamá Feliz.**

arizona wic
5076 6300 0000 0000

¿Qué es WIC?

- Un programa gratuito de nutrición y lactancia
- Con expertos en nutrición durante el embarazo, lactancia, bebés, niños pequeños y de preescolar
- Consejos individuales de nutrición y apoyo para padres y encargados del cuidado de niños
- Información, apoyo y recursos para la lactancia
- Recomendaciones para otros recursos comunitarios
- Alimentos saludables

¿Para quién es WIC?

- Bebés
- Niños hasta los cinco años de edad
- Mujeres embarazadas
- Mujeres que están lactando, hasta el primer año de su niño
- Mujeres cuyo embarazo terminó hace menos de 6 meses

**En vigencia:
1 de Junio de 2020**

La elegibilidad para WIC se basa sólo en su ingreso bruto, esta tabla le puede ayudar a determinar su elegibilidad

Número de miembros de la familia	Ingreso cada Dos Semanas	Ingreso Mensual
*2	\$1,227	\$2,658
3	\$1,546	\$3,349
4	\$1,865	\$4,040
5	\$2,183	\$4,730
6	\$2,502	\$5,421
7	\$2,821	\$6,112
8	\$3,140	\$6,802
Cada miembro adicional	\$319	\$691

*Una mujer embarazada se considera una familia de 2

iWIC Arizona está aquí para usted!

Visite www.azwic.gov o llame al **1 (800) 2525-WIC** para encontrar la clínica más cercana.

Para descargar la aplicación gratuita, vaya a: App Store o Google Play y busque EzWIC.

Download on the App Store | GET IT ON Google Play

En conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y las regulaciones y políticas de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), por sus agencias u oficinas, sus programas, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminan sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en respuesta a embarazo por actividades previas de derecho civil en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan maneras alternativas para la comunicación de la información del programa por correo, teléfono Braille, lengua gestada, video de video, lenguaje de señas americano, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia local o local en la que solicitan los beneficios. Los personas sordas, con discapacidades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Interpretación) al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para obtener una copia de la información, complete el Formulario de Demanda de Distribución del Programa del USDA (WIC-10224) que está disponible en línea en http://www.usda.gov/wic/wic_10224.pdf o envíe un correo electrónico al USDA, a la vez envíe una copia digital al USDA o envíe la copia física la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del Formulario de Demanda, llame al (800) 625-4882. Haga llegar su formulario físico a correo 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) 696-7442; o (3) correo electrónico program.integrity@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Publicaciones requeridas

El Departamento de Educación de Arizona necesita que los proveedores archiven formas de inscripción de menores para todos los menores bajo cuidado en el hogar y por los que reclamen comidas en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). Todos los menores, incluso los que visiten a última hora, necesitan una forma de inscripción de menores en sus archivos. Los menores propios de tales proveedores también necesitarán una forma de inscripción de menores. Las formas de inscripción deberán actualizarse anualmente y mantenerse actualizadas. Todo cambio hecho a la forma de inscripción por un padre de familia o tutor(a) deberá contar con las iniciales y la fecha.

Forma de inscripción

Nombre legal completo de cada menor (y todo otro nombre por el que se conozca tal participe) y fecha de nacimiento

Indique si el cuidado de tal menor es compensado o no compensado y si el menor es propio o residente de el o la proveedor(a)

Días y horas en que normalmente se cuida a tal menor y las comidas que normalmente recibe mientras se le cuida

Firma de padre de familia o tutor(a), telefono, y domicilio actual, y fecha de firma

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE UN MENOR EN EL PROGRAMA ALIMENTICIO PARA NIÑOS Y ADULTOS PARA EL AÑO 20__

Su proveedor _____ participa en el "Programa Alimenticio para Niños y Adultos" (CACFP, por sus siglas en inglés). Este programa ofrece los beneficios del "Programa Nacional de Almuerzos Escolares" para niños que reciben cuidado de guardería en un hogar. Su proveedor participa en el Programa CACFP bajo el patrocinio de: _____ (Patrocinador)

Bajo los lineamientos del "Programa Alimenticio para Niños y Adultos", su proveedor no debe cobrarle separado por comidas ni deberá pedirle que lleve alimentos para su hijo, cuando dicho proveedor está reclamando estas comidas bajo el programa, incluso los bebés. A través del "Programa Alimenticio para Niños y Adultos" su proveedor puede ser reembolsado por un máximo de dos comidas y un aperitivo, o dos aperitivos y una comida por día, por niño. A todos los participantes inscritos se les servirán las mismas comidas – sin ningún cobro adicional – sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o discapacidad.

Se llevará a cabo un proceso de verificación para asegurar que los reembolsos que reciba su proveedor coincidan con los servicios de guardería ofrecidos. Como patrocinador de su proveedor debemos verificar que su niño esté inscrito en esta guardería. Por favor llene la siguiente información:

Deseo inscribir en el Programa CACFP a los siguientes niños:

Nombre Completo del Niño(s)	Fecha de Nacimiento	Nombre de la Escuela (escriba "ninguna" si aún va)	Horario de Escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Es escuela de todo el año? Sí No ¿El proveedor tiene permiso de transportar a sus hijos? Sí No

Su hijo es (marque todos los que se apliquen):

<input type="checkbox"/> Niño en Cuidado	<input type="checkbox"/> Hijo del Proveedor/Residente	Tipo de fórmula para bebés: _____
<input type="checkbox"/> Nueva Inscripción	<input type="checkbox"/> Inscripción Continua	<input type="checkbox"/> Aceptar
<input type="checkbox"/> Por Compensación	<input type="checkbox"/> No por Compensación	<input type="checkbox"/> Declinar (Voy a ofrecer: _____)
		<input type="checkbox"/> No Aplicable

Días en que normalmente necesitará cuidado: Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom

El horario de cuidado normalmente será de: _____ AM / PM a: _____ AM / PM

¿Variarán los días/horas de cuidado? Sí No Si Sí, por favor explique: _____

Marque las comidas que su hijo recibe en la guardería: Desayuno Almuerzo Cena Merienda(s)

¿Necesitará cuidado durante días festivos? Sí No

Si Sí, durante cuáles días feriados? Año Nuevo Día de Martin Luther King Jr. Día de Presidente Día Comemorativo 4 de Julio Día Laboral Día de Cristóbal Colon Día de los Veteranos Día de dar Gracias Navidad Otro _____

FIRMA DEL PADRE # DE TELÉFONO DE TRABAJO # DE TELÉFONO DEL HOGAR # DE TELEFONO MENSAJES

DIRECCIÓN	CIUDAD	CODIGO POSTAL	FECHA
_____	_____	_____	_____

Raza/Origen Étnico de SU Hijo: Aunque esta información no es obligatoria, su cooperación ayudará a determinar el cumplimiento de la Ley Federal de Derechos Civiles. Bajo ninguna circunstancia se utilizará esta información al considerar su solicitud. Si usted se niega a ofrecer esta información, esto no afectará la consideración de su solicitud. Estamos autorizados a solicitar esta información bajo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. La recolección de esta información es estrictamente para fines de informes estadísticos. Por favor marque con un círculo la categoría indicada (si desea hacerlo):

Marque una identidad étnica <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Marque una o más identidades raciales: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacífico
--	---	---

Secretaría de Educación de Arizona · Servicios de Salud y Nutrición · 602-542-8700
Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.
I:\Health_and_Nutrition\CACFP\FDC Homes\Applications and Renewals\Renewal Packets\2020 Renewal Packet

Inscripción

El Departamento de Educación de Arizona les requiere a los proveedores que mantengan en archivo hojas de registro de llegadas y partidas de todos los menores participando en el Programa de Alimentos Para el Cuidado de Niños y Adultos. Las hojas de registro deberán mantenerse actualizadas. Todos los menores, incluso los que visiten a última hora, deberán tener hojas de registro en sus archivos. Los proveedores deberán mantener hojas de registro individuales para cada menor presente en el hogar de cada proveedor. Los menores de los propios proveedores no necesitarán hojas de registro. Las hojas de registro se usarán para asegurarse de que los menores estuvieron presentes cuando se sirvieron las comidas. Si algún(a) menor no tuviera una hoja de registro llena, el o la Representante del Programa no podrá confirmar si tal menor estuvo presente cuando se sirvió la comida. Esto pudiera resultar en que no reciba reembolso por las comidas y hasta pudiera resultar en que el o la proveedor(a) tuviera que regresar su reembolso al Departamento de Educación de Arizona.

Hoja de registro de entrada y salida

The diagram shows a form titled "SIGN-IN/SIGN-OUT RECORD" from the ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY. The form includes a penalty warning, fields for provider name, child name, parent/guardian name, and month/year. The main table has columns for Date, Time In AM, Signature, Time Out AM, Signature, Time In PM, Signature, Time Out PM, Signature, and Unit of Care. Callouts point to specific fields: "Nombre de proveedor(a) de cuidados de menores" points to the Provider's Name field; "Nombre legal completo de menor" points to the Child's Name field; "Mes y año de asistencia de menor" points to the Month and Year field; "Fecha y hora de llegada y partida diaria, incluyendo multiples llegadas y partidas" points to the Date and Time In/Out columns; and "Firma completa y válida" points to the Signature columns.

Sugerencias de registro de llegadas y partidas:

 Coloque cada hoja de registro en su propio portapapeles.

 Tenga todos los portapapeles a la entrada y entregue el portapapeles de cada menor a los padres de familia cuando entren o salgan de su hogar a dejar o recoger a los menores.

Inscripción

En algunos casos, el o la proveedor(a) tendrá que llenar una Forma de Elegibilidad por Ingresos para Beneficios de Comidas. El o la empleado(a) del o de la patrocinador(a) le hará saber al o a la proveedor(a) si acaso habrá que llenar la forma, y con qué frecuencia. La forma deberá estar disponible para los representantes del Programa.

Elegibilidad por ingresos para beneficios del programa-proveedor(a)

Nombre y apellido de cada menor en el hogar

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Family Day Care Home-Provider)
FISCAL YEAR 2022**

Para aplicar para reembolso de alimentos servidos a sus propios hijos llene cuidadosamente, y devuelva a su patrocinador.

Parte 1. Todo Miembro del Hogar – Incluyendo Niños Inscritos:

Nombre de todo miembro del hogar (Primero, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	MARQUE SI UN NIÑO DE CRIANZA (LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DEL BIENESTAR O TRIBUNAL). *SI TODO NIÑO LISTADO ABAJO ES NIÑO DE CRIANZA, SÁLTASE A LA PARTE 4 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO INGRESO
Miembro Adulto del Hogar #1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro Adulto del Hogar #2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro Adulto del Hogar #3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño #1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño #2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño #3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño #4:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su hogar recibe [Asistencia Alimenticia de DES], [FDPIR], o [Asistencia en Efectivo de DES] provea el nombre y número de caso de la persona quien recibe beneficios y sátese a la parte 4. **Si nadie recibe estos beneficios, sátese a la parte 3.**

NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____

Parte 3. Ingreso Bruto Total del Hogar – Usted debe decirnos cuanto y que tan seguido:

A. Nombre (Sólo liste miembros del hogar con ingreso)	B. Ingreso bruto y que tan seguido es recibido: identifique semanal, cada dos semanas, mensual, anual.			
	1. Ingresos del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia social, sustento alimenticio, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos	4. Todo Otro Ingreso
	cuánto/qué tan seguido	cuánto/qué tan seguido	cuánto/qué tan seguido	cuánto/qué tan seguido
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /

Parte 4. Firma y Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social: Un miembro adulto del hogar debe firmar este formulario. Si se llena la Parte 3, el adulto quien firma el formulario debe también listar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o escriba la palabra Ninguno si el que firma no tiene un Número de Seguro Social. (Vea la Declaración de la Ley de Privacidad en el dorso de esta página.)

Yo certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que se da cuenta de todo ingreso. Entiendo que el costo va a obtener los fondos Federales basado en la información que yo dé. Entiendo que funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si al propósito doy información falsa, el participante recibiendo alimentos puede perder los beneficios alimenticios, y puedo ser enjuiciado.

Firme aquí: _____ Escriba nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: * * * * * Si no tiene Número de Seguro Social, escriba la palabra "Ninguno"

Parte 5. Si cualquier menor por el cual usted está aplicando es un sin techo, migrante, o un huésped marque la casilla adecuada y llame a su escuela, coordinador de los sin techos, o coordinador de migrantes. Sin Techo Migrante Huésped

Parte 6. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional):

Marque una identidad étnica <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Marque una o más identidades raciales: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacífico
--	---

No llene esta parte. Esto solamente es para el uso oficial:

Conversión de Ingreso Anual: Semanal x 52, Cada 2 Semanas x 26, Dos Veces al Mes x 24, Mensual x 12

Ingreso Total: _____ Por: Semana, Cada 2 Semanas, Dos Veces al Mes, Mensual, Anual Número de Personas en el Hogar: _____

Elegibilidad: Nivel I _____ Nivel II _____

Firma del Funcionario Determinador: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario Confirmador: _____ Fecha: _____

Indique si el menor es de acogida, si es adecuado

Nombre y numero de caso de la persona que recibe beneficios o nombres, ingresos, y frecuencia de ingresos

Firma de padre o tutor(a) y fecha de firma

Los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social o marque "sin número de SS" si el o la proveedor(a) no tuviera número de SS

Autoevaluación del menú

Todas las organizaciones que participan en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos son responsables de mantener un menú que cumpla con los requisitos del patrón de comidas. Dase tranquilidad all llenar esta autoevaluación. Coloque una marca de verificación junto a cada oración que sea cierta. Si quedara alguna casilla de verificación sin marcar, se necesitan cambios en el menú.

Alimentos reembolsables

- El menú es libre de postres a base de granos (incluso barras de desayuno)
- Cereal de desayuno no contiene más de 6 gramos de azúcar por onza árida
- Yogur no contiene más de 23 gramos de azúcar por cada 6 onzas
- El menú no contiene alimentos fritos en el hogar
- Se sirve el tipo de leche correcta a todos los partícipes
 - Si se sirve leche de sabor, solo se sirve a participantes mayores de 6 años

Requisitos diarios

- Uno o más granos diarios son ricos en grano integral
- No se sirve jugo más de 1 vez al día
- Todos los componentes extras y para untar se enumeran en el menú
- Todo **bocadillo** contiene al menos dos componentes
- Todo **desayuno** contiene leche líquida, grano y una fruta y/o vegetal.
 - Si una carne o sustituto de carne se sirve en vez de grano con el desayuno, no se servirá más de 3 veces a la semana.
- Todo **almuerzo** y **cena** contiene leche líquida, grano, fruta, vegetal y carne o sustituto de carne
 - Si se sirve un vegetal en vez de una fruta, deberán servirse dos tipos de vegetales diferentes

Flexibilidades disponibles para centros de adultos

- Una porción de leche líquida es opcional para las cenas servidas a participantes adultos
- El yogur se puede servir en lugar de leche líquida no más de una vez al día
- Si el yogur se sirve en lugar de la leche, el yogur no puede ser una carne alternada en la misma comida

Declaraciones requeridas

- Declaración de no discriminación "Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades".
- Tipo de leche para grupos de edad servidos "La leche entera se sirve a niños de 12 a 23 meses. A los niños mayores de 24 meses se les sirve leche baja en grasa o sin grasa".
 - Centros para adultos: "A todos los participantes se les sirve leche baja en grasa o sin grasa."
- Ingredientes en artículos mixtos o de múltiples componentes (por ejemplo, "Cóctel de frutas = piña, cerezas, durazno, pera" o " Sándwich de pavo= pechuga de pavo, queso, pan")

Carpeta de menús

La siguiente documentación debe mantenerse archivada para acreditar los alimentos al patrón de comidas.

- Etiquetas de información nutricional para artículos ricos en granos integrales
- Etiquetas de información nutricional para cereales listos para el consumo
- Etiquetas de información nutricional para el yogur
- Etiqueta de nutrición infantil (NC) o Declaración de formulación del producto (PFS) para alimentos procesados comercialmente
- Recetas para artículos caseros

Prácticas recomendadas

- Todos los alimentos preparados en el hogar deben ser etiquetados con "HM" (homemade)
- Sólo los alimentos de carne procesada o granos podrán etiquetarse "CN" o "PFS"
- Todos los alimentos ricos en granos podrán etiquetarse "WGR"
- Descripción de cómo estará disponible el agua durante el día.
- Si se sirve jugo: "Todos los jugos servidos son 100% jugo."

Servicio de comidas

Las horas de comidas y bocados brindan oportunidades únicas para crear experiencias positivas con la comida. Servir comidas y bocados en un ámbito familiar sienta los fundamentos para una vida de alimentación feliz y saludable.

Requisitos de hogares de cuidado ala hora de servir comidas:



Los menores se lavan las manos antes de cada comida.



Todos los componentes de las comidas se sirven a la misma vez.



Todos los componentes de las comidas cumplen las porciones requeridas para cada grupo de edades.



La comida se sirve a las horas aprobadas para comer.



REQUERIDO: Incluya **los 4** aspectos en cada comida y bocado.

LOS REGLAMENTOS REQUIEREN QUE LOS PROVEEDORES:

- ▶ Se aseguren de que todos los menores a los que estén cuidando se registren a la entrada y a la salida.
- ▶ Apunten todas las cuentas de comidas antes de que concluya el día laboral.
- ▶ Mantengan formas de modificación de menús en los archivos para menores cuyas comidas se desvíen del patrón de comidas.

DOMINE EL SERVICIO DE COMIDAS

LAS MEJORES PRÁCTICAS ANIMAN A LOS PROVEEDORES A:

ESTÉ PRESENTE



Apagar todas las pantallas (televisores, videos, teléfonos).

Invitar a las familias a observar o participar en horas de comidas o bocados.

Apuntar las cuentas de comidas al momento de servicio.

DÉJELOS SER



Permitir que los menores respondan a sus propias indicaciones de hambre y satisfacción.

Ofrezer oportunidades de apredizaje durante accidentes y derrames.

Sugerencias de seguridad en el hogar

Todos los proveedores que participan en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) deberán cumplir normas estatales o locales de salud y seguridad.

Seguridad y Cumplimiento

Cocina

El refrigerador debe estar a 41 grados o menos, y el congelador a 0 grados o menos.

Asegúrese de que el bote de la basura tenga tapa en todo momento.

Limpieza (refrigerador limpio y sanitario)

Recuerde mantener todos los electrodomésticos, mostradores y pisos limpios y sin desorden.

*Todos los alimentos almacenados, refrigerados y congelados, deben ser etiquetados con el nombre y la fecha de caducidad, incluyendo las sobras.



Salud y Seguridad

En Casa

Por favor, recuerde eliminar peligros obvios (por ejemplo, cordones que cuelguen, tomas de corriente sin tapar, y cuchillos expuestos en el mostrador)

Asegúrese de que todos los productos de limpieza y materiales tóxicos se almacenen debidamente

Detector de monóxido de carbono (si resultara pertinente para proveedores con servicios de gas)

Todos los perros deben estar vacunados y con permisos (si resultara pertinente)

Licencia de conducir, seguro y registro de vehículo (si transportara menores)

Permiso para transportar (nota de permiso del/de la tutor(a), si transportara menores)

Home Safety Tips

Etiquetando



ARTICULO: _____
NOMBRE: _____ CANTIDAD: _____
FECHA DE CADUCIDAD: _____
ÚSESE HASTA EL: _____

Archivos permanentes

El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos necesita que el/la proveedor(a) mantenga copia en casa del Acuerdo entre Proveedor(a) y Organización Patrocinador(a). Cada Organización Patrocinadora tiene su propio acuerdo. A continuación incluimos una muestra del acuerdo.

Acuerdo entre proveedor(a) y patrocinador(a)

Nombre legal completo de el/la proveedor(a)

Permanente Contrato entre la Organización Patrocinadora y el Proveedor de Servicios de Guardería

Este contrato se entra en _____ de _____ de 200____, entre

y _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Patrocinador _____
Nombre del Proveedor

_____ Domicilio del proveedor _____

En este se especifican los derechos y responsabilidades de la Organización Patrocinadora (OP) y del Proveedor, como participante en el Programa de Comida para Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) de la Sección de Agricultura de los Estados Unidos (USDA).

Derechos y responsabilidades de la Organización Patrocinadora:

1. La OP entrenará a los proveedores antes de comenzar su participación en el CACFP.
2. La OP debe proveer sesiones adicionales de entrenamiento por los menús, una vez al año. OP debe asegurarse que cada proveedor reciba por lo menos el mínimo de dos horas de entrenamiento de nutrición y entrenamiento sobre los requisitos de CACFP por año.
3. La OP acuerda proporcionar asistencia técnica si el proveedor la solicita.
4. La OP acuerda proveer al proveedor formas impresas del CACFP para mantener registros.
5. La OP acuerda realizar los pagos al proveedor dentro de los cinco (5) días laborales siguientes al recibo de los fondos del CACFP, proveídos de la Sección de Educación de Arizona (ADE), si los fondos de Federal estan disponibles.
6. La OP no cobrará ningún cargo por costo de servicios administrativos.
7. La OP no deducirá pagos de ninguna guardería en casa por ninguna razón, excepto que la OP tenga la razón de creer que son inválidas algunas cantidades, por causa que el proveedor hay a sometido reclamos de comida falsos o erróneos. Todos los costos operacionales ejm; Inspecciones de Salubridad, Inspecciones de Bomberos y las Huellas serán la responsabilidad de la proveedora.
8. La Organización Patrocinante, El Departamento De Agricultura de los Estados Unidos, El Departamento De Educación de Arizona y otros oficiales Estatales y Federales tienen el derecho de visitar las casas o casas de grupos de cuidado infantil para revisar los tiempos de servicios de cada comida, los menús, los niños durante sus horas de servicio de cuidado infantil. Las visitas pueden ser anunciadas o sin anuncio. En una visita sin anuncio con niños no presentes, las comidas por tales niños no serán pagadas.
9. La OP puede terminar este contrato del programa de comida ya sea por causa o conveniencia. Por terminación por causa la OP deberaenviar a la proveedora por escrito una notificación con tal deficiencia, una acción correctiva, consecuencias por no llevar a cabo la acción correctiva y un derecho de apelación. El Departamento de Educación sera notificado con la causa de la terminación. Si la proveedora es terminada por cause, su nombre aparecera en la lista de personas descalificadas para participar en el Programa del Departamento de Agricultura de los estados unidos por 7 años. La OP puede dar de baja a cualquier proveedora por conveniencia en cualquier momento. La OP enviara una carta por escrito, con 30 días de notificación de la posibilidad de darla de baja por conveniencia.
10. Si la proveedora es suspendida por cuestiones de salud o seguridad, la proveedora puede solicitar una entrevista administrative de _____

Firma de el/la proveedor(a) y fecha de firma.

Firma del proveedor

Fecha

Firma del Representante de la Organización Patrocinadora

Fecha

Esta Institución provee una igualdad de oportunidades

Archivos permanentes

El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos necesita que los proveedores mantengan copia del Acuerdo de Proveedores de KidKare (KidKare Provider Agreement) si van a mantener registros electrónicos. Deberá mantener una copia en casa. Deberá tenerla disponible para todo representante del Programa.

Acuerdo de proveedores de KidKare

Nombre legal completo de el/la proveedor(a)

Reconocimiento y Certificación

Este acuerdo del mantenimiento de registros del proveedor en KidKare es entre:

_____ y _____
(Nombre de Proveedor) (Nombre de la Organización Patrocinadora)

Yo entiendo que debo mantener diariamente registro de mis comidas y asistencia antes de la media noche. Yo reconozco que la información de comidas y asistencia en KidKare deben de estar disponibles inmediatamente durante una visita no anunciada por la Organización Patrocinadora, El Departamento de Educación De Arizona (ADE), Auditores del estado de Arizona, y El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). Yo certifico que la información en KidKare es absolutamente precisa y correcta; si formado por un asistente/ayudante, yo entiendo que yo soy la persona responsable de la exactitud de la información y reclamos presentados. También entiendo que la información que eh presentado en KidKare está conectada con los fondos federales que recibo y que información falsa o engañosa puede resultar en enjuiciamiento del estado o el federal.

He leído y entiendo los requisitos de este acuerdo. Yo me asegurare que la información de mi reembolso y reclamo mensual estén correctos y sean verdaderos según mi entendimiento. Estoy firmando este acuerdo de mantenimiento de registros en KidKare con el entendimiento que voy a recibir una copia del acuerdo y tengo que mantenerlo en mis archivos de CACFP y en el acuerdo permanente.

Yo notificare ala Organización Patrocinadora, en escrito, si yo decido no usar KidKare como mi fuente de reclamo.

Firma de Proveedor: _____

Fecha: _____

Permanent File | September 2021 | Arizona Institute is an equal opportunity provider.

Firma de el/la proveedor(a) y fecha de firma.

Licencia de cuidado infantil

Todos los proveedores que participen en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) cuentan con licencia del Estado de Arizona o son aprobados de manera alterna por el Departamento de Educacion de Arizona (ADE). Dése tranquilidad mental al llenar esta evaluación. Coloque una marca de verificación en toda oración que resulte cierta. Si alguna casilla permaneciera sin marcar, comuníquese con la entidad adecuada que otorgue licencias.

Requisitos de licencia de cuidado infantil:



Hogar aprobado de forma alterna

Normas de cuidado de menores

Inspección de salud

Tarjeta de huellas digitales

Inspección contra incendios



Hogar aprobado por el DES

Certificado de DES

Tarjeta de huellas digitales



Hogar aprobado por DHS

Licencia de DHS

Tarjeta de huellas digitales



Hogar militar

Licencia militar/certificado



Hogar tribal

Certificado o licencia tribal

Inspección de salud*

Normas de cuidado de menores *

Inspección contra incendios *

Documentos Adicionales Requeridos Durante la Visita

Todos los proveedores necesitan mantener la Solicitud de Proveedores en su archivo. La forma deberá llenarse al menos una vez cada dos años. Deberá guardarse y mantenerse en el hogar de el o la proveedor(a); mantenerse actualizada y disponible para representantes del Programa. Copia de la Solicitud de Proveedores deberá presentarse a la organización patrocinadora.

Solicitud de proveedores

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

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

Por favor escribe en letra de molde, clara

Nombre de la Organización Patrocinadora: _____

Nombre del Proveedor: _____ Últimos 4 dígitos del NSS: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de celular: _____

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Numero de Casa: _____ Correo Electrónico del Proveedor: _____

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

Nombre del Proveedor Suplente: _____ Fecha de caducidad de la tarjeta de huella digital del proveedor de respaldo: _____

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

Días y horas en que se proporciona cuidados regularmente Explique cualquier variación en los días y horas de cuidado: _____ ¿Proporciona en días festivos federales? Si No

Lunes	_____ AM / PM a _____ AM / PM	_____	Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Año Nuevo
Martes	_____ AM / PM a _____ AM / PM	_____	<input type="checkbox"/> Día Conmemorativo <input type="checkbox"/> 4 de Julio
Miércoles	_____ AM / PM a _____ AM / PM	_____	<input type="checkbox"/> Día Laboral <input type="checkbox"/> Día de Gracias
Jueves	_____ AM / PM a _____ AM / PM	_____	<input type="checkbox"/> Navidad <input type="checkbox"/> Día de Martín Luther King
Viernes	_____ AM / PM a _____ AM / PM	_____	<input type="checkbox"/> Columbus Day <input type="checkbox"/> Día del Presidente
Sábado	_____ AM / PM a _____ AM / PM	_____	<input type="checkbox"/> Día de los Veteranos
Domingo	_____ AM / PM a _____ AM / PM	_____	<input type="checkbox"/> Otro

Indique las comidas que serán reclamadas regularmente y las horas en que servirá dichas comidas: ¿Reclamará a sus hijos? Si No Si, sí, cuantos?: _____

Comidas Reclamadas	Horas de Comida	Segundo Turno (si aplica)	Que tan seguido? (indique todo lo que aplica)
Desayuno _____ a _____	_____ a _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Días de la semana <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Festivos/Vacaciones Escolares <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Otro _____
Merienda Am _____ a _____	_____ a _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Días de la semana <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Festivos/Vacaciones Escolares <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Otro _____
Almuerzo _____ a _____	_____ a _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Días de la semana <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Festivos/Vacaciones Escolares <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Otro _____
Merienda PM _____ a _____	_____ a _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Días de la semana <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Festivos/Vacaciones Escolares <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Otro _____
Cena _____ a _____	_____ a _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Días de la semana <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Festivos/Vacaciones Escolares <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Otro _____
Merienda _____ a _____	_____ a _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Días de la semana <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Festivos/Vacaciones Escolares <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Otro _____

Doy fe 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.

Was **NEW** provider checked against the NDL: _____ Did provider receive licensing assistance? _____ YES _____ NO

Firma del Proveedor _____ Fecha _____

Representative _____ Date _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.
El proveedor deberá servir los tipos de comidas especificados en su aplicación aprobada, según los requisitos de patrones de comidas especificados en 7 CFR 226.20.
Revisado 07/25/2019

Horas y días típicos de cuidado

Indique si el o la proveedor(a) prefiere incluir días no rutinarios; es decir, días festivos

Tipos de comidas y horas en las que el o la proveedor(a) acostumbra servir y desea reclamar comidas

Firma válida y fecha de cuando se firmó el documento

Documentos Adicionales Requeridos Durante la Visita

El Programa de Alimentos Para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) necesita que el o la proveedor(a) mantenga en casa la Forma de Constancia de Niveles de Proveedores (Provider Tiering Documentation Form). El o la empleado(a) de la organización patrocinadora tendrá que darle a saber a el o la proveedor(a) con qué frecuencia deberá llenarse esta forma. La forma debe estar disponible para los representantes del Programa.

Constancia de niveles

Única sección que el o la proveedor(a) llena: nombre y domicilio

Provider Tiering Determination

Name of Provider: _____

Address: _____

FOR SPONSOR USE ONLY

Provider is determined to be a:

Tier I home based on:

- School (5 Years)
School District _____ Assigned Elem School _____ F/R% _____
- Census (5 Years)
- Income eligibility (1 Year)

Tier II High Tier II Low Tier II Mixed

Sponsoring Organization Representative: _____ Determination Date: _____

Tier II - Provider Election of Reimbursement

If provider is determined to be Tier II, the provider elects the following:

- 1) Sponsoring organization will distribute income applications to the households of all enrolled children in the home.
- 2) Sponsoring organization will identify only those children who are considered categorically eligible by virtue of their participation, or parent's participation, in a federally- or state-supported program with an income eligibility limit that does not exceed the standard for free or reduced price meals.
- 3) Provider elects to receive Tier II reimbursement for meals served to all children enrolled in the home, regardless of income.

This institution is an equal opportunity provider.

Revised 07/25/2019

Documentos Adicionales Requeridos Durante la Visita

El patrocinador le informará al proveedor si se necesita el formulario de Cambio de Solicitud de Proveedor y también llenara esta forma. El proveedor debe conservar una copia del Formulario de Cambio de Solicitud de Proveedor, si corresponde. Hay algunos casos en los que se necesita una solicitud completa. El patrocinador informará al proveedor sobre qué formulario se requiere.

Provider Application Change Form



Provider Application Change Form

Instructions: Complete only the applicable fields on this document to make changes to an existing approved application. If the provider is moving, changing approval types, requesting a name change or transferring, a full application is required with all required supporting documents.

Name of Sponsoring Organization: _____

REQUIRED- Please Print Clearly- Complete Provider's Name and Address:

Provider's Name: _____ Provider's DOB: _____

Physical Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Please identify changes being made to the initial application for any of the sections below.

Section 1- Provider Details

Field Name	Updated Information	Field Name	Updated Information
Phone:		Email Address:	

Backup Providers: For all new backup providers, include fingerprint card or application as a separate attachment.

Backup Provider Name	FPC Expiration Date	New Backup Provider		Remove Backup Provider	
		Yes	No	Yes	No
		Yes	No	Yes	No

Section 2- Provider Application Changes:

Day of week	New Hours of Care- Start Time	New Hours of Care- End Time	Day of Week	New Hours of Care- Start Time	New Hours of Care- End Time
Monday			Saturday		
Tuesday			Sunday		
Wednesday			Explain variations in days or hours of care.		
Thursday					
Friday					

May 2023 | Health and Nutrition Services | Arizona Department of Education | This institution is an equal opportunity provider.

Documentos Adicionales Requeridos Durante la Visita



Los proveedores necesitarán mantener los últimos cinco días de registros de operaciones, hojas de registro para los menores de entrada y salida, menús y cuentas de comidas en el centro de operaciones, disponibles para representantes del programa.



Además, también deberán mantenerse los 12 meses pasados de registros del programa.



Finalmente, todos los registros del programa deben mantenerse durante cinco años.

Recursos

El Departamento de Educación de Arizona proporciona recursos para proveedores, que se encuentran en:

<https://www.azed.gov/hns/cacfp/fdch/programformsfdch>.

Publicaciones Requeridas

- Volante Construyendo para el Futuro
- Volante actual de WIC (inglés) (español)

Recursos de Menú

- Requisitos de Patrones de Comidas para Niños y Adultos
- Acuerdo para Proveedores de KidKare (inglés)(español)
- Forma de Modificaciones al Menú (inglés)(español – ¡Estará disponible pronto!)
- Menú de Muestra de ADE
- Menús de Muestra
- Planillas de Capacitación del Equipo de Nutrición
 - Identifying Whole Grain-Rich Foods For the CACFP
 - Choose Breakfast Cereals That Are Lower in Sugar
 - Choose Yogurts That Are Lower in Sugar
 - Grain-Based Desserts in the CACFP
- Guías de Compras ADE
 - Yogurt
 - Cereal
- Recipes
 - Team Nutrition Recipes
 - Recipes for Healthy Kids (6 servings) (25 servings) (50-100 servings)
 - National CACFP Sponsors Association Recipes
 - Child Nutrition Recipe Box
- American Academy of Pediatrics – Choking Prevention

Recursos de Mantener registros

- Lista Para Mantener Registros y Prepararse Para Visitas
- Forma de Documentación de Respaldo de Alimentos para Proveedores

Gracias!

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en:

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or

(2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.