

Rev. septiembre/2023

***SOLICITUD DE PARTICIPACION***

*PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS*

**Entiendo que la AESAN tendrá que denegar esta solicitud si no cumple con todos los requisitos de la regulación del programa 7CFR 226.6 (b), 226.15 (b) y 226.16 (b). Si la AESAN determina que la institución incurrió en una deficiencia seria según se establece en: 226.6(c)(1)(ii) ó 226.6(c)(ii), iniciará un proceso de descalificación a la institución y sus responsables y denegará la solicitud.**

1. Nombre de la institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Núm Contrato: \_\_\_\_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Seguro Social Patronal de la Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Nombre y Título del Administrador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Servicios que solicita:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicios** | **Horario**  **Desde-Hasta** | **Distribución de la elegibilidad**  **G R P** | | | **Total matrícula** | **Distribución elegibilidad**  **Tier I Tier II**  **G R** | | | **Total matrícula** |
| Desayuno |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Almuerzo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Merienda am |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Merienda pm |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Merienda en Riesgo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena en Riesgo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Horario Extendido:  Merienda pm  Cena  Desayuno |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

El horario de servicio, de cada facilidad, tiene que estar expuesto para los padres y tiene que estar dentro del horario aprobado en la solicitud. El horario tiene que cumplir con las políticas establecidas en PACNA. Las Agencias auspiciadoras de hogares, certifican que las comidas reclamadas para reembolso de los hijos del proveedor son elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido.

1. Nombre y Título del Representante del Programa de Alimento para Cuidado de Niños y Adultos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Auspiciador Privado ( ) con fines de lucro ( ) sin fines de lucro ( )

Auspiciador Público ( ) Estatal ( ) Federal ( )

* Institución con fines de lucro que ofrece servicios a niños certifica que el 25% de su matrícula tiene una elegibilidad entre gratis y reducido o que el 25% de los participantes reciben beneficios del título XIX (del acta del seguro social) y que el centro recibe compensación de las cantidades otorgadas bajo el título XX.
* Institución con fines de lucro que ofrece servicios a adultos certifica que el 25% de sus participantes son beneficiarios de los títulos XIX o título XX o una combinación de estos títulos del acta de seguro social.

8. ¿Ha solicitado fondos federales anteriormente? Si \_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

Página 2

Solicitud de Participación

9. ¿Alguna vez le han denegado y/o descalificado de fondos públicos (Estatales o Federales)

solicitados en los pasados siete años? Si\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. ¿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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (a) La Institución es una organización: marcar todas las que apliquen | | **Sí** | **No** | **Si la contestación es afirmativa, indica el nombre de los mismos** |
| **Multiprogramas** | Participa en otros programas de USDA-FNS (Programa de Verano, Programa de Desayuno y Almuerzo escolar, etc.)   1. Menciona el nombre del programa de USDA- FNS: |  |  |  |
| **Multipropósitos** | Da servicios en otros programas a la comunidad, pueden ser estatales o federales.  Ej.: Educación Vivienda, Cuido de niños, Bienestar Familiar, etc.)   1. Mencione los programas federales: 2. Mencione los programas estatales: 3. Otros programas: |  |  |  |
| **Multiestado** | La institución opera en más de un estado de E.U.   1. Nombre el estado donde se encuentra la oficina central: 2. Mencione los estados donde opera esta institución: |  |  |  |

1. Si es una agencia auspiciadora debe indicar el número de centros con servicios de alimentos bajo su administración.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | ***Tipo de centro*** | Cantidad de facilidades | | Centro de Cuidado de Niños |  | | Centro de Cuidado de Adultos |  | | Centro de Head Start |  | | Centro con Fines de Lucro |  | | Centro con Horario Extendido |  | | Hogares tier I |  | | Hogares tier II |  | | Hogares Mixto |  | | Hogares que ofrecen servicio a sus propios hijos |  | | Merienda y/o cena en Riesgo (no aplican instituciones organizadas bajo Prog. Atléticos o comprometidas en competencias) |  | | Albergues de Emergencia |  | |
|  |

12. ¿Cómo se sirven los alimentos? \_\_\_\_\_\_\_\_ Pagando \_\_\_\_\_\_\_\_ No Pagando

13. Solicita fondos de inicio \_\_\_\_ SI \_\_\_\_NO (Instituciones interesadas en extender los servicios a hogares

de Cuido de niños)

14. Solicita fondos para expansión \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO (Auspiciadores de hogares que deseen expandir los servicios a zonas

rurales)

15. Indique el período de tiempo en que **no** funcionará el Programa de Alimentos para Cuidado

de Niños y Adultos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Página 3

Solicitud de Participación

16. La organización solicitante prefiere recibir: (marque una sola)

( ) Alimentos donados por el Gobierno Federal ( ) Pago al contado en vez de alimentos, cash in lieu

17. ¿La institución distribuirá los reembolsos a sus centros/hogares? ( ) Si ( ) No

18. Menú a utilizar: ( ) provisto por AESAN ( ) establecido por el centro y que cumple con los patrones

establecidos en la reglamentación.

19. Área geográfica a servir: la institución debe someter documentación que respalde la necesidad que existe en la comunidad que justifique el ofrecimiento de los servicios. Ejemplos: anuncio de los servicios a la comunidad, estudio de necesidad.

Certifico que toda la información suministrada en esta solicitud y en los documentos requeridos con la misma fue revisada y es cierta a mi mejor conocimiento. Que la institución cumplirá con los derechos y responsabilidades descritos en el acuerdo de cumplimiento.

Certifico que es de nuestro conocimiento que toda Institución o individuo que auspicien el Programa y que ofrezcan información falsa serán incluidos en la lista Nacional de Descalificados y estarán sujetos a cualquier otra penalidad civil o criminal que aplique.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Dirección Postal Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Título Fecha

P.O. Box 190759, San Juan, Puerto Rico 00919-0759 Tel: (787) 759-2000, ext. 4625751



**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades**

**Declaración de No Discriminación de USDA**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1.    correo:

      U.S. Department of Agriculture

      Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

      1400 Independence Avenue, SW

      Washington, D.C. 20250-9410; or

2.   fax:

     (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3.   correo electrónico:

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades