



Monitoreo del cumplimiento en hogares de guarderías familiares guía rápida



Health and Nutrition Services
Arizona Department of Education

Tabla de contenidos

Publicaciones Requeridas	Page 5-6
Inscripción	Page 7-9
Menú	Page 10-11
Servicio de Comidas	Page 12
Salud y Seguridad de Alimentos	Page 13-14
Archivos Permanentes	Page 15-16
Licencia de Cuidado Infantil	Page 17
Documentos Adicionales Requeridos Durante la Visita	Page 18-21
Recursos	Page 22



Introducción

¿QUÉ ES UNA GUÍA RÁPIDA?

Las Guías Rápidas son un recurso abreviado desarrollado por la División de Servicios de Salud y Nutrición (HNS) del Departamento de Educación de Arizona (ADE). Esta guía rápida está destinada a complementar la Lista de verificación de preparación de mantenimiento de registros y revisión de proveedores de ADE.

PÚBLICO OBJETIVO

Este recurso está dirigido a organizaciones patrocinadoras de hogares de cuidado familiar (FDCH) y proveedores de hogares de cuidado que operan el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP).

PROPÓSITO DE LA GUÍA RÁPIDA

El propósito de esta guía rápida es ayudar a los operadores del CACFP a autoevaluar con éxito sus operaciones de hogares de cuidado familiar para el cumplimiento. Así como ayudar a las organizaciones patrocinadoras en la capacitación de nuevos empleados o proveedores de guarderías que son nuevos en la organización.

Publicaciones requeridas

El Departamento de Educación de Arizona requiere que todos los proveedores de hogares de cuidado tengan una copia publicada del póster de Construyendo para el Futuro con CACFP para la visualización pública. Los proveedores pueden encontrar una copia del póster de Construyendo para el Futuro con CACFP visitando al <https://www.azed.gov/hns/cacfp/fdch/programformsfdch>.

¡Buena nutrición hoy significa un mañana más saludable!

Construyendo para el Futuro con CACFP

Esta institución recibe ayuda del Child and Adult Care Food Program para servir comidas nutritivas a los participantes.

Comidas servidas aquí deben de seguir los requisitos nutricionales establecidos por USDA.



¿Preguntas?
¿Inquietudes?
Llame gratuitamente a USDA al:
1-866-873-2263

Aprenda más información sobre CACFP en el sitio web del USDA: <https://www.fns.usda.gov/>

United States Department of Agriculture Food and Nutrition Service FNS-317 Noviembre 2019	CACFP as Administered by the Arizona Department of Education (602) 542 - 8700  ARIZONA DEPARTMENT OF EDUCATION	Center: _____ CACFP Official: _____ Address: _____ Phone No: _____
--	---	---

USDA es un proveedor, empleador, y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Nombre de la organizacion patrocinadora (Sponsor), nombre del representante de CACFP (CACFP Official), domicilio de la organizacion patrocinadora (Address), numero de telefono de la organizacion patrocinadora (Phone No.).

Sponsor: _____
CACFP Official: _____
Address: _____
Phone No: _____

Publicaciones requeridas

El Departamento de Educación de Arizona requiere que todos los proveedores de hogares de cuidado tengan una copia publicada del folleto actual de Woman Infants and Children (WIC) para la visualización pública. Las pautas de ingresos de WIC se actualizan anualmente. Los proveedores pueden encontrar una copia del folleto de WIC actualizado anualmente visitando al <https://www.azed.gov/hns/cacfp/fdch/programformsfdch>.



Delicious Food. Happy Family.

What is WIC?

- A Nutrition and Breastfeeding Program
- Experts in nutrition for pregnancy, breastfeeding, infants, toddlers and preschoolers
- Personalized nutrition tips and support for parents and caregivers
- Breastfeeding information, support and resources
- Referrals to other community resources
- Healthy foods

Who is WIC for?

- Infants
- Children up to five years of age
- Pregnant women
- Breastfeeding women, until their infant's first birthday
- Women whose pregnancy ended <6 months ago

Arizona WIC is here for you!

Visit azwic.gov, or call **1 (800) 2525-WIC** to find the nearest clinic.

To download the free EzWIC App, go to the App Store or Google Play and search for EzWIC.

Effective Date: April 1, 2023

WIC Eligibility is based solely on your gross income, this chart can help determine your eligibility

Number of family members	Income every two weeks	Monthly income
*2	\$1,404	\$3,041
3	\$1,769	\$3,833
4	\$2,135	\$4,625
5	\$2,501	\$5,418
6	\$2,867	\$6,210
7	\$3,232	\$7,003
8	\$3,598	\$7,795
Each additional member	\$366	\$793

*A pregnant woman is considered a family of 2



This institution is an equal opportunity provider.



Comida deliciosa. Familia feliz.

¿Qué es WIC?

- Un programa de nutrición y lactancia
- Con expertos en nutrición durante el embarazo, lactancia, bebés, niños pequeños y de preescolar
- Consejos individuales de nutrición y apoyo para padres y encargados del cuidado de niños
- Información, apoyo y recursos para la lactancia
- Recomendaciones para otros recursos comunitarios
- Alimentos saludables

¿Para quién es WIC?

- Bebés
- Niños hasta los cinco años de edad
- Mujeres embarazadas
- Mujeres que están lactando, hasta el primer año de su niño
- Mujeres cuyo embarazo terminó hace menos de 6 meses

En vigencia: 1 de Abril de 2023

La elegibilidad para WIC se basa sólo en su ingreso bruto, esta tabla le puede ayudar a determinar su elegibilidad

Número de miembros de la familia	Ingreso cada Dos Semanas	Ingreso Mensual
*2	\$1,404	\$3,041
3	\$1,769	\$3,833
4	\$2,135	\$4,625
5	\$2,501	\$5,418
6	\$2,867	\$6,210
7	\$3,232	\$7,003
8	\$3,598	\$7,795
Cada miembro adicional	\$366	\$793

*Una mujer embarazada se considera una familia de 2

¡WIC Arizona está aquí para usted!

Visite: azwic.gov o llame al **1 (800) 2525-WIC** para encontrar la clínica más cercana.

Para descargar la aplicación gratuita, vaya a: App Store o Google Play y busque EzWIC.



Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Publicaciones requeridas

El Departamento de Educación de Arizona necesita que los proveedores archiven formas de inscripción de menores para todos los menores bajo cuidado en el hogar y por los que reclamen comidas en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). Todos los menores, incluso los que visiten a última hora, necesitan una forma de inscripción de menores en sus archivos. Los menores propios de tales proveedores también necesitarán una forma de inscripción de menores. Las formas de inscripción deberán actualizarse anualmente y mantenerse actualizadas. Todo cambio hecho a la forma de inscripción por un padre de familia o tutor(a) deberá contar con las iniciales y la fecha.

Forma de inscripción

Nombre legal completo de cada menor (y todo otro nombre por el que se conozca tal participe) y fecha de nacimiento

Indique si el cuidado de tal menor es compensado o no compensado y si el menor es propio o residente de él o la proveedor(a)

Días y horas en que normalmente se cuida a tal menor y las comidas que normalmente recibe mientras se le cuida

Firma de padre de familia o tutor(a), telefono, y domicilio actual, y fecha de firma

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE UN MENOR EN EL PROGRAMA ALIMENTICIO PARA NIÑOS Y ADULTOS PARA EL AÑO 20__			
Su proveedor _____ participa en el "Programa Alimenticio para Niños y Adultos" (CACFP, por sus siglas en inglés). Este programa ofrece los beneficios del "Programa Nacional de Almuerzos Escolares" para niños que reciben cuidado de guardería en un hogar. Su proveedor participa en el Programa CACFP bajo el patrocinio de: _____ (Patrocinador)			
Bajo los lineamientos del "Programa Alimenticio para Niños y Adultos", su proveedor no debe de cobrarle separado por comidas ni deberá pedirle que lleve alimentos para su hijo, cuando dicho proveedor está reclamando estas comidas bajo el programa, incluso los bebés. A través del "Programa Alimenticio para Niños y Adultos" su proveedor puede ser reembolsado por un máximo de dos comidas y un aperitivo, o dos aperitivos y una comida por día, por niño. A todos los participantes inscritos se les servirán las mismas comidas – sin ningún cobro adicional – sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o discapacidad.			
Se llevará a cabo un proceso de verificación para asegurar que los reembolsos que reciba su proveedor coincidan con los servicios de guardería ofrecidos. Como patrocinador de su proveedor debemos verificar que su niño esté inscrito en esta guardería. Por favor llene la siguiente información:			
Deseo inscribir en el Programa CACFP a los siguientes niños:			
Nombre Completo del Niño(s)	Fecha de Nacimiento	Nombre de la Escuela (escriba "ninguna" si aun va)	Horario de Escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
¿Es escuela de todo el año? ☐ Si ☐ No		¿El proveedor tiene permiso de transportar a sus hijos? ☐ Si ☐ No	
Su hijo es (marque todos los que se apliquen):		Tipo de fórmula para bebés: _____	
☐ Niño en Cuidado	☐ Hijo del Proveedor/Residente	☐ Aceptar	
☐ Nueva Inscripción	☐ Inscripción Continua	☐ Declinar (Voy a ofrecer: _____)	
☐ Por Compensación	☐ No por Compensación	☐ No Aplicable	
Días en que normalmente necesitará cuidado: ☐ Lun ☐ Mar ☐ Mié ☐ Jue ☐ Vie ☐ Sáb ☐ Dom			
El horario de cuidado normalmente será de: _____ AM / PM a: _____ AM / PM			
¿Variarán los días/horas de cuidado? ☐ Si ☐ No Si Si, por favor explique: _____			
Marque las comidas que su hijo recibe en la guardería: ☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Cena ☐ Merienda(s)			
¿Necesitará cuidado durante días festivos? ☐ Si ☐ No			
Si Si, durante cuales días feriados? ☐ Año Nuevo ☐ Día de Martin Luther King Jr. ☐ Día de Presidente ☐ Día Conmemorativo			
☐ 4 de Julio ☐ Día Laboral ☐ Día de Cristóbal Colon ☐ Día de los Veteranos ☐ Día de dar Gracias ☐ Navidad ☐ Otro _____			
FIRMA DEL PADRE _____ # DE TELÉFONO DE TRABAJO _____ # DE TELÉFONO DEL HOGAR _____ # DE TELEFONO MENSAJES _____			
DIRECCIÓN	CIUDAD	CODIGO POSTAL	FECHA
Raza/Origen Étnico de SU Hijo: Aunque esta información no es obligatoria, su cooperación ayudará a determinar el cumplimiento de la Ley Federal de Derechos Civiles. Bajo ninguna circunstancia se utilizará esta información al considerar su solicitud. Si usted se niega a ofrecer esta información, esto no afectará la consideración de su solicitud. Estamos autorizados a solicitar esta información bajo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. La recolección de esta información es estrictamente para fines de informes estadísticos. Por favor marque con un círculo la categoría indicada (si desea hacerlo):			
Marque una identidad étnica		Marque una o más identidades raciales:	
☐ Hispano o Latino	☐ Asiático	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	
☐ No Hispano o Latino	☐ Blanco	☐ Nativo de Hawai o de Otra Isla del Pacífico	
☐ Negro o Afro-Americano			
Secretaría de Educación de Arizona · Servicios de Salud y Nutrición · 602-542-8700			
Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.			
I:\Health_and_Nutrition\CACFP\FDC Homes\Applications and Renewals\Renewal Packets\2020 Renewal Packet			

Inscripción

El Departamento de Educación de Arizona les requiere a los proveedores que mantengan en archivo hojas de registro de llegadas y partidas de todos los menores participando en el Programa de Alimentos Para el Cuidado de Niños y Adultos. Las hojas de registro deberán mantenerse actualizadas. Todos los menores, incluso los que visiten a última hora, deberán tener hojas de registro en sus archivos. Los proveedores deberán mantener hojas de registro individuales para cada menor presente en el hogar de cada proveedor. Los menores de los propios proveedores no necesitarán hojas de registro. Las hojas de registro se usarán para asegurarse de que los menores estuvieron presentes cuando se sirvieron las comidas. Si algún(a) menor no tuviera una hoja de registro llena, el o la Representante del Programa no podrá confirmar si tal menor estuvo presente cuando se sirvió la comida. Esto pudiera resultar en que no reciba reembolso por las comidas y hasta pudiera resultar en que el o la proveedor(a) tuviera que regresar su reembolso al Departamento de Educación de Arizona.

Hoja de registro de entrada y salida

Nombre de proveedor(a) de cuidados de menores

Nombre legal completo de menor

Mes y año de asistencia de menor

Fecha y hora de llegada y partida diaria, incluyendo multiples llegadas y partidas

Firma completa y válida

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
SIGN-IN/SIGN-OUT RECORD

PENALTY WARNING: By signing this document the parent, guardian, or other authorized person verifies, under penalty of perjury, that the times recorded are the actual times the child was in attendance.

Date	Time In AM	Signature	Time Out AM	Signature	Time In PM	Signature	Time Out PM	Signature	Unit of Care
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Sugerencias de registro de llegadas y partidas:



Coloque cada hoja de registro en su propio portapapeles.



Tenga todos los portapapeles a la entrada y entregue el portapapeles de cada menor a los padres de familia cuando entren o salgan de su hogar a dejar o recoger a los menores.

Inscripción

En algunos casos, el o la proveedor(a) tendrá que llenar una Forma de Elegibilidad por Ingresos para Beneficios de Comidas. El o la empleado(a) del o de la patrocinador(a) le hará saber al o a la proveedor(a) si acaso habrá que llenar la forma, y con qué frecuencia. La forma deberá estar disponible para los representantes del Programa.

Elegibilidad por ingresos para beneficios del programa-proveedor(a)

Nombre y apellido de cada menor en el hogar

Indique si el menor es de acogida, si es adecuado

CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM (Family Day Care Home-Provider)
FISCAL YEAR 2022

Para aplicar para reembolso de alimentos servidos a sus propios hijos llene cuidadosamente, y devuelva a su patrocinador.

Parte 1. Todo Miembro del Hogar – Incluyendo Niños Inscritos:

Nombre de todo miembro del hogar (Primero, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	MARQUE SI UN NIÑO DE CRIANZA (LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DEL BIENESTAR O TRIBUNAL): "SI TODO NIÑO LISTADO ABAJO ES NIÑO DE CRIANZA, SÁLESE A LA PARTE 4 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO."	MARQUE SI NO INGRESO
Miembro Adulto del Hogar #1:	☐	☐
Miembro Adulto del Hogar #2:	☐	☐
Miembro Adulto del Hogar #3:	☐	☐
Niño #1:	☐	☐
Niño #2:	☐	☐
Niño #3:	☐	☐
Niño #4:	☐	☐

Parte 2. Beneficios: Si cualquier miembro de su hogar recibe [Asistencia Alimenticia de DES], [FDPIR], o [Asistencia en Efectivo de DES], provea el nombre y número de caso de la persona quien recibe beneficios y sátese a la parte 4. Si nadie recibe estos beneficios, sátese a la parte 3.

NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____

Parte 3. Ingreso Bruto Total del Hogar – Usted debe decirnos cuanto y que tan seguido:

A. Nombre (Solo liste miembros del hogar con ingreso)	B. Ingreso bruto y que tan seguido es recibido: identifique semanal, cada dos semanas, mensual, anual...			
	1. Ingresos del trabajo antes de deducciones	2. Asistencia social, sustento alimenticio, pensión alimenticia	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos	4. Todo Otro Ingreso
	cuánto/qué tan seguido	cuánto/qué tan seguido	cuánto/qué tan seguido	cuánto/qué tan seguido
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____

Parte 4. Firma y Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social: Un miembro adulto del hogar debe firmar este formulario. Si se llena la Parte 3, el adulto quien firma el formulario debe también listar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o escriba la palabra Ninguno si el que firma no tiene un Número de Seguro Social. (Vea la Declaración de la Ley de Privacidad en el dorso de esta página.)

Yo certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que se da cuenta de todo ingreso. Entiendo que el proveedor va a obtener los fondos Federales basado en la información que yo dé. Entiendo que funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que si al propósito doy información falsa, el participante recibiendo alimentos puede perder los beneficios alimenticios, y puede ser enjuiciado.

Firme aquí: _____ Escriba nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: * * * * - * * * Si no tiene Número de Seguro Social, escriba la palabra "Ninguno"

Parte 5. Si cualquier menor por el cual usted está aplicando es un sin techo, migrante, o un huésped marque la casilla adecuada y llame a su escuela, coordinador de los sin techos, o coordinador de migrantes. Sin Techo ☐ Migrante ☐ Huésped ☐

Parte 6. Identidades étnicas y raciales del participante (opcional):

Marque una identidad étnica	Marque una o más identidades raciales:
☐ Hispano o Latino	☐ Asiático
☐ No Hispano o Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
	☐ Blanco
	☐ Negro o Afro-Americano
	☐ Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacífico

No llene esta parte. Esto solamente es para el uso oficial:

Conversión de Ingreso Anual: Semanal x 52, Cada 2 Semanas x 26, Dos Veces al Mes x 24, Mensual x 12

Ingreso Total: _____ Por: ☐ Semanal, ☐ Cada 2 Semanas, ☐ Dos Veces al Mes, ☐ Mensual, ☐ Anual Número de Personas en el Hogar: _____

Elegibilidad: Nivel I _____ Nivel II _____

Firma del Funcionario Determinador: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario Confirmador: _____ Fecha: _____

Nombre y numero de caso de la persona que recibe beneficios o nombres, ingresos, y frecuencia de ingresos

Firma de padre o tutor(a) y fecha de firma

Los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social o marque "sin número de SS" si el o la proveedor(a) no tuviera número de SS

Autoevaluación del menú

Todas las organizaciones que participan en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos son responsables de mantener un menú que cumpla con los requisitos del patrón de comidas. Dase tranquilidad all llenar esta autoevaluación. Coloque una marca de verificación junto a cada oración que sea cierta. Si quedara alguna casilla de verificación sin marcar, se necesitan cambios en el menú.

Alimentos reembolsables

- ☐ El menú es libre de postres a base de granos (incluso barras de desayuno)
- ☐ Cereal de desayuno no contiene más de 6 gramos de azúcar por onza árida
- ☐ Yogur no debe exceder los 12 gramos de azúcares añadidos por cada porción de 6 onzas
- ☐ El menú no contiene alimentos fritos en el hogar
- ☐ Se sirve el tipo de leche correcta a todos los partícipes
 - ☐ Si se sirve leche de sabor, solo se sirve a participantes mayores de 6 años

Requisitos diarios

- ☐ Uno o más granos diarios son ricos en grano integral
- ☐ No se sirve jugo más de 1 vez al día
- ☐ Todos los componentes extras y para untar se enumeran en el menú
- ☐ Todo **bocadillo** contiene al menos dos componentes
- ☐ Todo **desayuno** contiene leche líquida, grano y una fruta y/o vegetal.
 - ☐ Si una carne o sustituto de carne se sirve en vez de grano con el desayuno, no se servirá más de 3 veces a la semana.
- ☐ Todo **almuerzo** y **cena** contiene leche líquida, grano, fruta, vegetal y carne o sustituto de carne
 - ☐ Si se sirve un vegetal en vez de una fruta, deberán servirse dos tipos de vegetales diferentes

Flexibilidades disponibles para centros de adultos

- Una porción de leche líquida es opcional para las cenas servidas a participantes adultos
- El yogur se puede servir en lugar de leche líquida no más de una vez al día
- Si el yogur se sirve en lugar de la leche, el yogur no puede ser una carne alternada en la misma comida

Declaraciones requeridas

- ☐ Declaración de no discriminación "Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades".
- ☐ Tipo de leche para grupos de edad servidos "La leche entera se sirve a niños de 12 a 23 meses. A los niños mayores de 24 meses se les sirve leche _____."
- ☐ Centros para adultos: "A todos los participantes se les sirve leche _____."
- ☐ Ingredientes en artículos mixtos o de múltiples componentes (por ejemplo, "Cóctel de frutas = piña, cerezas, durazno, pera" o "Sándwich de pavo= pechuga de pavo, queso, pan")

Carpeta de menús

La siguiente documentación debe mantenerse archivada para acreditar los alimentos al patrón de comidas.

- ☐ Etiquetas de información nutricional para artículos ricos en granos integrales
- ☐ Etiquetas de información nutricional para cereales listos para el consumo
- ☐ Etiquetas de información nutricional para el yogur
- ☐ Etiqueta de nutrición infantil (NC) o Declaración de formulación del producto (PFS) para alimentos procesados comercialmente
- ☐ Recetas para artículos caseros

Prácticas recomendadas

- ☐ Todos los alimentos preparados en el hogar deben ser etiquetados con "HM" (homemade)
- ☐ Sólo los alimentos de carne procesada o granos podrán etiquetarse "CN" o "PFS"
- ☐ Todos los alimentos ricos en granos podrán etiquetarse "WGR"
- ☐ Descripción de cómo estará disponible el agua durante el día.
- ☐ Si se sirve jugo: "Todos los jugos servidos son 100% jugo."

Servicio de comidas

Las horas de comidas y bocados brindan oportunidades únicas para crear experiencias positivas con la comida. Servir comidas y bocados en un ámbito familiar sienta los fundamentos para una vida de alimentación feliz y saludable.

Requisitos de hogares de cuidado ala hora de servir comidas:



Los menores se lavan las manos antes de cada comida.



Todos los componentes de las comidas se sirven a la misma vez.



Todos los componentes de las comidas cumplen las porciones requeridas para cada grupo de edades.



La comida se sirve a las horas aprobadas para comer.



REQUERIDO: Incluya **los 4** aspectos en cada comida y bocado.

LOS REGLAMENTOS REQUIEREN QUE LOS PROVEEDORES:

- Se aseguren de que todos los menores a los que estén cuidando se registren a la entrada y a la salida.
- Apunten todas las cuentas de comidas antes de que concluya el día laboral.
- Mantengan formas de modificación de menús en los archivos para menores cuyas comidas se desvíen del patrón de comidas.

DOMINE EL SERVICIO DE COMIDAS

LAS MEJORES PRÁCTICAS ANIMAN A LOS PROVEEDORES A:

ESTÉ PRESENTE



Apagar todas las pantallas (televisores, videos, teléfonos).

Invitar a las familias a observar o participar en horas de comidas o bocados.
Apuntar las cuentas de comidas al momento de servicio.

DÉJELOS SER



Permitir que los menores respondan a sus propias indicaciones de hambre y satisfacción.

Ofrezer oportunidades de aprendizaje durante accidentes y derrames.

Sugerencias de seguridad en el hogar

Todos los proveedores que participan en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) deberán cumplir normas estatales o locales de salud y seguridad.

Seguridad y Cumplimiento

Cocina

El refrigerador debe estar a 41 grados o menos, y el congelador a 0 grados o menos.

Asegúrese de que el bote de la basura tenga tapa en todo momento.

Limpieza (refrigerador limpio y sanitario)

Recuerde mantener todos los electrodomésticos, mostradores y pisos limpios y sin desorden.

*Todos los alimentos almacenados, refrigerados y congelados, deben ser etiquetados con el nombre y la fecha de caducidad, incluyendo las sobras.



Salud y Seguridad

En Casa

Por favor, recuerde eliminar peligros obvios (por ejemplo, cordones que cuelguen, tomas de corriente sin tapar, y cuchillos expuestos en el mostrador)

Asegúrese de que todos los productos de limpieza y materiales tóxicos se almacenen debidamente

Detector de monóxido de carbono (si resultara pertinente para proveedores con servicios de gas)

Todos los perros deben estar vacunados y con permisos (si resultara pertinente)

Licencia de conducir, seguro y registro de vehículo (si transportara menores)

Permiso para transportar (nota de permiso del/de la tutor(a), si transportara menores)

Home Safety Tips

Etiquetando



ARTICULO: _____
NOMBRE: _____ CANTIDAD: _____
FECHA DE CADUCIDAD: _____
ÚSESE HASTA EL: _____

Archivos permanentes

El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos necesita que el/la proveedor(a) mantenga copia en casa del Acuerdo entre Proveedor(a) y Organización Patrocinador(a). Cada Organización Patrocinadora tiene su propio acuerdo. A continuación incluimos una muestra del acuerdo.

Acuerdo entre proveedor(a) y patrocinador(a)

Nombre legal completo de el/la proveedor(a)

**Permanente Contrato entre la Organización Patrocinadora
y el Proveedor de Servicios de Guardería**

Este contrato se entra en _____ de _____ de 200____, entre

y _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Proveedor Nombre del Patrocinador

Domicilio del Proveedor

En este se especifican los derechos y responsabilidades de la Organización Patrocinadora (OP) y del Proveedor, como participante en el Programa de Comida para Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) de la Sección de Agricultura de los Estados Unidos (USDA).

Derechos y responsabilidades de la Organización Patrocinadora:

1. La OP entrenará a los proveedores antes de comenzar su participación en el CACFP.
2. La OP debe proveer sesiones adicionales de entrenamiento por los menús, una vez al año. OP debe asegurarse que cada proveedor reciba por lo menos el mínimo de dos horas de entrenamiento de nutrición y entrenamiento sobre los requisitos de CACFP por año.
3. La OP acuerda proporcionar asistencia técnica si el proveedor la solicita.
4. La OP acuerda proveer al proveedor formas impresas del CACFP para mantener registros.
5. La OP acuerda realizar los pagos al proveedor dentro de los cinco (5) días laborales siguientes al recibo de los fondos del CACFP, proveídos de la Sección de Educación de Arizona (ADE), si los fondos de Federal están disponibles.
6. La OP no cobrará ningún cargo por costo de servicios administrativos.
7. La OP no deducirá pagos de ninguna guardería en casa por ninguna razón, excepto que la OP tenga la razón de creer que son inválidas algunas cantidades, por causa que el proveedor hay a sometido reclamos de comida falsos o erróneos. Todos los costos operacionales ejm; Inspecciones de Salubridad, Inspecciones de Bomberos y las Huellas serán la responsabilidad de la proveedora.
8. La Organización Patrocinante, El Departamento De Agricultura de los Estados Unidos, El Departamento De Educación de Arizona y otros oficiales Estatales y Federales tienen el derecho de visitar las casas o casas de grupos de cuidado infantil para revisar los tiempos de servicios de cada comida, los menús, los niños durante sus horas de servicio de cuidado infantil. Las visitas pueden ser anunciadas o sin anuncio. En una visita sin anuncio con niños no presentes, las comidas por tales niños no serán pagadas.
9. La OP puede terminar este contrato del programa de comida ya sea por causa o conveniencia. Por terminación por causa la OP deberaenviar a la proveedora por escrito una notificación con tal deficiencia, una acción correctiva, consecuencias por no llevar a cabo la acción correctiva y un derecho de apelación. El Departamento de Educación sera notificado con la causa de la terminación. Si la proveedora es terminada por cause, su nombre aparecera en la lista de personas descalificadas para participar en el Programa del Departamento de Agricultura de los estados unidos por 7 años. La OP puede dar de baja a cualquier proveedora por conveniencia en cualquier momento. La OP enviara una carta por escrito, con 30 días de notificación de la posibilidad de darla de baja por conveniencia.
10. Si la proveedora es suspendida por cuestiones de salud o seguridad, la proveedora puede solicitar una entrevista administrative de _____

**Firma de el/la
proveedor(a) y
fecha de firma.**

Firma del proveedor

Fecha

Firma del Representante de la Organización Patrocinadora

Fecha

Esta Institución provee una igualdad de oportunidades

Archivos permanentes

El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos necesita que los proveedores mantengan copia del Acuerdo de Proveedores de KidKare (KidKare Provider Agreement) si van a mantener registros electrónicos. Deberá mantener una copia en casa. Deberá tenerla disponible para todo representante del Programa.

Acuerdo de proveedores de KidKare

Nombre legal completo de el/la proveedor(a)

Reconocimiento y Certificación

Este acuerdo del mantenimiento de registros del proveedor en KidKare es entre:

_____ y _____
(Nombre de Proveedor) (Nombre de la Organización Patrocinadora)

Yo entiendo que debo mantener diariamente registro de mis comidas y asistencia antes de la media noche. Yo reconozco que la información de comidas y asistencia en KidKare deben de estar disponibles inmediatamente durante una visita no anunciada por la Organización Patrocinadora, El Departamento de Educación De Arizona (ADE), Auditores del estado de Arizona, y El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). Yo certifico que la información en KidKare es absolutamente precisa y correcta; si formado por un asistente/ayudante, yo entiendo que yo soy la persona responsable de la exactitud de la información y reclamos presentados. También entiendo que la información que eh presentado en KidKare está conectada con los fondos federales que recibo y que información falsa o engañosa puede resultar en enjuiciamiento del estado o el federal.

He leído y entiendo los requisitos de este acuerdo. Yo me asegurare que la información de mi reembolso y reclamo mensual estén correctos y sean verdaderos según mi entendimiento. Estoy firmando este acuerdo de mantenimiento de registros en KidKare con el entendimiento que voy a recibir una copia del acuerdo y tengo que mantenerlo en mis archivos de CACFP y en el acuerdo permanente.

Yo notificare ala Organización Patrocinadora, en escrito, si yo decido no usar KidKare como mi fuente de reclamo.

Firma de Proveedor: _____

Fecha: _____

Permanent File | September 2021 | Arizona Department of Education | Institute is an equal opportunity provider.

Firma de el/la proveedor(a) y fecha de firma.

Licencia de cuidado infantil

Todos los proveedores que participen en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) cuentan con licencia del Estado de Arizona o son aprobados de manera alterna por el Departamento de Educacion de Arizona (ADE). Dése tranquilidad mental al llenar esta evaluación. Coloque una marca de verificación en toda oración que resulte cierta. Si alguna casilla permaneciera sin marcar, comuníquese con la entidad adecuada que otorgue licencias.

Requisitos de licencia de cuidado infantil:

☐

Hogar aprobado de forma alterna

☐

Normas de cuidado de menores

☐

Inspección de salud

☐

Tarjeta de huellas digitales

☐

Inspección contra incendios

☐

Hogar aprobado por el DES

☐

Certificado de DES

☐

Tarjeta de huellas digitales

☐

Hogar aprobado por DHS

☐

Licencia de DHS

☐

Tarjeta de huellas digitales

☐

Hogar militar

☐

Licencia militar/certificado

☐

Hogar tribal

☐

Certificado o licencia tribal

☐

Inspección de salud*

☐

Normas de cuidado de menores *

☐

Inspección contra incendios *

Documentos Adicionales Requeridos Durante la Visita

Todos los proveedores necesitan mantener la Solicitud de Proveedores en su archivo. La forma deberá llenarse al menos una vez cada dos años. Deberá guardarse y mantenerse en el hogar de el o la proveedor(a); mantenerse actualizada y disponible para representantes del Programa. Copia de la Solicitud de Proveedores deberá presentarse a la organización patrocinadora.

Solicitud de proveedores

Programa Alimenticio para Niños y Adultos (CACFP) Solicitud para Guarderías en Casa Para el Año 20__

Nombre de la Organización Patrocinadora: _____

Tipo de Aplicación: ☐ Proveedor Nuevo ☐ Renovación/Proveedor Continuo ☐ Cambio de Dirección ☐ Transferencia de Proveedor

Por favor escribe en letra de molde, clara

Nombre del Proveedor: _____ Últimos 4 dígitos del NSS: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de celular: _____

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Numero de Casa: _____ Correo Electrónico del Proveedor: _____

Indique cualquier restricción de acceso a la propiedad (p. ej. Condominio cerrado, entrada con llave, perros sueltos, etc): _____

Nombre del Proveedor Suplente: _____ Fecha de caducidad de la tarjeta de huella digital del proveedor de respaldo: _____

El hogar tiene: ☐ Aprobación Alternativa (Privado) ☐ Certificación de DES ☐ Certificación de DHS ☐ Certificación Militar ☐ Certificación Tribal

Días y horas en que se proporciona cuidados **regularmente** Explique cualquier variación en los días y horas de cuidado: ¿Proporciona en días festivos federales? ☐ Si ☐ No

Día	Horas	Explicación	Festivos
Lunes	AM / PM a AM / PM		☐ Año Nuevo
Martes	AM / PM a AM / PM		☐ Día Conmemorativo ☐ 4 de Julio
Miércoles	AM / PM a AM / PM		☐ Día Laboral ☐ Día de Gracias
Jueves	AM / PM a AM / PM		☐ Navidad ☐ Día de Martín Luther King
Viernes	AM / PM a AM / PM		☐ Columbus Day ☐ Día del Presidente
Sábado	AM / PM a AM / PM		☐ Día de los Veteranos
Domingo	AM / PM a AM / PM		☐ Otro

Indique las comidas que serán reclamadas **regularmente** y las horas en que servirá dichas comidas: ¿Reclamará a sus hijos? ☐ Si ☐ No Si, si, cuantos?: _____

Comidas Reclamadas	Horas de Comida	Segundo Turno (si aplica)	Que tan seguido? (indique todo lo que aplica)
Desayuno	a a		☐ Días de la semana ☐ Fin de semana ☐ Festivos/Vacaciones Escolares ☐ Raramente ☐ Otro
Merienda Am	a a		☐ Días de la semana ☐ Fin de semana ☐ Festivos/Vacaciones Escolares ☐ Raramente ☐ Otro
Almuerzo	a a		☐ Días de la semana ☐ Fin de semana ☐ Festivos/Vacaciones Escolares ☐ Raramente ☐ Otro
Merienda PM	a a		☐ Días de la semana ☐ Fin de semana ☐ Festivos/Vacaciones Escolares ☐ Raramente ☐ Otro
Cena	a a		☐ Días de la semana ☐ Fin de semana ☐ Festivos/Vacaciones Escolares ☐ Raramente ☐ Otro
Merienda	a a		☐ Días de la semana ☐ Fin de semana ☐ Festivos/Vacaciones Escolares ☐ Raramente ☐ Otro

Doyle de que esta información es correcta y verdadera, hasta la fecha. Entiendo que otorgo esta información para recibir fondos federales; que los agentes de la Secretaría de Educación de Arizona podrán verificar esta información, y que, si se determina que presente información falsa deliberadamente, puedo ser procesado de acuerdo a las leyes estatales y federales aplicables.

Was **NEW** provider checked against the **NDL**: _____ Did provider receive licensing assistance? ☐ YES ☐ NO

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____

Patrocinador Representative: _____ Date: _____

El proveedor deberá servir los tipos de comidas especificados en su aplicación aprobada, según los requisitos de patrones de comidas especificados en 7 CFR 226.20.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Horas y días
típicos de
cuidado

Indique si el o la
proveedor(a)
prefiere incluir días
no rutinarios; es
decir, días festivos

Tipos de comidas y
horas en las que el o
la proveedor(a)
acostumbra servir y
desea reclamar
comidas

Firma válida y
fecha de
cuando se firmó
el documento

Documentos Adicionales Requeridos Durante la Visita

El Programa de Alimentos Para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) necesita que el o la proveedor(a) mantenga en casa la Forma de Constancia de Niveles de Proveedores (Provider Tiering Documentation Form). El o la empleado(a) de la organización patrocinadora tendrá que darle a saber a el o la proveedor(a) con qué frecuencia deberá llenarse esta forma. La forma debe estar disponible para los representantes del Programa.

Constancia de niveles

Única sección
que el o la
proveedor(a)
llena: nombre
y domicilio

<u>Provider Tiering Determination</u>	
Name of Provider: _____	
Address: _____	
FOR SPONSOR USE ONLY	
Provider is determined to be a:	
☐ Tier I home based on:	
☐ School (5 Years)	
School District _____ Assigned Elem School _____ F/R% _____	
☐ Census (5 Years)	
☐ Income eligibility (1 Year)	
☐ Tier II High	
☐ Tier II Low	
☐ Tier II Mixed	
Sponsoring Organization Representative: _____ Determination Date: _____	
<u>Tier II - Provider Election of Reimbursement</u>	
If provider is determined to be Tier II, the provider elects the following:	
☐ 1) Sponsoring organization will distribute income applications to the households of all enrolled children in the home.	
☐ 2) Sponsoring organization will identify only those children who are considered categorically eligible by virtue of their participation, or parent's participation, in a federally- or state-supported program with an income eligibility limit that does not exceed the standard for free or reduced price meals.	
☐ 3) Provider elects to receive Tier II reimbursement for meals served to all children enrolled in the home, regardless of income.	
This institution is an equal opportunity provider.	
Revised 07/25/2019	

Documentos Adicionales Requeridos Durante la Visita

El patrocinador le informará al proveedor si se necesita el formulario de Cambio de Solicitud de Proveedor y también llenará esta forma. El proveedor debe conservar una copia del Formulario de Cambio de Solicitud de Proveedor, si corresponde. Hay algunos casos en los que se necesita una solicitud completa. El patrocinador informará al proveedor sobre qué formulario se requiere.

Provider Application Change Form


Provider Application Change Form

Instructions: Complete only the applicable fields on this document to make changes to an existing approved application. If the provider is moving, changing approval types, requesting a name change or transferring, a full application is required with all required supporting documents.

Name of Sponsoring Organization: _____

REQUIRED- Please Print Clearly- Complete Provider's Name and Address:

Provider's Name: _____ Provider's DOB: _____

Physical Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Please identify changes being made to the initial application for any of the sections below.

Section 1- Provider Details

Field Name	Updated Information	Field Name	Updated Information
Phone:	_____	Email Address:	_____

Backup Providers: For all new backup providers, include fingerprint card or application as a separate attachment.

Backup Provider Name	FPC Expiration Date	New Backup Provider		Remove Backup Provider	
_____	_____	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No
_____	_____	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No

Section 2- Provider Application Changes:

Day of week	New Hours of Care- Start Time	New Hours of Care- End Time	Day of Week	New Hours of Care- Start Time	New Hours of Care- End Time
Monday	_____	_____	Saturday	_____	_____
Tuesday	_____	_____	Sunday	_____	_____
Wednesday	_____	_____	Explain variations in days or hours of care.		
Thursday	_____	_____			
Friday	_____	_____			

May 2023 | Health and Nutrition Services | Arizona Department of Education | This institution is an equal opportunity provider.

Documentos Adicionales Requeridos Durante la Visita



Los proveedores necesitarán mantener los últimos cinco días de registros de operaciones, hojas de registro para los menores de entrada y salida, menús y cuentas de comidas en el centro de operaciones, disponibles para representantes del programa.



Además, también deberán mantenerse los 12 meses pasados de registros del programa.



Finalmente, todos los registros del programa deben mantenerse durante cinco años.

Recursos

El Departamento de Educación de Arizona proporciona recursos para proveedores, que se encuentran en:

<https://www.azed.gov/hns/cacfp/fdch/programformsfdch>.

Publicaciones Requeridas

- Volante Construyendo para el Futuro
- Volante actual de WIC (inglés) (español)

Recursos de Menú

- Requisitos de Patrones de Comidas para Niños y Adultos
- Acuerdo para Proveedores de KidKare (inglés)(español)
- Forma de Modificaciones al Menú (inglés)(español – ¡Estará disponible pronto!)
- Menú de Muestra de ADE
- Menús de Muestra
- Planillas de Capacitación del Equipo de Nutrición
 - Identifying Whole Grain-Rich Foods For the CACFP
 - Choose Breakfast Cereals That Are Lower in Sugar
 - Choose Yogurts That Are Lower in Sugar
 - Grain-Based Desserts in the CACFP
- Guías de Compras ADE
 - Yogurt
 - Cereal
- Recipes
 - Team Nutrition Recipes
 - Recipes for Healthy Kids (6 servings) (25 servings) (50-100 servings)
 - National CACFP Sponsors Association Recipes
 - Child Nutrition Recipe Box
- American Academy of Pediatrics – Choking Prevention

Recursos de Mantener registros

- Lista Para Mantener Registros y Prepararse Para Visitas
- Forma de Documentación de Respaldo de Alimentos para Proveedores

Thank you!

In accordance with federal civil rights law and USDA civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

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 state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, [AD-3027](#), found online at [How to File a Program Discrimination Complaint](#) 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, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410;
2. **Fax:** (202) 690-7442; or
3. **Email:** program.intake@usda.gov.

USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.

