

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:

____ Padre Proveera Leche de Pecho o Fórmula _____ Proveera Alimento Adicional y Rechaza Comida de la Proveedora _____ Privado/No Paga
____ Padre Acepta Fórmula Proveida por Proveedora _____ Proveedora Proveera Comida Adicional Cuando el Desarrollo Sea _____ DHS/Condado
Nombre de Fórmula del Padre: _____ Apropiado

INFORMACIÓN ESCOLAR:

IDENTIDAD ÉTNICA:

RAZA:

____ Edad Escolar _____ Jardín Infantil AM _____ Headstart AM _____ Hispano/Latino _____ Amerindio / Natural de Alaska
____ Escuela de casa _____ Jardín Infantil pM _____ Headstart PM _____ No Hispano o Asiático
____ Todo el Año Escuela _____ Jardín Infantil Todo el _____ Headstart Todo el Latino _____ Negro o Africano Americano
Nombre de Escuela: _____ Día _____ Día _____ Hawaiano Natal / Isleño Pacífico
_____ Blanco

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

<input type="checkbox"/> No relacionado	Niño de Necesidades Especial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Niño Participará en CACFP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Relacionado, no reside	Dieta Especial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Niño: _____
<input type="checkbox"/> Propio niño	Si Dieta Dspecial, Explicar _____	Grupo de Niño: _____
<input type="checkbox"/> Niño del Ayudante	_____	
<input type="checkbox"/> 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.