



Programa de Comida para el Cuidado de Niños y Adultos APLICACIÓN DE SITIO DEL PROVEEDOR

Este formulario debe ser completado anualmente para cada proveedor.

Información del Patrocinador											
Nombre del Patrocinador Frontier Behavioral Health						Número de Patrocinador 159267			Año del Programa 2024 - 2025		
Información del Proveedor											
Nombre legal Completo del Proveedor (primero, medio, último)						Fecha de Nacimiento			Tipo de Registro DCYF		
Cualquier otro Nombre Utilizado Anteriormente						Número de Licencia					
Dirección						Dirección de Envío			Fecha de Expiración de Licencia		
Ciudad				Estado WA		Código Postal		Capacidad de licencia			
Condado		School District		Nombres de las escuelas más cercanas a tu casa				Número de identificación estatal			
Número de Teléfono			Correo Electrónico						CACFP Número de Identificación del Proveedor		
Información de Nivel											
Tier Level:											
If Tier level 1, please complete the following information: ☐ School ☐ Income ☐ Census											
☐ Yes ☐ No Tier I Provider based on Basic Food.											
☐ Yes ☐ No Tier I Provider eligible to claim own children based on Basic Food.											
Número de Alimento Básico:											
Información del Proveedor											
Provider eligible to claim own children? ☐ Yes ☐ No											
Do you claim meals for infants? ☐ Yes ☐ No Are you using the Infant Meal Form? ☐ Yes ☐ No											
Do you care for children in more than one shift? ☐ Yes ☐ No (If you serve the same meal at two different times, you need 2 shifts)											
Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Not Hispanic Race: ☐ American Indian/Alaska Native ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Black/African American ☐ Asian ☐ White ☐ Multi-Racial											
Número de hijos propios del Proveedor: _____											
Edad de los niños inscritos, incluyendo a los bebés: Desde: _____ Hasta: _____											
Horas de operación: Desde: _____ Hasta: _____											
Meses de Operación											
Todos los Meses Oct Nov Dic Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐											
Horarios de Comida											
L-V Lun Mar Miér Juev Vie Sab Dom ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐											
		Primer Turno		Segundo Turno		Horas de comienzo y termino de la información del servicio de comidas DEBE ESTAR EN INCREMENTOS DE 15 MINUTOS y debe comensar y finalizar en el cuarto de hora. Si no dedica tiempo a una de las comidas, no podrá reclamar esas comidas. Por favor, introduzca una hora para todas las comidas que "podría" reclamar.					
		Comienza	Termina	Comienza	Termina						
Desayuno											
Merienda A.M.											
Almuerzo											
Merienda P.M.											
Cena											
Merienda E.V.											
Certificación											
Certifico que mi hogar no está participando en el programa de comida del cuidado de niño y adulto bajo cualquier otra organización patrocinadora. Además certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se está dando en relación con el recibo de fondos federales, <i>OSP/ o departamento de Agricultura de los Estados Unidos, puede, por causa, verificar la información, y que la representación falsa me puede someter a enjuiciamiento</i> bajo Estado aplicable y leyes penales. El programa debe ser a todos los niños elegibles, sin importar raza, color, origen nacional, género, edad, o discapacidad. Entiendo que todos los niños recibirán alimentos en ningún cambio extra mientras están en la atención en cualquiera de los servicios de comida programada.											
Firma del Proveedor				Fecha		Firma del Representante de la Organización Patrocinadora				Fecha	