

**Child and Adult Care Food Program
Child Enrollment Form (Sample)**

Sponsor/Center Name: _____
Agreement #: _____

ENROLLMENT FORM FOR CHILDREN IN CHILD CARE (SAMPLE)

This document does not have to be completed for children in Emergency Shelters, Outside School Hours, and/or At-Risk programs. It is recommended to have new CACFP Annual Enrollment Forms completed each year during the Household Eligibility Application renewal period. Review completed enrollment form and enter the effective date in lower right hand section.

PARENTS: This institution participates in the Child and Adult Care Food Program (CACFP) and receives reimbursement to provide more nutritious meals for your child(ren). Federal CACFP regulations require all parents and guardians to complete a CACFP Annual Enrollment Form when enrolling their child(ren) and again every year thereafter. This information will help ensure all children receive appropriate meals during their care.

Please complete all areas to include signing and dating same.

FULL NAME OF ENROLLED CHILD (Include Birth Date/Age)	DAYS OF WEEK IN ATTENDANCE	TIMES CHILD NORMALLY ATTENDS DURING WEEK								MEALS RECEIVED
		TIME-IN			TIME OUT			TIME CHILD ATTENDS SCHOOL		
		AM	PM	TIME	AM	PM	TIME	LEAVES CENTER	RETURNS TO CENTER	
FIRST CHILD	<input type="checkbox"/> MONDAY <input type="checkbox"/> TUESDAY <input type="checkbox"/> WEDNESDAY <input type="checkbox"/> THURSDAY <input type="checkbox"/> FRIDAY <input type="checkbox"/> SATURDAY <input type="checkbox"/> SUNDAY	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No I work multiple shifts and child(ren) may be in care different days/hours Other: _____ Enrollment Date: _____ Withdrawal Date: _____								<input type="checkbox"/> BREAKFAST <input type="checkbox"/> A.M. SNACK <input type="checkbox"/> LUNCH <input type="checkbox"/> P.M. SNACK <input type="checkbox"/> SUPPER <input type="checkbox"/> EVENING SNACK
NAME										
BIRTH DATE										
AGE										
SECOND CHILD	<input type="checkbox"/> Same as Above <input type="checkbox"/> MONDAY <input type="checkbox"/> TUESDAY <input type="checkbox"/> WEDNESDAY <input type="checkbox"/> THURSDAY <input type="checkbox"/> FRIDAY <input type="checkbox"/> SATURDAY <input type="checkbox"/> SUNDAY	<input type="checkbox"/> Same Times as Above <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No I work multiple shifts and child(ren) may be in care different days/hours Other: _____ Enrollment Date: _____ Withdrawal Date: _____								<input type="checkbox"/> Same Meals as Above <input type="checkbox"/> BREAKFAST <input type="checkbox"/> A.M. SNACK <input type="checkbox"/> LUNCH <input type="checkbox"/> P.M. SNACK <input type="checkbox"/> SUPPER <input type="checkbox"/> EVENING SNACK
NAME										
BIRTH DATE										
AGE										
THIRD CHILD	<input type="checkbox"/> Same as Above <input type="checkbox"/> MONDAY <input type="checkbox"/> TUESDAY <input type="checkbox"/> WEDNESDAY <input type="checkbox"/> THURSDAY <input type="checkbox"/> FRIDAY <input type="checkbox"/> SATURDAY <input type="checkbox"/> SUNDAY	<input type="checkbox"/> Same Times as Above <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No I work multiple shifts and child(ren) may be in care different days/hours Other: _____ Enrollment Date: _____ Withdrawal Date: _____								<input type="checkbox"/> Same Meals as Above <input type="checkbox"/> BREAKFAST <input type="checkbox"/> A.M. SNACK <input type="checkbox"/> LUNCH <input type="checkbox"/> P.M. SNACK <input type="checkbox"/> SUPPER <input type="checkbox"/> EVENING SNACK
NAME										
BIRTH DATE										
AGE										

Signature _____

Signature of Parent or Guardian

Date _____

Telephone Number of Parent or Guardian _____

CHILD CARE REPRESENTATIVE USE ONLY:

Name of Representative/Signature _____

Date _____

The effective date can be made retroactive back to the first day the child participates in the CACFP as long as it occurs in the same month this form is received.

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 reprisal or retaliation for prior civil rights activity 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 (State or local) where they applied for 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.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA 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) 690-7442; or

(3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

Fuentes de ingreso de los niños	
Fuentes de ingreso de los niños	Empleos
Ingresos del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un salario o sueldo Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social Un padre es discapacitado, jubilado o falleció, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social
Seguro Social - Pagos por Discapacidad - Beneficios del sobreviviente	<ul style="list-style-type: none"> Un amigo o miembro de la familia le da regularmente dinero para gasilar la da Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso
Ingresos de una persona fuera del hogar	
Ingresos de cualquier otra fuente	

Fuentes de Ingreso de los Adultos		
Ingresos del trabajo	Asistencia Pública / Manutención / Pensión Alimenticia	Pensión / Jubilación / Otros Ingresos
<ul style="list-style-type: none"> Salario, ingresos, bonos en efectivo Ingresos netos de trabajo por cuenta propia (granja o negocio) Si está en el ejército de los EE. UU.: <ul style="list-style-type: none"> Pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, FSSA o asignación de viviendas privatizadas) Asignación por viviendas fuera de la base, alimentos y vestimenta) 	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios de desempleo Compensación al trabajador Seguridad del Ingreso Suplemento (SSI) Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local Pagos de manutención infantil Pagos de pensión alimenticia Asignación de viviendas Beneficios de los veteranos Beneficios de huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro social (incluida la jubilación ferroviaria y los beneficios de enfermedad pulmonar (Black Lung)) Pensiones privadas o beneficios por discapacidad Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonio Anualidades Ingreso de inversión Ingresos ganados Ingresos de alquiler Pagos en efectivo regulares desde fuera del hogar.

OPCIONAL Identidad racial y étnica de los niños

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de los niños. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos al servicio de nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de los niños para recibir alimentos gratuitos o de precio reducido.

- Origen étnico (marque uno) Hispánico o Latino No Hispánico ni Latino
- Raza (marque uno o más): Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico Blanco

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación:

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.

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: [How to File a Complaint](#). 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:

CORREO: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

FAX: (202) 690-7442; o
EMAIL: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

*Solo use esta dirección si está presentando un reclamo por discriminación

NO COMPLETE Para uso oficial solamente

Conversión de los Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, 2 veces al mes x 24 Mensual x 12

Ingreso total Semanal Bimensual Mensual Trimestral Anual

¿Frecuencia?

Firma del oficial que toma la decisión Fecha # de Integrantes en el hogar Elegibilidad Categórica

Elegibilidad Gole Reducido Rechazado

Firma del oficial que constata Fecha Firma del oficial que verifica Fecha