

# Food Program Enrollment Form

Dear Parents:

**Little Explorers Academy** currently participates in the United State Department of Agriculture (USDA)'s Child Care Food Program. This program enables our school to provide nutritious meals and snacks to your children at no cost to you. We support this program to further the cause of the USDA to promote healthy living among our youth and provide them with access to nutritious meals.

In order for the school to continue to participate in the program, the attached forms must be completed by the parents. Please review and answer all questions accordingly, complete one enrollment form per child and one income eligibility form per family and return the form to the Center Director as soon as possible.

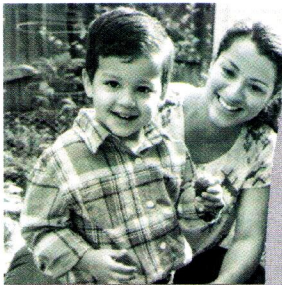
We look forward to your cooperation for this program as it will enable us to continue to provide the excellent care, service, and nutritious meals to your children.

Thank you for your cooperation.

The following income eligibility guidelines are used in determining the eligibility of a participant's household. These guidelines are based on 130% (free) and 185% (reduced) of the federal poverty guidelines and are effective July 1, 2021 – June 30, 2022

Household Size	Total Income									
	Annual		Monthly		Twice Monthly		Bi-Weekly		Weekly	
No. of Household Members	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced
1	\$16,744	\$23,828	\$1,396	\$1,986	\$698	\$993	\$644	\$917	\$322	\$459
2	\$22,646	\$32,227	\$1,888	\$2,686	\$944	\$1,343	\$871	\$1,240	\$436	\$620
3	\$28,548	\$40,626	\$2,379	\$3,386	\$1,190	\$1,693	\$1,098	\$1,563	\$549	\$782
4	\$34,450	\$49,025	\$2,871	\$4,086	\$1,436	\$2,043	\$1,325	\$1,886	\$663	\$943
5	\$40,352	\$57,424	\$3,363	\$4,786	\$1,682	\$2,393	\$1,552	\$2,209	\$776	\$1,105
6	\$46,254	\$65,823	\$3,855	\$5,486	\$1,928	\$2,743	\$1,779	\$2,532	\$890	\$1,266
7	\$52,156	\$74,222	\$4,347	\$6,186	\$2,174	\$3,093	\$2,006	\$2,855	\$1,003	\$1,428
8	\$58,058	\$82,621	\$4,839	\$6,886	\$2,420	\$3,443	\$2,233	\$3,178	\$1,117	\$1,589
For each additional family member, add	+\$5,902	+\$8,399	+\$492	+\$700	+\$246	+\$350	+\$227	+\$324	+\$114	+\$162

**Note: We realize that this information is confidential and sensitive. We assure you that all completed forms are kept 100% confidential and the information will ONLY be used for the food program. It will not be disclosed to anyone else for any reason.**



# Construyendo Para El Futuro

Este guardería infantil recibe asistencia monetaria del gobierno federal para server comidas nutritivas a sus niños. ¡Buena nutrición hoy significa un mañana más saludable!

Comidas servidas aquí deben de seguir los requisitos nutricionales establecidos por el programa "Child and Adult Care Food Program" del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés).

## ¿Preguntas? ¿Inquietudes?

Llame gratuitamente a USDA al  
1-866-873-2263

Alimentación y Nutrición al  
1-800-TELL-TDA  
(835-5832)

OR

## Centro de cuidado de niños de su hijo al

### Little Explorers Academy

Información del contacto: DeAna Kindt, Director

Dirección: 19433 T C Jester Blvd. Bldg. C

Número de teléfono: 281-547-8989

Dirección de correo electrónico:

LittleExplorersKids@gmail.com

Otra información necesaria

Línea para reportar un fraude: 1-866-5-FRAUD or 1-866-537-2834

P.O. Box 12847 Austin TX 78711

[www.SquareMeals.org](http://www.SquareMeals.org)

USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.



TEXAS DEPARTMENT OF AGRICULTURE  
COMMISSIONER SID MILLER



# Ven a WIC de Texas

## Estamos aquí para servirte

“Gracias a WIC, ahora tengo las herramientas que necesito para asegurar que mi familia siga el camino hacia un estilo de vida saludable.”

—Roxie, cliente de WIC

### Como cliente de WIC, recibirás:

- Alimentos deliciosos
- Asesoramiento individualizado con nutricionistas
- Recetas sencillas de preparar
- Clases sobre nutrición
- Apoyo para la lactancia
- Evaluaciones médicas y sobre las vacunas
- Demostraciones de cocina
- Apoyo personalizado
- Actividades para niños

### ¿Calificas?

Ocho millones de mujeres, bebés y niños reciben beneficios de WIC. El Programa WIC va dirigido a mujeres embarazadas, nuevos padres, bebés y niños menores de cinco años. Si ya recibes Medicaid, TANF o SNAP, es posible que califiques.

### Requisitos de ingresos de WIC de Texas

Número de personas en el hogar*	Ingresos mensuales	Ingresos anuales
2	\$2,686	\$32,227
3	\$3,386	\$40,626
4	\$4,086	\$49,025
5	\$4,786	\$57,424
6	\$5,486	\$ 65,823

\* El número de personas en el hogar de una mujer embarazada aumenta de acuerdo con el número de bebés que espera. Si tienes alguna pregunta relacionada con los ingresos, llama al 1-800-942-3678.

Vigente a partir del 1 de mayo de 2021



**Empieza hoy mismo. Llama al 1-800-942-3678 o visita [TexasWIC.org](https://www.texaswic.org)**



Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. © 2020 Todos los derechos reservados. Rev. 5/21

In Spanish the non-discrimination statement and complaint-filing procedure is:

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: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-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:

- (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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Nombre de la Institución: Healthy Plate Solutions Número del acuerdo: 05001

Nombre Proveedor/Centro: \_\_\_\_\_

## Programa de comida en el cuidado de niños y adultos (CACFP) Formulario para inscripción de participantes

**Estimado Padres/Tutor/Curador,**

Su centro de cuidado diurno participa en el Programa de comida en el cuidado de niños y adultos (CACFP por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA). El participante inscrito recibirá comidas y refrigerios nutritivos sin costo alguno para usted. CACFP necesita que se verifique la inscripción de cada participante en este centro. Sírvase llenar la sección de padres/tutor/curador de este formulario, firmelo y devuélvalo al Proveedor/Centro arriba indicado. Suministre información sobre sólo un (1) participante por formulario. **(Para que la institución sea reembolsada por las comidas que sirven/solicitan, se deberá llenar un formulario para cada participante inscrito todos los años.)**

Padres/Tutor/Curador:

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Fecha en que participante se inscribió en el centro: \_\_\_\_\_

Alergias a alimentos:  Sí  No Si contestó "Sí", especifique: \_\_\_\_\_

**(Si el participante no puede recibir el Plan de Comidas CACFP, suministre una declaración del Proveedor de atención a la salud del participan**

Indique los días de cuidado normal en el centro:  Sunday  Monday  Tuesday  Wednesday  Thursday  Friday  Saturday

Indique comidas que normalmente se comen en el centro:  Breakfast  AM Snack  Lunch  PM Snack  Supper  Evening Snack

Sírvase indicar horas normales de llegada y salida (marque a.m. o p.m.) Llegada: \_\_\_\_\_  am  pm Salida: \_\_\_\_\_  am  pm

Horario Escolar Salida: \_\_\_\_\_  am  pm Regreso: \_\_\_\_\_  am  pm

Si el participante es un bebé (0 a 11 meses de edad), sírvase llenar este cuadro, Marque todas las selecciones que corresponden a continuación:

Esta institución/centro ofrece \_\_\_\_\_ fórmula para bebés a través de CACFP. Es opción suya  
(Proveedor/centro llena esta información)

usar esta fórmula o no según las necesidades de su bebé. Las comidas para bebés provistas por la institución/centro deben cumplir con el plan de comidas para bebés, tal como lo exige 7CFR 226.20.

Usaré la fórmula ofrecida por este centro. Doy permiso para que el personal del centro mezcle la fórmula o prepare los biberones para mi bebé.

No usaré la fórmula ofrecida por este centro.  
Do ser así ¿qué fórmula enviará usted para que su bebé la use? \_\_\_\_\_  
Si la fórmula que usted proporciona es una fórmula especial, deberá presentar una declaración médica.

Proporcionaré leche materna para mi bebé.

Mi bebé tiene cuatro (4) meses de edad o más, y debido a su desarrollo, está listo para comidas para bebé. Yo quiero que la institución/centro le dé las siguientes comidas para bebé, las cuales se permiten conforme a 7CFR 226.20 (b)(2)(3)(4).  
\_\_\_\_\_

*Nota a los padres que reciben fórmula a través del Programa WIC: Su bebé tiene derecho a recibir fórmula de esta institución/centro de cuidado de niños, así como del Programa WIC. Es decisión suya decidir qué fórmula su bebé recibirá cuando está en el centro. Si usted encuentra que está recibiendo más fórmula de la que su bebé necesita, hable con la nutrióloga de WIC o con el proveedor de atención a la salud de su bebé.*

Firma Padres/Tutor/Curador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Indique turno de trabajo:  1<sup>o</sup>  2<sup>o</sup>  3<sup>o</sup>  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo del Proveedor/Centro:**

Firma del Proveedor/Representante del Centro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha en que el participant se retiró del Centro: \_\_\_\_\_

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, se le prohíbe a la institución discriminar debido a raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para iniciar una reclamación por discriminación, sírvase escribir al USDA Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades."



**FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA  
EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACPF (Cuidado para niños)**

<b>Parte 1. Todos los miembros del hogar</b>				
<b>Nombre del niño(s) inscrito(s):</b>				
<b>Nombre de todos los miembros del hogar</b> (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido)	MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) * SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO.			MARQUE SI NO HAY INGRESOS
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>Parte 2. Beneficios:</b> Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, o FDPIR, dé el nombre y el número de caso de la persona que recibe beneficios. <b>Si nadie recibe esos beneficios, pase directamente a la parte 3.</b> NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____				
<b>Parte 3. (Se aplica únicamente a padres/ tutores con niños inscritos en una casa de guardería)</b> Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que aparecen en la Lista de programas que califican para recibir fondos federales/estatales (H1660), dé el nombre del programa y el número de caso. NOMBRE _____ NÚMERO DE CASO: _____ Marque si no tiene número de caso <input type="checkbox"/>				
<b>Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar - Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe</b>				
<b>A. Nombre</b> (Ponga <b>sólo</b> los miembros del hogar que tengan ingresos)	<b>B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe</b> SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1			
	1. Ganancias del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia pública, manutención de niños, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de SSI, VA	4. Todo ingreso adicional
<i>(Ejemplo)</i> <i>Jane Smith</i>	\$200/semanales _____	\$150/dos veces por mes _____	\$100/mensuales _____	\$200/cada 2 meses _____
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /

**Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)**

Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

*Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: \* \* \* - \* \* - \_\_\_\_\_  Yo no tengo Número de Seguro Social

**Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)**

Anote una identidad étnica:

Anote una o más identidades raciales:

hispano o latino

Asiático

Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska

No hispano ni latino

Blanco

Hawaiano o de otra isla del Pacífico

Negro o Africano-Americano

**Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO**

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

Sí acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No acepto que la información de mi familia sea divulgada.

**No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.**

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: \_\_\_\_\_ Por:  Semana,  Cada 2 semanas,  Dos veces por mes,  Mes,  Año Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Calificación categórica: \_\_\_\_\_ Fecha retirado: \_\_\_\_\_ Calificación: Gratuita \_\_\_ Reducida \_\_\_ Negada \_\_\_ Nivel I \_\_\_ Nivel II \_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario que Decide: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario que Confirma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario que hace el seguimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Child and Adult Care Food Program (CACFP)**

I have received the following CACFP Documents:

- CACFP Letter to Households
- Enrollment Form
- WIC Guidelines
- Building for the Future Flyer

---

**Child's Name**

---

**Child's Name**

---

**Child's Name**

---

**Child's Name**

---

**Parent Name**

---

**Parent Signature**