

HOJA DE TRABAJO DE INSCRIPCIÓN CHILD LANE
2491 Pacific Ave Suite 2
Long Beach CA 90806

Proveedor Nomt _____ ero de Proveedor: _____

INFORMACIÓN DE NIÑO:

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de Inscripción: ____/____/____ Sexo: ____ Masculino ____ Femenina

INFORMACIÓN SOBRE PADRE:

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: ____ Masculino ____ Femenina Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Teléfono de Trabajo: (____) ____ - ____

Correo electrónico: _____ Estancia de Noche Aprobada: ____ Sí ____ No

OPCIÓN DE FÓRMULA:

OPCIÓN DE COMIDA:

FUENTE DE PAGO:

<input type="checkbox"/> Padre Proveera Leche de Pecho o Fórmula	<input type="checkbox"/> Proveera Alimento Adicional y Rechaza Comida de la Proveedora	<input type="checkbox"/> Privado/No Paga
<input type="checkbox"/> Padre Acepta Fórmula Proveida por Proveedora	<input type="checkbox"/> Proveedora Proveera Comida Adicional Cuando el Desarrollo Sea Apropiado	<input type="checkbox"/> DHS/Condado

Nombre de Fórmula del Padre: _____

INFORMACIÓN ESCOLAR:

IDENTIDAD ÉTNICA:

RAZA:

<input type="checkbox"/> Edad Escolar	<input type="checkbox"/> Jardín Infantil AM	<input type="checkbox"/> Headstart AM	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Amerindio / Natural de Alaska
<input type="checkbox"/> Escuela de casa	<input type="checkbox"/> Jardín Infantil pM	<input type="checkbox"/> Headstart PM	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Todo el Año Escuela	<input type="checkbox"/> Jardín Infantil Todo el Día	<input type="checkbox"/> Headstart Todo el Día		<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano
				<input type="checkbox"/> Hawaiano Natal / Isleño Pacífico
				<input type="checkbox"/> Blanco

Nombre de Escuela: _____

Número de Escuela: _____ Distrito Escolar: _____

Tiempo Escuela Sale: _____ : _____ AM / PM Tiempo de Vuelta: _____ : _____ AM / PM

Días Asistiendo a Escuela: ____LUN ____ MAR ____ MIE ____JUE ____VIE

ASISTENCIA DE NIÑO:

Anticipo los Días que Participará Mi Niño Será: ____LUN ____MAR ____MIE ____JUE ____VIE ____SAB ____DOM ____Días Varián

Tiempo de Bajada _____ : _____ AM / PM Tiempo de Recogida _____ : _____ AM / PM _____ Tiempo Variá

Anticipo las Comidas en cual Mi Niño Participará Será: ____Desayuno ____Merienda AM ____Almuerzo ____Merienda PM ____Cena ____Merienda Nocturna

Firma de Padre/Guarda: _____ Fecha: _____

State Agency Contact Info: California Dept of Educ, Nutrition Services Division, 1430 N Street, Sacramento, CA 95814, 800-952-5609

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.

HOJA DE TRABAJO DE INSCRIPCIÓN**CHILD LANE****2491 Pacific Ave Suite 2****Long Beach****CA 90806****- PARA EL USO DE LA PROVEEDORA -****RELACIÓN A PROVEEDORA**Niño de Necesidades Especial Sí No Niño Participará en CACFP Sí No No relacionado Dieta Especial Sí No Número de Niño: _____ Relacionado, no reside Si Dieta Dspecial, Explicar Grupo de Niño: _____ Propio niño _____ Niño del Ayudante _____ Hijo Adoptivo _____

State Agency Contact Info: California Dept of Educ, Nutrition Services Division, 1430 N Street, Sacramento, CA 95814, 800-952-5609

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.