

**HELPING HANDS, INC.**

5522 S 3200 W • Suite 110  
 Taylorsville, UT 84129  
 Phone: (801) 955-6234  
 forms@helpinghandsutah.org

**Forma de Registro de Niños**

Nombre de la Proveedora \_\_\_\_\_ Número del Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres \_\_\_\_\_ Número del Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de los Padres \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Donde Trabaja \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabo / Otro Contacto \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, ESCRIBA CLARAMENTE- LLENELA COMPLETAMENTE (DEBE SER COMPLETADA POR UN PADRE DE LOS NIÑOS)**

Nombre Completo de los Niños Registrados	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación con la Proveedora	Horario de Llegada/Salida	Información Escolar	Horario de la Escuela	Días en la Escuela	Raza Étnico
		<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente* <input type="checkbox"/> Propio	____ AM/PM ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	____ AM/PM to ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	
		<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente* <input type="checkbox"/> Propio	____ AM/PM ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	____ AM/PM to ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	
		<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente* <input type="checkbox"/> Propio	____ AM/PM ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	____ AM/PM to ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	
		<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente* <input type="checkbox"/> Propio	____ AM/PM ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	____ AM/PM to ____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	

\*Si es familiar marque, por favor, la relación:  hijo / hija  hijastro / hijastra  nieto / nieta  sobrino / sobrina (hijo ó hija únicamente de un hermano o cuñado)

Días en Cuidado	Comidas en Cuidado	Infantes: Si el niños es menor de 1 año, esta sección debe ser completada
<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Mier <input type="checkbox"/> Sab <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Juev <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vier Varían	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Meri. PM <input type="checkbox"/> Meri. AM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda de Noche	<input type="checkbox"/> El padre acepta la formula de la proveedora (o suministra leche materna) y el padre acepta la comida de la proveedora <input type="checkbox"/> El padre suministra la formula pero acepta la comida de la proveedora <input type="checkbox"/> El padre suministra toda la formula y la comida y rehúsa la comida de la proveedora

OPCIONAL No tiene que llenar esta sección bajo el titular del acta IV de los derechos civiles. Por favor, escriba el código apropiado

**Raza:** AI=Indio Americano o de Alaska AS=Asiático PA=de las Islas del Pacífico BL=Negro WH=Blanco | **Étnico:** H=Hispano/Latino N=No Hispano/Latino

De acuerdo a lo establecido por las leyes Federales y el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, siglas en ingles), se prohíbe a este organismo la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos de las personas. Para presentar una queja de discriminación escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame a (202)720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos.

¿Están los niños en el horario del todo año "year round" de la escuela?  SI  NO Calendario "track" (A-D) \_\_\_\_\_

Nombre del Distrito y de la escuela que los niños asisten \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño una dieta especial?  SI  NO (Si es así, fije una nota del medico)

Si es así, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Necesita la proveedora facilidades para acomodar a un niño con impedimento físico?  SI  NO

Si es así, por favor explique y fije una nota del médico \_\_\_\_\_

Yo (nosotros) certifico que la información es correcta y verdadera en todos los aspectos. Yo (nosotros) entendemos que mi hijo(s) recibirán las comidas sin costo para mi, sin tener en cuenta la raza, color, lugar de origen, edad, sexo, o impedimentos, y que yo (nosotros) seremos contactados por el programa patrocinador y / o representantes para confirmar la información anterior de registro y asistencia de mi hijo(s).

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre (Madre)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo (nosotros) certifico que la información es correcta y verdadera en todos los aspectos y que los datos están disponibles para respaldar la información de esta forma. Yo (nosotros) reconozco que yo (nosotros) somos responsables de cualquier exceso la cual puede resultar de informes adjuntos erróneos o negligentes. Yo (nosotros) entendemos que ésta información está sujeta a verificación por parte del programa patrocinador.

**También, yo (nosotros) entendemos que ésta información está siendo dada en conexión con el recibo de fondos federales y que la falsedad deliberada puede conllevarme a procesamientos legales aplicables al Estado a estatutos Federales Criminales.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Proveedora

\_\_\_\_\_  
Fecha de Inscripción

Utah State Office of Education, Child Nutrition Programs (801)538-7680, 250 East 500 South, P.O. Box 144200, Salt Lake City, UT 84114-4200