



**PROGRAMA SERVICIOS DE ALIMENTOS DE VERANO**

**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE ALIMENTOS DE VERANO**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Número de solicitud:</b>  |  | <b>Estatus:</b> <input type="checkbox"/> Nuevo | <b>Zona:</b> <input type="checkbox"/> Urbana  |
| <b>Cocina:</b> <input type="checkbox"/> Satélite: <input type="checkbox"/> Combinado: <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/> Exp.                  | <input type="checkbox"/> Rural                |
| <b>1. Servicios solicitados en:</b>  | Región   | Distrito                                       |   |
| <b>2. Nombre y Dirección de Entidad Solicitante:</b>   | <b>3. Nombre y Dirección del Solicitante:</b>  |  |   |
|  | Zip Code   | Zip Code                                       |   |
| <b>Número de Teléfono</b>  | <b>Núm. de Seguro Social (patronal)</b>  | <b>Núm. de Teléfono</b>                        | <b>Núm. de Seguro Social (personal)</b>       |
| <b>4. Nombre Residencial Público (si aplica):</b>  | <b>Comunidad Especial (si aplica):</b>   |  |   |
| <b>5. Indique si es o no un Grupo Satélite:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | <b>Bolsillo de Pobreza:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                  |  |   |
| <b>6. Total de Participantes:</b> _____ (Niños)  |  |  |   |
| <b>7. Indique tipo de sitio: Actividades Diurnas</b>   |  |  |   |
| <b>A. Abierto</b> <input type="checkbox"/>   | Sirve a niños caminantes hasta dos (2) servicios.  |  |   |
| <b>B. Abierto Restringido</b> <input type="checkbox"/>   | Sirve a niños caminantes hasta dos (2) servicios, condicionado a disponibilidad de alimentos, espacio y/o seguridad. |  |   |
| <b>C. Cerrado</b> <input type="checkbox"/>   | No se permite la participación de niños caminantes y completan el Certificado de Elegibilidad.                       |  |   |
| <b>D. Campamento:</b> <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Residencial   | <b>E. <input type="checkbox"/> Grupos Cerrados</b>   |  |   |
| Grupos D y E someterán copia del Programa de Actividades a desarrollar, licencia del Departamento de La Familia (si es necesario) y Certificado de Elegibilidad por cada familia que tenga niños participantes con: Ingreso familiar, número de miembros de la familia, sus nombres y los cuatro últimos números del Seguro Social del adulto que firma el certificado.  |  |  |   |
| <b>8. Indique nombre del sitio y dirección exacta donde se llevará a cabo la actividad:</b>  |  |  |   |
|  |  |  |   |
| <b>9. Período de duración de la actividad:</b>   | <b>Indique fecha si incluye sábado, domingo y días feriados:</b>   |  |   |
| Fecha de comienzo: _____   | Sábado: _____  | Domingo: _____                                 |   |
| Fecha de cierre: _____   | Días feriados: _____   |  |   |
| <b>10. Total días de participación:</b> _____  |  |  |   |
| <b>11. Servicios solicitados:</b>  | <input type="checkbox"/> Desayuno: Hora _____  | <input type="checkbox"/> Almuerzo: Hora _____  | <input type="checkbox"/> Merienda: Hora _____ |
| <b>Para ser llenado por el (la) Supervisor (a) de Distrito:</b>  |  |  |   |
| Nombre del comedor o sitio que ofrecerá el servicio: _____   |  |  |   |
| Dirección exacta donde se ofrecerá el servicio: _____  |  |  |   |
| Teléfono: _____  |  |  |   |
| <b>12. Indique si el sitio atiende niños:</b>  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> niños sin hogar <input type="checkbox"/> niños inmigrantes  |  |  |   |
| <b>13. La persona que completará la Solicitud de Participación será el Líder de Grupo y/o Encargado responsable de recibir orientación, recoger y servir los alimentos solicitados en el lugar asignado por el Supervisor (a) de Distrito. Además se responsabiliza de realizar las gestiones correspondientes para que se efectúen los pagos por raciones preparadas, servidas y no consumidas (perdidas), si hubiese alguna.</b> |  |  |   |
| <b>14.</b>   | <b>15.</b>   |  |   |
| <b>Nombre y Firma Supervisor (a) de Distrito</b>   | <b>Firma del Líder del Grupo y/o Encargado</b>   |  |   |
| <b>Fecha en que Solicitó</b>   | <b>Fecha de Aprobación de la Solicitud</b>   |  |   |

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del Programa del USDA), que puede encontrar en internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program\\_intake@usda.gov](mailto:program_intake@usda.gov). Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.