



# Oregon Child Development Coalition

1345 Center Drive, #F  
Medford, OR 97501  
541-770-5893  
Fax: 971-224-1355

Coos/Curry Counties: 541-404-0654

# USDA Forma de Participación

Completado por los padres de familia

Nuevo Registración

Renovación

**Infantes: Selección para formulas de Infantes** (complete si cualquier niño enlistado es un infante menos de un año de edad)

Esta cuidadora proporciona \_\_\_\_\_  
marca de la formula que esta fortificada con hierro

Marque uno:  Yo acepto la formula proporcionada por la cuidadora  
 Yo no acepto la formula proporcionada por la cuidadora

Yo entiendo que al no aceptar la formula proporcionada por la cuidadora, estoy de acuerdo en proporcionar leche materna o fórmula para mi hijo. Si yo proporciono la formula, debe ser una de las formulas en la lista de las formulas aprobadas para que la cuidadora puede recibir reembolso.

Información de los niños que desea registrar en el programa USDA

Nombre completo del niño <b>LETRA DE MOLDE</b>	Fecha de Nacimiento	Días de Cuidado							Horario De Cuidado	Usualmente come:					
		L	M	M	J	V	S	D		DE	AM	CO	PM	CE	EC

Días y horas varían: Explique \_\_\_\_\_ Días Festivos  Sí  No

¿Tiene su hijo alergia a algún alimento ó a la leche?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_

Nombre de uno de los padres (letra de molde)		
Domicilio	Ciudad	Zona Postal
Teléfono Celular o de Casa		
Nombre de la compañía	Teléfono de su trabajo	

Yo certifico que toda ésta información es verdadera. Entiendo que se proporciona ésta información para que el cuidador pueda recibir fondos federales y que los oficiales del departamento pueden verificar la información. Se recibido una copia la forma que explica el objetivo del Programa de Alimentos USDA para Niños. Entiendo que mi hijo/s pueden recibir comida sin costo adicional en ésta hogar, mientras se encuentran bajo cuidado.

Firma de uno de los Padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## IDENTIDAD RACIAL O ÉTNICA (no requerida)

Por favor, marque la identidad racial o étnica de su niño.

Marque una identidad étnica:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Marque una o mas identidad racial, si aplica:  Americano Nativo / Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afro Americano

Nativo Hawaiiiano /de las Islas del pacifico  Blanco  Otro: \_\_\_\_\_

**CONFIDENCIALIDAD:** La información que Ud. proporciona será tratada confidencialmente y sólo se utilizará para la determinación de elegibilidad y la verificación del Programa de Alimentos USDA para Niños. Este programa debe de estar a la disposición de cualquier niño sin importar la edad, sexo, impedimento mental o físico, raza, color u origen nacional.

**OCDC y el USDA son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidad**