

North Carolina  
Department of Health and Human Services  
Women's and Children's Health  
CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM  
CHILD FOOD PROGRAM ELIGIBILITY/ENROLLMENT APPLICATION

Effective July 01, 2014

First Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_ NAME OF \_\_\_\_\_ Child Care Networks, Inc.  
FACILITY NAME: \_\_\_\_\_

**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 un 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).  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma de un adulto en el hogar (obligatorio)**

*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.*