



11. ¿Participa o ha participado en Programas de Nutrición pagados por el Departamento de Agricultura Federal en los pasados tres (3) años?

SI

NO

Si la contestación es afirmativa, indique el nombre del Programa y la fecha de participación:

12. Centro bajo su administración con servicios de alimentos:

a) Centros de Cuidado Diurno:

d) Centros participantes del Título XX:

b) Centros de Cuidado fuera del

e) Hogares de Cuidado Diurno:

Horario escolar:

c) Centros de Head Start:

f) Albergues

13. Incluya anejo con listado y dirección de los Hogares Licenciados, Albergues y/o Centros para los que solicita el Programa.

14. Total de niños matriculados:

	GRATIS	REDUCIDO	PAGANDO	TOTAL
A. Centros de Cuidado Diurno				
B. Centros de Head Start				
C. Participantes del Título XX				
D. Centros de Cuidado fuera de horario escolar				
E. Hogares de Cuidado Diurno				
F. Hijos de "Proveedores"				
G. Merienda para Niños en Riesgo				
H. Albergues (Homeless)				

15. ¿Como se sirven los alimentos?  
Pagando No Pagando
16. Solicita pagos adelantados ("Advanced Payment")  
SI NO
17. Tipo de adelantos: Administrativos Operacionales
18. Indique el periodo de tiempo en que no funcionará el Programa de Alimentos para Cuidado de Niños y Adultos.
19. La organización solicitante prefiere recibir (marque una sola):  
Alimentos donados por el Gobierno Federal  
Pago al contado en vez de alimentos
20. Describa el procedimiento a usar para el conteo de raciones servidas diariamente a los niños.
21. Describa el procedimiento a usar para distribuir los reembolsos a los Centro y/o Hogares de Cuido de Niños.
22. Incluya el ciclo de menús que utilizará en el Programa.

Certifico que toda la información en esta solicitud es cierta a mi mejor conocimiento. Acepto toda la responsabilidad administrativa y financiera en las facilidades bajo mi auspicio. El reembolso recibido se utilizará en la fase operacional del Programa y en gastos relacionados directamente con el servicio y la preparación de alimentos.

Fecha

Nombre y Título

Firma

#### NOTIFICACION DE POLITICA PUBLICA

EL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS NO PERMITE DISCRIMEN POR RAZON DE RAZA, COLOR, EDAD, SEXO, ORIGEN NACIONAL O IMPEDIMENTO. CUALQUIER PERSONA QUE CREA HA SIDO DISCRIMINADA EN CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL DEPARTAMENTO DEBE ESCRIBIR INMEDIATAMENTE A:

**ADMINISTRATOR FOOD AND CONSUMER SERVICE U.S.D.A.  
3101 PARK CENTER DRIVE  
ALEXANDRIA, VIRGINIA 22302**

**AGENCIA ESTATAL-SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICION  
PO BOX 19059  
SAN JUAN, P. R. 00919-0759  
TEL. (787) 759-2000 EXT. 2731 Fax 753-8155**