Registro de Conversación Telefónica de la Encuesta a Padres

Nombre del proveedor/centro de cuidado infantil: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Relación con el niño: _____

Día/Hora/Día: _____

"Mi nombre es _____
Represento a [Nombre del proveedor/centro de cuidado infantil]. Su proveedor/centro de cuidado infantil, [Nombre del centro aquí], participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) y recibe reembolso del mismo por las comidas servidas a su(s) hijo(s). Para garantizar la integridad del programa, ocasionalmente realizamos encuestas con los padres para verificar la asistencia de su(s) hijo(s) al hogar/centro del proveedor de cuidado infantil. Su participación en esta encuesta nos ayudará a mantener la integridad del CACFP. A continuación, encontrará algunas preguntas para verificar la participación de su(s) hijo(s) en el CACFP. Si decide no participar en esta encuesta, los beneficios para su(s) hijo(s) continuarán.

PREGUNTAS		
¿Sabía usted que su proveedor/centro de cuidado infantil participa en los Programas de Nutrición Infantil del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos?		
¿Completó y firmó el formulario de inscripción para que su(s) hijo(s) se inscriban en el programa CACFP con el proveedor/centro de cuidado infantil mencionado anteriormente?		
¿Usted paga, ya sea de forma privada o mediante el subsidio para el cuidado infantil del DES, con o sin copago, por el cuidado de su(s) hijo(s) en el proveedor/centro de cuidado infantil mencionado anteriormente?		
¿Su(s) hijo(s) aún está(n) al cuidado del proveedor de cuidado infantil mencionado anteriormente?		
En caso afirmativo, ¿cuántos días del mes de _____ asistió/estuvieron su hijo/s? _____		
Si ya no está bajo tutela, ¿cuál fue el último día que estuvo bajo tutela?		
Nombre(s) y edad(es) de su(s) hijo(s) a su cargo. _____ _____		
¿Su(s) hijo(s) tiene(n) algún parentesco con la persona que realiza el cuidado infantil? (Solo para guarderías familiares)		
En caso afirmativo, ¿cuál es la relación? _____		
¿Cuál es el horario escolar habitual del/de los niño/s? _____		
¿Asistió(n) su(s) hijo(s) a la escuela durante el/los mes(es) de: _____		
¿Hubo algún día en que su(s) hijo(s) no estuvo(n) al cuidado debido a enfermedad, vacaciones, citas, etc. durante el/los mes(es) de: _____		
Si es así, descríbalo. _____		
¿Su(s) hijo(s) está(n) al cuidado de niños los fines de semana? (Sí/No) O ¿Su(s) hijo(s) estuvo(n) al cuidado de niños durante los fines de semana durante el/los mes(es) de: _____		

Preguntas	SÍ	NO
¿Está su(s) hijo(s) al cuidado de una persona durante las vacaciones? (Sí/No) O ¿Estuvo su(s) hijo(s) al cuidado de una persona durante las vacaciones de: _____		
¿En qué horario suele estar su hijo/a en la guardería? _____		
¿Qué comida(s) suele servir el centro de cuidado infantil a su(s) hijo(s)? _____ _____		
¿Proporciona usted comida o dinero para las comidas mientras su(s) hijo(s) está(n) en la guardería?		
En general, ¿cree que su(s) hijo(s) se benefician/se benefician del CACFP?		

Comentarios: _____

Gracias por su colaboración. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos: _____

Firma del entrevistador: _____ Fecha: _____

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.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.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:
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o

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

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.