



## **INSTRUCCIONES DEL ENTRENAMIENTO**

**Para validar su participación en este entrenamiento y recibir su certificado de asistencia, deberá completar una encuesta al finalizar la presentación.**

**Una vez que concluya la sección de derechos civiles, utilice el enlace que se proporciona en la última diapositiva para acceder a la encuesta. Terminada la encuesta se generará su certificado de asistencia y estará disponible para imprimir. También recibirá una copia por correo electrónico automáticamente.**

**Asegúrese de hacer cualquier pregunta relacionada con el entrenamiento en la sección correspondiente en la encuesta. Todas las preguntas se responderán mediante un documento de Q&A por correo electrónico, una vez que finalice el período del entrenamiento.**



**Bienvenidos Centros!**

Capacitación Anual del Programa de  
Alimentos para Centros de Cuidado Infantil

**2024-2025**





# Agenda

- Actualizaciones
- Errores Comunes
- CCFP y Discapacidades
- Aceptación de la Cantina
- Seguridad Alimentaria y Saneamiento
- Recordatorios del Programa
- Mantenimiento de Registros
- Reembolso - Tarifas 2024-2025
- Patrón de Comidas
- Alimentos Combinados
- Infantes
- Integridad en el CCFP
- Revisión y Envío del Reclamo Mensual
- Derechos Civiles







## Requisitos actualizados

Fecha de  
Implementación

<b>Azúcares Añadidos</b>	<p><b>Cereales para el desayuno:</b> no deben contener más de 6 gramos de <b>azúcares añadidos</b> por onza seca.</p> <p><b>Yogur:</b> no debe contener más de 12 gramos de <b>azúcares añadidos</b> por 6 onzas.</p>	Oct. 1, 2025
<b>Modificaciones de las Comidas</b>	<p>Aclara que tanto los profesionales de la salud con licencia estatal como los <b>dietistas registrados</b> pueden redactar declaraciones médicas para solicitar modificaciones de comidas en nombre de los participantes con discapacidades.</p>	Oct. 1, 2025
<b>Nueces y Semillas</b>	<p>Permite que los frutos secos y las semillas <b>cuenten como parte del componente completo de carnes/sustitutos de carne</b>, eliminando el límite del 50 por ciento para frutos secos y semillas en el desayuno, el almuerzo y la cena.</p>	Jul. 1, 2024
<b>Sustitutos de la Leche Líquida</b>	<p>Por cada 8 onzas líquidas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Vitamina A: 150 mcg de equivalentes de actividad de retinol (RAE)</li><li>▪ Vitamina D: 2,5 mcg</li></ul>	Jul. 1, 2024
<b>Cambios varios</b>	<p>Cambia las referencias de “frijoles y guisantes secos (legumbres)” por <b>“frijoles, guisantes y lentejas”</b>.</p> <p>Cambia las referencias de “componentes alimentarios” por <b>“componentes de comidas”</b>.</p>	Jul. 1, 2024



# Recursos Actualizados

- Formulario de Declaración Médica
- Formulario de Preferencia Alimentaria
- Acomodación de Solicitudes de Modificación de Comidas Debido a Discapacidad o Preferencia
- Acreditación de Alimentos Combinados en el CCFP
- Fórmulas Acreditables para Bebés
- Lista de Cereales Aprobados - WIC 2024-2025
- Sustitutos de Leche y Leches Acreditables 2024



Estos documentos pueden parecer un poco (o muy) diferentes en su forma actualizada, pero la información es esencialmente la misma

**Un cambio a tener en cuenta es la incorporación de la **leche de soya refrigerada de marca Silk** a la lista de sustitutos de la leche.**



# Declaración Médica

**Medical Statement**

A state licensed healthcare professional who is authorized to write medical prescriptions under state law or registered dietitian must complete Parts 2 and 3 and sign this form. In the Florida CCFP, a licensed medical professional is a Physician, Physician's Assistant and Nurse Practitioner (ARNP). A Registered Dietitian (RD) may also complete and sign the form. The parent or guardian must complete Part 1.

**PART 1: GENERAL INFORMATION - Completed by the parent/guardian**

First and Last Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Name of Center/Care Provider \_\_\_\_\_

Name of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Telephone Number \_\_\_\_\_

**PART 2: ACCOMMODATIONS - Completed by a licensed medical professional**

How does the participant's physical or mental impairment restrict their diet? \_\_\_\_\_

What food(s)/type(s) of food must be omitted? Please be specific. \_\_\_\_\_

<p>If a "Cow's Milk"/Dairy allergy, can the child eat the following:</p> <p>1. Milk/Dairy products in baked goods? Y or N</p> <p>2. Milk/Dairy products like Mac &amp; Cheese/Alfredo sauce? Y or N</p> <p>3. Yogurt? Y or N</p> <p>4. Cheese? Y or N</p> <p>List food(s) to be substituted for omitted food(s). (Avoid specific brand names, if possible)</p>	<p>If Eggs/Whole Eggs are listed as an allergy but stated can be "cooked in", can the child eat the following:</p> <p>1. Baked breads with egg ingredient? Y or N</p> <p>2. French toast? Y or N</p> <p>3. Foods with mayonnaise as an ingredient? Y or N</p>
--	---

Additional comments: \_\_\_\_\_

Texture modification (Complete if needed):

Pureed  Ground  Bite-size Pieces  Other (specify) \_\_\_\_\_

**PART 3: SIGNATURE - Completed by a licensed medical professional or registered dietitian**

Licensed medical professional's name \_\_\_\_\_ Title:  Physician  Nurse Practitioner (ARNP)  Physician Assistant  Registered Dietitian (RD)

Signature of licensed medical professional or registered dietitian \_\_\_\_\_ Date signed \_\_\_\_\_

Medical office name and address \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_

This institution is an equal opportunity provider. May 2024

<p>If a "Cow's Milk"/Dairy allergy, can the child eat the following:</p> <p>1. Milk/Dairy products in baked goods? Y or N</p> <p>2. Milk/Dairy products like Mac &amp; Cheese/Alfredo sauce? Y or N</p> <p>3. Yogurt? Y or N</p> <p>4. Cheese? Y or N</p>	<p>If Eggs/Whole Eggs are listed as an allergy but stated can be "cooked in", can the child eat the following:</p> <p>1. Baked breads with egg ingredient? Y or N</p> <p>2. French toast? Y or N</p> <p>3. Foods with mayonnaise as an ingredient? Y or N</p>
---	---

**Title:**

Physician  Nurse Practitioner (ARNP)

Physician Assistant  Registered Dietitian (RD)

**Dietista Registrado**



### Dietary Preference Request Form

It is considered a dietary preference when you eat certain foods, or eliminate them from the diet, due to a general health concern and/or preference. This is not related to a disability. For example: religious, ethnic, vegetarian, vegan. CCFP institutions/facilities are not required to, but strongly encouraged, to make meal modifications due to preference. All substituted foods MUST meet CCFP meal pattern requirements in order to be claimed.

Child's First and Last Name	Date of Birth
Name of Center/Care Provider	
Name of Parent/Guardian	Phone Number
<b>Dietary Preference (check all that apply):</b>	
<input type="checkbox"/> My child does not have a medical need or disability but I am requesting a dietary accommodation based on a dietary preference. (Complete dietary accommodations section below)	
<input type="checkbox"/> My child does not have a medical need or disability but I am requesting that they be served an approved fluid milk substitute in place of cow's milk: _____	
<b>Dietary Accommodations:</b> List reason(s) for requested accommodation(s):	
List specific food items to be omitted and substitutions requested below: (All food items MUST meet CCFP meal pattern requirements in order to be claimed.)	
Foods to be Omitted	Foods to be Substituted
<b>Parent/Guardian may supply ONE food item per meal (food supplied MUST meet CCFP meal pattern requirements). Check below and list food item(s) that will be supplied by parent/guardian</b>	
<input type="checkbox"/> I will provide the following food item(s): _____	
Parent Signature: _____ Date: _____	
Printed Name: _____ Phone Number: _____	
This request <input type="checkbox"/> will be accommodated <input type="checkbox"/> will not be accommodated by the child care center	
<small>This institution is an equal opportunity provider. April 2024 Sample</small>	

# Solicitud de Preferencia Alimentaria

El padre/tutor puede proporcionar UN alimento por comida (los alimentos suministrados por los padres DEBEN cumplir con los requisitos del patrón de comidas del CCFP). Marque a continuación y enumere los alimentos que proporcionará el padre/tutor.





# Sustitutos de Leche

## Creditable Non-Dairy Beverages Approved for Use in the CCFP

Find these on store shelves:  
(shelf-stable)

For  
Children  
Ages 1-5  
(Unflavored  
Only)



Kikkoman Pearl Organic Soy milk Smart Original



Silk Original Soy milk



Pacific Ultra Soy Original



Ripple Original Dairy Free Milk



Sunrich Naturals Original Soy milk

For  
Children  
Ages 6  
and Older  
(Flavored)



Kikkoman Pearl Organic Soy milk Smart Vanilla



Kikkoman Pearl Organic Soy milk Smart Chocolate



Ripple Vanilla Dairy Free Milk



Ripple Chocolate Dairy Free Milk



Sunrich Naturals Soy milk Vanilla



Silk Soy milk Very Vanilla



Silk Soy milk Chocolate

Find these in  
the refrigerated  
section:



Silk Original Soy milk



Better Goods Original Soy milk (formerly "Great Value" brand)



8th Continent Soy milk Original



8th Continent Soy milk Vanilla



# Kidkare – “Seleccionar Todos”

Menus/Attendance > Attendance & Meal Count

06/23/2023 All Classrooms Lunch Meal Time: 11:45 AM - 01:00 PM Save

Totals IN (12) OUT (5) B 0 A 12 L 12 P 0 Staff Meal Count 0 Daily Attendance **Select All**

Classroom Bumble Bee IN (8) OUT (0) B 0 A 8 L 8 P 0

Chicken Little (SD) 6 y LA ATT <input checked="" type="checkbox"/>	Daffy Duck (SD) 3 y AL ATT <input checked="" type="checkbox"/>	Dora Explorer 10 y AL ATT <input checked="" type="checkbox"/>	Fancy Nancy 5 y AL ATT <input checked="" type="checkbox"/>	Hello Kitty 5 y AL ATT <input checked="" type="checkbox"/>	I am Groot 1 y AL ATT <input checked="" type="checkbox"/>
Peppa Pig 5 y AL ATT <input checked="" type="checkbox"/>	Stanley Moon 5 y AL ATT <input checked="" type="checkbox"/>				

Classroom Butterflies IN (1) OUT (0) B 0 A 1 L 1 P 0

Boss Baby (SD) 3 y AL ATT <input checked="" type="checkbox"/>
--





- Children
- eForms
- Menus/Attendance
  - Attendance & Meal Count
  - Daily Menu
  - Menu Templates
  - Menu Calendar
- Calendar
- Claims
- Parachute
- Reports
- Administration
- Messages
- Get Help

Meal Time: 07:00 AM - 09:00 AM

<< 08/29/2024 >>    3-5    << Breakfast >>    Save    🔍

Daily Attendance

Classroom 3-5    IN (0)    OUT (46)    B 0    L 0    P 0

Barranco, Alinita (SD) 3 y <input type="checkbox"/>	Cadogan, Lerna 4 y <input type="checkbox"/>	Campbell, Herbert 4 y <input type="checkbox"/>	Casas, Sandra 3 y <input type="checkbox"/>
Davis, Sarah 5 y <input type="checkbox"/>	Diaz, Alex 5 y <input type="checkbox"/>	Edri, Sammi 3 y <input type="checkbox"/>	Frank, Wilma 3 y <input type="checkbox"/>

A decorative border surrounds the central text, featuring watercolor-style illustrations of various vegetables. In the top left, there is a green leaf, a red chili pepper, and a yellow pepper. In the top right, there is a green leaf, a yellow pepper, and a head of broccoli. In the bottom left, there is a green leaf, a leek, and two red tomatoes. In the bottom right, there is a carrot with green stalks and a green leaf. The background is a light beige color with faint watercolor splatters and small green dots.

02

# Errores Comunes





# Bloqueo de Comidas



- ❖ **Bloqueo** de Comidas es reclamar exactamente el mismo número de comidas durante **15 o mas días consecutivos**
- ❖ El conteo de comidas **NO debe basarse en los registros** de asistencia, los recibos de entrega de la cantina o las inscripciones.
- ❖ **EL bloqueo de comidas se considera un uso indebido de los fondos del CCFP.**
  - Family Central puede contactar a los hogares para verificar la asistencia real y el servicio de comidas.**
- ❖ Se pueden tomar medidas adicionales según sea necesario.





# Conteo de Comidas Vs Cantina

## Pociones Requeridas

Cuando un centro **sirve mas comidas de las ordenadas** a la cantina, esto resulta en que los niños **NO reciban la porción requerida.**

## Conteo de Comidas

El conteo de comidas **DEBE revisarse** periódicamente para garantizar que se pidan suficientes comidas **para cada grupo por edades.**

## Vacaciones

Asegúrese de pedir comidas adicionales según sea necesario para las vacaciones escolares u otros días en los que puedan asistir niños adicionales.





**Revise regularmente sus conteos de comidas**

**Recibo de la Cantina**

Group: Family Central  
Lunch Menu: Menu A  
Breakfast Menu: Menu A

	1	2	3-5	6-12	Totals
Breakfast	5	3	6	5	19
Lunch	5	3	6	5	19
Snack	5	3	6	5	19
Dinner	0	0	0	0	0

**COMPARE ESTO**

**Reporte de Conteo de Comidas por Edades**

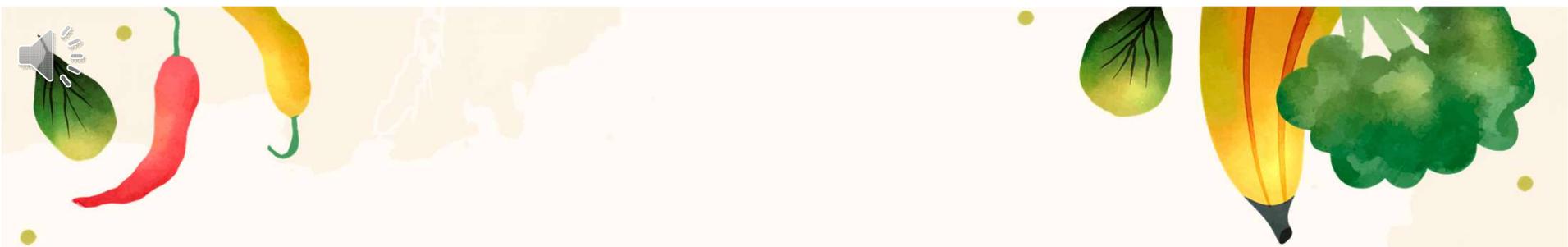
Family Central, Inc. License: Center  
Claim Month: July 2021

Monthly Claimed Meal Counts by Age Group

Date	ATTENDANCE	Breakfast						Lunch						P.M. Snack														
		0-4 MONTHS	5-11 MONTHS	1 YEAR	2 YEARS	3-5 YEARS	6-12 YEARS	13-18 YEARS	ADULT	TOTAL	0-4 MONTHS	5-11 MONTHS	1 YEAR	2 YEARS	3-5 YEARS	6-12 YEARS	13-18 YEARS	ADULT	TOTAL									
07/01/2021	21																											
07/02/2021	22																											
07/05/2021	15																											
07/06/2021	18																											
07/07/2021	19																											
07/08/2021	18																											
07/09/2021	19																											
07/12/2021	19																											
07/13/2021	19																											
07/14/2021	20																											
07/15/2021	20																											
07/16/2021	20																											
07/19/2021	19																											
07/20/2021	17																											
07/21/2021	20																											
07/22/2021	22																											
07/23/2021	21																											
07/26/2021	20																											
07/27/2021	20																											
07/28/2021	18																											
07/29/2021	20																											
07/30/2021	18																											
<b>Totals</b>	<b>426</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>119</b>	<b>107</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>382</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>119</b>	<b>107</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>382</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>119</b>	<b>107</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>382</b>

**CON ESTO**





03

# Discapacidades en el CCFP





# Discapacidades en el CCFP

- ❖ Los proveedores de cuidado infantil deben hacer modificaciones razonables a las comidas para adaptarse a las discapacidades que restringen la dieta de un niño
- ❖ **Una discapacidad** significa cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o mas de las “actividades principales de la vida”.
  - “Las actividades principales de la vida” incluyen las habilidades para alimentarse y hacer digestión.
  - Una discapacidad física o mental no necesita representar peligro de muerte para constituir una discapacidad.
  - Ejemplos de discapacidad pueden incluir: diabetes, alergia/intolerancia alimentaria, retraso en el desarrollo y autismo.





# Necesidades Especiales en el CCFP

Medical Statement	
<small>A state licensed healthcare professional who is authorized to write medical prescriptions under state law or registered dietitian must complete Parts 2 and 3 and sign this form. In the Florida CCFP, a licensed medical professional is a Physician, Physician's Assistant and Nurse Practitioner (ARNP). A Registered Dietitian (RD) may also complete and sign the form. The parent or guardian must complete Part 1.</small>	
<b>PART 1: GENERAL INFORMATION - Completed by the parent/guardian</b>	
First and Last Name	Date of Birth
Name of Center/Care Provider	
Name of Parent/Guardian	Telephone Number
<b>PART 2: ACCOMMODATIONS - Completed by a licensed medical professional</b>	
How does the participant's physical or mental impairment restrict their diet?	
What food(s)/type(s) of food must be omitted? Please be specific.	
<small>If a "Soy's Milk/Dairy allergy, can the child eat the following:</small>	<small>If Eggs/Whole Eggs are listed as an allergy but stated can be "cooked in", can the child eat the following:</small>
1. Milk/Dairy products in baked goods? Y or N	1. Baked breads with egg ingredient? Y or N
2. Milk/Dairy products like Mac & Cheese/Alfredo sauce? Y or N	2. French toast? Y or N
3. Yogurt? Y or N	3. Foods with mayonnaise as an ingredient? Y or N
4. Cheese? Y or N	
List food(s) to be substituted for omitted food(s). (Avoid specific brand names, if possible)	
Additional comments:	
Texture modification (Complete if needed):	
<input type="checkbox"/> Pureed	<input type="checkbox"/> Ground
<input type="checkbox"/> Bite-Size Pieces	<input type="checkbox"/> Other (specify)
<b>PART 3: SIGNATURE - Completed by a licensed medical professional or registered dietitian</b>	
Licensed medical professional's name	Title: <input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner (ARNP) <input type="checkbox"/> Physician Assistant <input type="checkbox"/> Registered Dietitian (RD)
Signature of licensed medical professional or registered dietitian	Date signed
Medical office name and address	Phone number
<small>This institution is an equal opportunity provider. May 2024</small>	

- ❖ Cuando se realizan sustituciones y no se cumple el patrón de comida se **requiere** una **Declaración Médica**.
- ❖ El padre o tutor puede suministrar uno o mas componentes siempre y cuando el proveedor proporcione al menos un componente.
- ❖ El proveedor no puede exigir a los padres que traigan el sustituto.

**Los proveedores de cuidado infantil que no realizan las modificaciones apropiadas para niños con discapacidad estarían violando las leyes federales de derechos civiles**

# Modificaciones Dentro del Patrón de Comida

- ❖ Las comidas con sustituciones que cumplen con **TODOS** los requisitos del patrón de comidas son reembolsables y no se necesita una declaración medica.
- ❖ Un formulario de “**Preferencia Dietética**” o una nota del padre/tutor debe estar en el archivo.
- ❖ Un padre/tutor puede proporcionar **SOLO UN** componente, siempre que el proveedor proporcione todos los demás componentes requeridos.

**Cualquier componente proporcionado por los padres debe ser acreditable.**

Dietary Preference Request Form	
<small>It is considered a dietary preference when you eat certain foods, or eliminate them from the diet, due to a general health concern and/or preference. This is not related to a disability. For example: religious, ethnic, vegetarian, vegan. CCFP institutions/facilities are not required to, but strongly encouraged, to make meal modifications due to preference. All substituted foods MUST meet CCFP meal pattern requirements in order to be claimed.</small>	
<small>Child's First and Last Name</small>	<small>Date of Birth</small>
<small>Name of Center/Care Provider</small>	
<small>Name of Parent/Guardian</small>	<small>Phone Number</small>
<b>Dietary Preference (check all that apply):</b>	
<input type="checkbox"/> My child does not have a medical need or disability but I am requesting a dietary accommodation based on a dietary preference. (Complete dietary accommodations section below)	
<input type="checkbox"/> My child does not have a medical need or disability but I am requesting that they be served an approved fluid milk substitute in place of cow's milk: _____	
<b>Dietary Accommodations:</b>	
<small>List reason(s) for requested accommodation(s):</small>	
<small>List specific food items to be omitted and substitutions requested below: (All food items MUST meet CCFP meal pattern requirements in order to be claimed.)</small>	
<b>Foods to be Omitted</b>	<b>Foods to be Substituted</b>
<small>Parent/Guardian may supply ONE food item per meal (food supplied MUST meet CCFP meal pattern requirements). Check below and list food item(s) that will be supplied by parent/guardian</small>	
<input type="checkbox"/> I will provide the following food item(s): _____	
<small>Parent Signature:</small> _____	<small>Date:</small> _____
<small>Printed Name:</small> _____	<small>Phone Number:</small> _____
<small>This request <input type="checkbox"/> will be accommodated <input type="checkbox"/> will not be accommodated by the child care center</small>	
<small>This institution is an equal opportunity provider. April 2024 Sample</small>	



# Sustituciones de la Leche

- ❖ El centro o el padre pueden proporcionar una bebida no láctea que sea **nutricionalmente equivalente a la leche líquida**.
- ❖ Para que la comida sea reembolsable, la bebida debe estar incluida en la **"Lista de Sustitución de Leche Aprobada"** actual de CCFP.
- ❖ **Se requiere** un formulario de **"Preferencia Dietética"** o una nota del padre/tutor solicitando el sustituto de la leche nutricionalmente equivalente si no hay una declaración médica.
  - **La nota debe indicar si el padre o el centro proporcionara el sustituto de la leche**
- ❖ Todos los demás sustitutos de leche (Ej. bebida de almendra, de arroz o de coco) **NO se considera nutricionalmente equivalentes a la leche de vaca líquida y requieren una declaración médica.**





# Para Niños de Uno a Cinco Años

Las siguientes bebidas no lácteas cumplen con los estándares nutricionales requeridos para las sustituciones de leche aprobadas

## Larga Duración



**Kikkoman Pearl  
Organic Soymilk  
Smart Original**



**Silk Original  
Soymilk**



**Pacific Ultra  
Soy Original**



**Ripple  
Original Dairy  
Free Milk**



**Sunrich  
Naturals  
Original  
Soymilk**

## Refrigerada



**Silk  
Original  
Soymilk**



**Better Goods  
Original Soymilk  
(formerly "Great  
Value" brand)**



**8th Continent  
Soymilk  
Original**





# Para Niños de Seis Años en Adelante

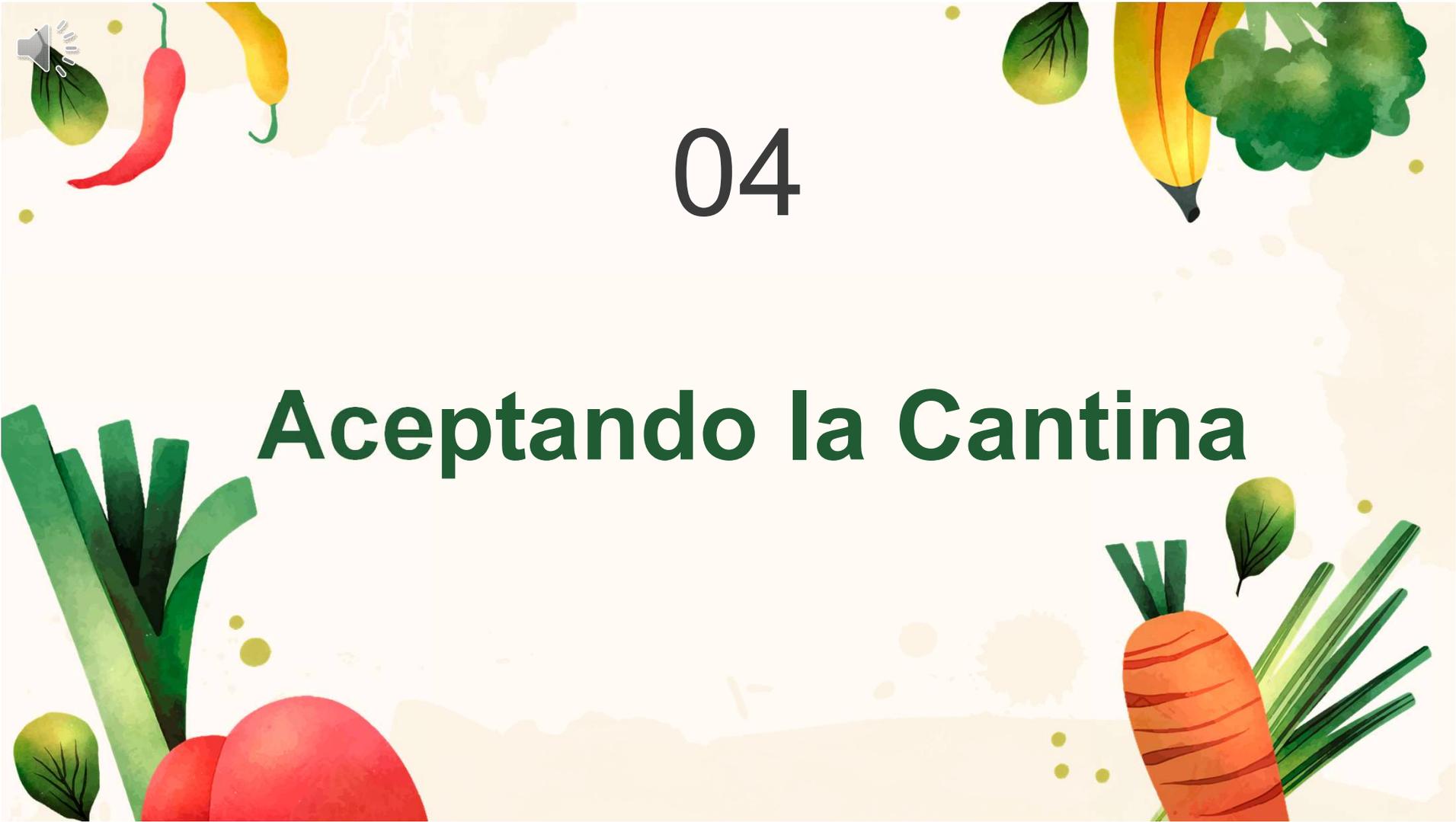
Las bebidas enumeradas anteriormente y las siguientes cumplen con los estándares nutricionales requeridos para las sustituciones de leche aprobadas

## Larga Duración



## Refrigerada



A decorative border surrounds the page, featuring watercolor-style illustrations of various vegetables: a red chili pepper, a yellow pepper, a green leaf, a green tomato, a yellow corn cob, and a head of green broccoli at the top; and a green leek, a red tomato, and a carrot with green stalks at the bottom. A small grey speaker icon is located in the top left corner. The background is a light beige color with faint, abstract shapes.

04

# Aceptando la Cantina



# Tiempo de Entrega



## Horario

Las comidas **no deben llegar** antes de 3 horas de la hora de almuerzo programada del centro



## Tardanza

Si la entrega de la comida se **retrasa**, el centro tiene derecho a rechazar la entrega



## Rechazo

Es posible que se rechace una comida y se acepte otra



# Temperaturas en la Entrega

- ❖ Bajo el contrato de Family Central, los componentes calientes deben entregarse a una temperatura de **140°F o mayor**.
- ❖ Los centros con su propio contrato de cantina pueden recibir los componentes calientes a una temperatura de **135°F o mayor**.
- ❖ Los componentes fríos deben recibirse con temperatura de **41°F o menor**

Las temperaturas deben estar escritas en los recibos de entrega

DIANA FOOD GROUP  
4020 N.E. 10TH WAY  
PCMPANO BEACH, FL 33064  
Phone: (954) 788-2749 Fax: (954) 788-3662

Delivery Date: 3/13/2018  
Week: 4 Day: Tuesday

Group: Family Central  
Lunch Menu: Menu B - FC  
Breakfast Menu: Menu B - FC

	1	2	3-5	6-12	Totals
Breakfast	4	12	32	0	48
Lunch	4	12	40	0	56
Snack	4	12	36	18	70
Dinner	0	0	0	0	0

Container	Description	Portion Sizes				Packing Time/Temp
		1	2	3-5	6-12	
<b>Lunch Items - Hot</b>						
Deep	Chicken Nuggets(Serv size 1.5oz/2oz/M) 80 pc	4 pc	4 pc	4 pc	8 pc	135°F
Deep	Chicken Nuggets(Serv size 1.5oz/2oz/M) w/ 64 pc	4 pc	4 pc	4 pc	8 pc	
Deep	Winter Squash(Serv size 2oz/4oz)	2	2	2	4	
Shallow	Winter Squash(Serv size 2oz/4oz)	2	2	2	4	
<b>Lunch Items - Cold</b>						
16 oz	Honey Mustard(Serv size 0.25oz)	0.25 oz	0.25 oz	0.25 oz	0.25 oz	41°F
Bag	Hot Soft (24 ct)(Serv size 0.5pc/1pc)	1 pc	1 pc	1 pc	1 pc	
Bag	Hot Soft (24 ct)(Serv size 0.5pc/1pc) w/ 8 pc	1 pc	1 pc	1 pc	1 pc	
32 oz cont.	Tomatoes (Sliced)(Serv size 1/4)	2 pc	2 pc	2 pc	3 pc	
32 oz cont.	Tomatoes (Sliced)(Serv size 1/4) w/ 22 pc	2 pc	2 pc	2 pc	3 pc	
<b>Afternoon Snack</b>						
Full	Bread (WG)(Serv size 1 stk)	1 st	1 st	1 st	1 st	41°F
Full	Bread (WG)(Serv size 1 stk) w/ 4 st	1 st	1 st	1 st	1 st	
Tray	Cheese (Cubed/8oz)(Serv size 1pc/1/2)	1 st	1 st	1 st	2 st	
<b>Next Day Breakfast</b>						
Full	Bread (WG)(Serv size 1 stk)	1 st	1 st	1 st	1 st	41°F
Full	Bread (WG)(Serv size 1 stk) w/ 4 st	1 st	1 st	1 st	1 st	
half	Butter(Serv size 0.2oz/0.4 oz)	0.2 oz	0.2 oz	0.2 oz	0.2 oz	
quarter	Butter(Serv size 0.2oz/0.4 oz)	0.2 oz	0.2 oz	0.2 oz	0.2 oz	41°F
Tray	Cheese (Provolone)8oz (Serv size 1oz)	1 pc	1 pc	1 pc	1 pc	
Bag	Seasonal Fresh Fruit (BK) (Serving size 1 w/ 8 pc)	1 pc	1 pc	1 pc	1 pc	
Bag	Seasonal Fresh Fruit (BK) (Serving size 1, 40 pc)	1 pc	1 pc	1 pc	1 pc	

Milk	
Light Blue (1%)	
COND	
COND	
Milk (Whole)	
COND	



# Alimentos Descompuestos y Nocivos

## Alimentos Descompuestos

Los alimentos en mal estado incluyen alimentos enmohecidos o que no están a una temperatura segura.

## Alimentos Nocivos

Se considera alimento nocivo cualquier alimento cuya calidad no sea la adecuada para el consumo infantil (alimentos quemados, alimentos mal cocidos, etc.)

**Family Central tiene la obligación de informar TODOS los incidentes reportados de entregas de alimentos en mal estado al DOH, quien a su vez informa la incidencia al organismo regulador del servicio de alimentos Departamento de Regulación Comercial y Profesional (DBPR)**





# Rechazar la Entrega de comida

**La comida debe ser rechazada si se observa lo siguiente:**

- ❖ A discreción del centro, se puede rechazar si la entrega es demasiado tarde, o si llega antes de tres horas de la hora de almuerzo.
- ❖ Las sustituciones de menú se realizaron sin la aprobación previa de FCI y no están documentadas en los recibos de entrega.
- ❖ Los componentes están :
  - ✓ Fuera de temperatura seguras.
  - ✓ Faltan componentes de la comida o no se entregaron en las cantidades requeridas.
  - ✓ Los componentes están en mal estado.





# Tenga un Plan de Emergencia!

Shelf Stable Sample Menu					
Certain sites must purchase all items as single serve items while others have the flexibility to buy in bulk. Consult with local licensing agency for packaging and preparation requirements.					
Breakfast	Milk Ages 1-5: six oz.; Ages 6-10: eight oz.	Shelf stable milk (UHT)	Shelf stable milk (UHT)	Shelf stable milk (UHT)	Shelf stable milk (UHT)
	Vegetable/Fruit Juice Ages 1-10: ½ c	Peaches	Dried cranberries	Pineapple	Pears
Lunch/Supper	Grains/Breads Ages 1-5: ½ slice/serving, ¼ c Ages 6-10: 1 slice/serving, ¼ c	Cheerios	Life Original cereal	Scooters cereal	Wheat Chex cereal
	Milk Ages 1-5: six oz.; Ages 6-10: eight oz.	Shelf stable milk (UHT)	Shelf stable milk (UHT)	Shelf stable milk (UHT)	Shelf stable milk (UHT)
Snack	Meat/Meat Alternate Ages 1-5: 1 ½ oz Ages 6-10: 2 oz	Peanut or Soy Butter & shelf stable cheese	Tuna Salad*	Black Beans (or other beans)	Chicken Salad*
	Vegetable Ages 1-5: ¼ c; Ages 6-10: ½ c	Green Peas	Carrots	Corn	Green Beans
	Fruit or Vegetable Ages 1-10: ¼ c	Pineapple	Fruit Cocktail	Mandarin Oranges	Raisins
	Grains/Breads Ages 1-5: ½ slice/serving, ¼ c Ages 6-10: 1 slice/serving, ¼ c	Crackers	100% Whole grain crackers	Tortilla chips	Pretzels
Snack	Milk	100% Fruit juice	Applesauce	4 fl oz Low-fat milk (UHT)	100% Fruit juice
	Meat/Meat Alternate Vegetable Fruit/Juice Grains/Breads	Tortilla chips	Pretzels	Kix cereal	Peanut butter crackers

- ❖ Menu no perecedero
- ❖ Siga el patrón de comida requerido
- ❖ Enviar recibos detallados con el reclamo mensual





# Recibos de Entrega

Delivery Date: 3/13/2018  
Week: 4 Days: Tuesday

**DIANA FOOD GROUP**  
4830 N.E. 15TH WAY  
PORTLAND BEACH, FL 32064  
Phone: (904) 786-2748 Fax: (904) 786-3002

Shrimp Family Center  
Lunch Menu: 11:30 - 12:30  
Breakfast Menu: 8:00 - 10:00

Qty	Quantity	Parties Served	Parties Served	Packing	Receiving
		S	M	Time/Temp	Time/Temp
<b>Lunch Menu - Hot</b>					
1	Shrimp	Chicken Papadum/Chicken with 1/2 Chicken/1/2 Chicken	1	1	1
1	Shrimp	Chicken Papadum/Chicken with 1/2 Chicken/1/2 Chicken	1	1	1
1	Shrimp	Chicken Papadum/Chicken with 1/2 Chicken/1/2 Chicken	1	1	1
1	Shrimp	Chicken Papadum/Chicken with 1/2 Chicken/1/2 Chicken	1	1	1
<b>Lunch Menu - Cold</b>					
1	Hot	Hot 2/2 (2/2 Chicken with 1/2 Chicken)	1	1	1
1	Hot	Hot 2/2 (2/2 Chicken with 1/2 Chicken)	1	1	1
1	Hot	Hot 2/2 (2/2 Chicken with 1/2 Chicken)	1	1	1
1	Hot	Hot 2/2 (2/2 Chicken with 1/2 Chicken)	1	1	1
<b>Afternoon Snack</b>					
1	Hot	Hot 2/2 (2/2 Chicken with 1/2 Chicken)	1	1	1
1	Hot	Hot 2/2 (2/2 Chicken with 1/2 Chicken)	1	1	1
1	Hot	Hot 2/2 (2/2 Chicken with 1/2 Chicken)	1	1	1
<b>Next Day Breakfast</b>					
1	Hot	Hot 2/2 (2/2 Chicken with 1/2 Chicken)	1	1	1
1	Hot	Hot 2/2 (2/2 Chicken with 1/2 Chicken)	1	1	1
1	Hot	Hot 2/2 (2/2 Chicken with 1/2 Chicken)	1	1	1
1	Hot	Hot 2/2 (2/2 Chicken with 1/2 Chicken)	1	1	1

Signature: \_\_\_\_\_ Date: 3/13/2018  
Time: 9:30 AM

- ❖ **El nombre del centro** donde se entregan las comidas.
- ❖ **Fecha y hora** de entrega.
- ❖ **Componentes de comidas** individuales para cada tipo de comida y grupo de edad.
- ❖ **Número de comidas entregadas** para cada grupo de edad.
- ❖ **Temperaturas** para artículos fríos y calientes.
- ❖ **Nombre y firma del conductor** que realiza la entrega de la comida.
- ❖ **Nombre y firma del representante del centro** que acepta la entrega.

**¡Los recibos de entrega con información faltante podrían resultar en la anulación de la comida para toda la entrega!**



# Reporte de Deficiencias

- Se **REQUIERE** reportar las faltas de la cantina cada vez que se observa una deficiencia durante el servicio de comidas, **incluso si se a corregido el problema.**
- Envíe por fax o correo electrónico a FCI inmediatamente; **no enviar a la cantina.**

**No envíe copias con el reclamo, guárdelas para su registros.**

The image shows a sample 'Caterer Deficiency Report' form from Family Central, Inc. The form is titled 'Caterer Deficiency Report - Sample' and 'Caterer Deficiency Report - Nutrispa, Inc.'. It includes a section for 'CHILD CARE CENTER INFORMATION' with fields for 'Center Name' and 'Date of Incident'. Below this is a section for 'PLEASE CHECK THE DEFICIENCY THAT APPLIES TO THE REPORT:' with several checkboxes and 'Missing' indicators for items like 'Food not delivered on time', 'Hot food delivered below 140°F', 'Cold food delivered above 41°F', 'Delivery does not include all meal components', 'Delivery does not include the quantity ordered', 'Delivery does not include the supplies requested', and 'Delivered food that is spoiled or unwholesome'. There are also fields for 'Delivery Time', 'Temperature', and 'Other deficiency'. At the bottom, there are signature lines for 'Center Representative Signature', 'ONSOR Response/Action', 'Center Representative Signature', and 'CENTER Comments/Action', each with a corresponding 'Date' field.



# Sustitución de Comidas

- ❖ Si la cantina necesita proporcionar una sustitución, tanto Family Central como el servicio de la cantina deben estar de acuerdo antes de la entrega.
    - **Los centros deben ser notificados de la sustitución del menú y estas deben anotarse en el menú publicado del centro.**
    - **Se debe enviar una copia de las sustituciones del menú a Family Central con la documentación del reclamo mensual.**
  - ❖ Por favor continúe reportando a Family Central, por medio del **Reporte de Deficiencia de la Cantina**, con respecto a los artículos no recibidos para que podamos discutir alternativas con usted y la cantina
- 
- 

The slide features a decorative border with various vegetables and a speaker icon. In the top left, there is a speaker icon, a green leaf, a red chili pepper, and a yellow pepper. In the top right, there is a green leaf, a yellow pepper, and a head of broccoli. In the bottom left, there is a green leaf, a red tomato, and a green leaf. In the bottom right, there is a carrot with green leaves and a green leaf. The background is a light beige color with some faint, abstract shapes.

05

# Seguridad Alimentaria y Saneamiento

# EL LAVADO DE LAS MANOS

Mantente sano. ¡Lávate las manos!



**1** Mójate las manos.



**2** Aplícate el jabón.



**3** Frótate las manos enjabonadas por el tiempo que se toma en cantar "Feliz Cumpleaños" o por 20 segundos.



**4** Restriégate las puntas de los dedos y entre los dedos. ¡Haz mucha espuma!



**5** Restriégate justo debajo de las muñecas.



**6** Enjuágate. ¡Lávate todas las burbujitas!



**7** Sécate las manos con una toalla de papel.



**8** Cierra el agua con la toalla. Tira la toalla en la basura.





# El personal siempre debe usar guantes al preparar alimentos

Considere siempre usar guantes durante el servicio de alimentos, incluso si ya se ha lavado las manos

Lavarse las manos antes y después de usar guantes

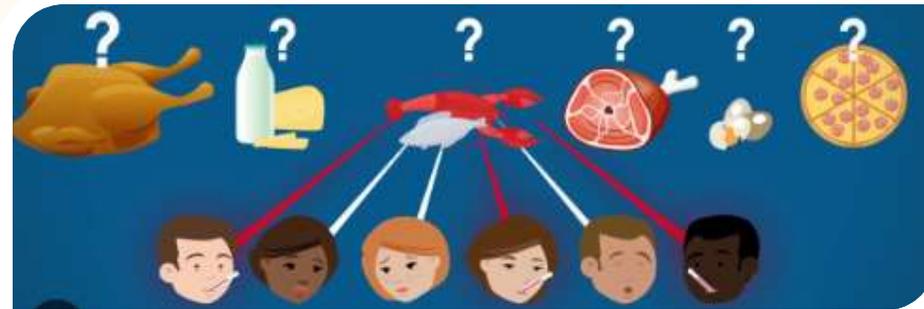
Cambie los guantes según sea necesario





# Transmisión de Enfermedades

- ❖ Una enfermedad transmitida por alimentos puede ser cualquier padecimiento causado por comer alimentos o bebidas contaminadas.
- ❖ Prevenir y proteger a los niños de las enfermedades transmitidas por los alimentos es una responsabilidad importante.
- ❖ Los niños menores de 5 años corren un riesgo especial de contraer enfermedades transmitidas por alimentos.





# Servir Alimentos de Forma Segura

Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
			
LIMPIAR 	SEPARAR 	COCINAR 	ENFRIAR 

Cuatro pasos para lograr la seguridad de los alimentos





# Servir Alimentos de Forma Segura

- ❖ Se proporcionan unidades de calentamiento eléctricas o Cambro para almacenar adecuadamente los componentes de las comidas calientes.

**Recuerde limpiarlas con regularidad y mantenerlas limpias.**

*Los alimentos calientes deben colocarse inmediatamente en las unidades de calentamiento después de verificar su temperatura de entrega.*

- ❖ Los alimentos deben almacenarse por lo menos a seis pulgadas del piso.
- ❖ Todos los alimentos deben estar en su empaque original o colocarlos en un recipiente sellado y etiquetado



# Refrigeración

- ❖ Debe tener termómetros funcionales en el refrigerador y el congelador en todo momento.
- ❖ No dejar por fuera de la nevera o en los mostradores los alimentos que requieren frío.
- ❖ Verifique regularmente que los termómetros estén:
  - ✓ En buen estado
  - ✓ Accesibles

**Congelador:**  
**0°F o menos**

**Refrigerador:**  
**41°F o menos**



The slide features a decorative border with various vegetables and a speaker icon. In the top left, there is a speaker icon, a green leaf, a red chili pepper, and a yellow pepper. In the top right, there is a green leaf, a yellow pepper, and a head of broccoli. In the bottom left, there is a green leaf, a leek, and two red tomatoes. In the bottom right, there is a carrot with green leaves and a green leaf. The background is a light beige color with some faint, abstract shapes.

06

# Recordatorios del Programa

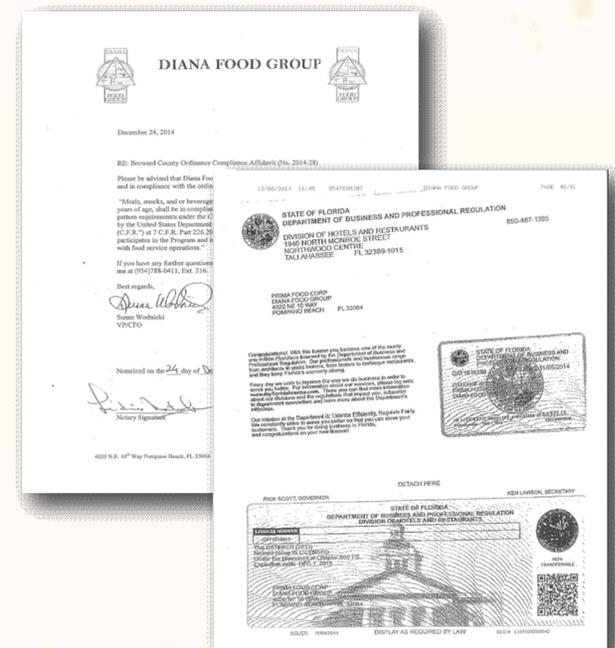




# Condado Broward

Debe tener una declaración jurada, firmada y notariada en el archivo que certifique que todas las comidas, refrigerios y/o bebidas servidas a bebés o niños de uno (1) a dos (2) años de edad deberán cumplir con las reglas y regulaciones para los requisitos de patrones de comidas bajo el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos.

**Centros con el servicio de cantina en Broward**: también deben tener una copia de la licencia comercial de la cantina.





# Pizza y Servicio de Comidas

- ❖ Si compra y sirve pizza de un restaurante, debe tener una **Declaración de Formulación del Producto (PFS)** en el archivo que documente la cantidad de componentes acreditables en la pizza.  
**Ya no es aceptable pedir pizza con mas queso o mas carne**
  - ❖ Los siguientes dos restaurantes son los únicos que cumplen con los estándares del patrón de comidas del CCFP:
    - ✓ **Pizza Hut - School Lunch Pizza 14" or 16" - 8-cut pizza**
    - ✓ **Domino's - Smart Slice 14" - 8-cut pizza**
  - ❖ Si tiene el servicio de cantina, tenga en cuenta que **no es posible que la cantina le entregue pizza de ninguna pizzería local**. Esto se considera subcontratación, lo que no esta permitido bajo el contrato de la cantina.
- 



# Comunicación

FCI **debe** tener la información de contacto **actualizada** en los archivos cada vez que hay un cambio en el personal

**Envíe el formulario de contacto de emergencia anualmente o cada vez que tenga un cambio de director**

Lea la correspondencia!

Utilice nuestro sitio web para imprimir cualquier formulario





# Aplicaciones

- ❖ No usar corrector de tinta
- ❖ Es preferible usar bolígrafo de **tinta azul** en las aplicaciones
- ❖ El lápiz y bolígrafo de **tinta roja** no están permitidas
- ❖ Si el padre comete un error en la aplicación, debe ***tachar, escribir las iniciales y la fecha***
- ❖ No imprima aplicaciones de CX/Kidkare y no envíe aplicaciones sin firmar.





# Solicitud de Aplicaciones



- ❖ Para solicitar aplicaciones envíe un email a Lourdes Fernández: [lourdeshernandez@familycentral.org](mailto:lourdeshernandez@familycentral.org)

*Por favor, déjenos saber **ANTES** de que se quede sin aplicaciones, por lo menos con 5 días de anticipación.*

- ❖ Si viene a dejar su reclamo y necesita aplicaciones, déjenos saber antes de venir para que podamos tenerlas listas!

**CHILD CARE FOOD PROGRAM FREE AND REDUCED-PRICE MEAL APPLICATION - COMBO**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Center Name & Address: \_\_\_\_\_  
 Primary Hours of Care: From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_ Days of the Week in Care: M T W Th F S S Meals Typically Served While in Care: SR MS LU AS SU ES None  
 Please read the instructions and accompanying Parent Letter before completing this form. If you need assistance completing this form, call: (561) 724-7287.

**STEP 1: Complete the following table for all INFANT 1 and CHILDREN through age 13 that reside in the household, even if not related (include child listed at top of form)**

Child's Name (Last Name, First Name)	Age at Birth	Attends this Center/Program	Feeder/Child Support	Blended/Stepchild	Homeless/Unemployed
	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No
	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No
	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No

**STEP 2: Do any household members (children or adults) receive Food Assistance Program (FAP/NSAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) benefits?**  
 If NO, go to STEP 3. If YES, enter one of the following case numbers, then go to STEP 3.

FAP/NSAP Case Number: | | | | | | | | | | or TANF Case Number: | | | | | | | | | |

**STEP 3: Report Income Information** (see reverse side for adult's proof of income to report) **NOTE: Do not report a case # in STEP 3.**

Children's Income - sometimes children earn or receive income. Enter the total income received by all children listed in STEP 1, then check how often the income is received.  
 Children's Income - Total \$ \_\_\_\_\_ How often received? (check only one):  Weekly  Bi-Weekly  Twice a Month  Monthly  Annually

**STEP 4: Report Household Income and Public Assistance** (see reverse side for adult's proof of income to report) **NOTE: Do not report a case # in STEP 4.**

Adult Household Members and Income - list all adult household members (age 18 and over) even if they do not receive income. For each adult, list the total gross income (before taxes & deductions) from each source in whole dollars only (no cents) and how often it is received (i.e., weekly, bi-weekly, twice a month, monthly, or annually). For an adult that does not receive income from any source, write "None" or "0". If you enter "None" or "0" or leave the income fields blank, you are certifying that there is no income to report.

Adult Household Member's Name (Last Name, First Name)	Earnings from Work (\$ Amount / How often?)	Public Assistance/Child Support/Alimony (\$ Amount / How often?)	Pension/Retirement/Other Income (\$ Amount / How often?)
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____

Total Household Members (Add STEP 1 & 4): \_\_\_\_\_ Last four digits of Social Security Number (SSN) of adult household member: | | | | (If no SSN, write "None")

**STEP 5: Contact Information and Adult Signature**  
 By signing below, I am certifying (promising) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is being given in connection with the receipt of federal funds and that institution officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, I may be prosecuted under applicable state and federal laws.  
 Home address (if available): \_\_\_\_\_ Street Address, City, State, Zip Code \_\_\_\_\_ Daytime phone #: ( ) \_\_\_\_\_

Signature of adult household member: \_\_\_\_\_ Printed name: \_\_\_\_\_ Date signed: \_\_\_\_\_  
 I am required to ask for information about your child's ethnicity and race. This information is important and helps make sure that we are fully serving the community. Responding to this section is optional and does not affect your child's eligibility for free or reduced-price meals. Ethnicity (check one):  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino

**FOR DONOR/FACILITY USE ONLY**

Categorical Eligibility:  FAP/NSAP or TANF Household  Foster Child Total Household Size: \_\_\_\_\_ Total Household Income: \$ \_\_\_\_\_  
 Eligibility Determination:  Free  Reduced-Price  Non-eligible How Often Income is Received (Frequency):  Weekly  Biweekly  Twice a Month  Monthly  Annually  
 NOTE: If different income frequencies are listed, convert all income to an annual amount. Annual Income Conversion: Weekly x 52, Biweekly x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12  
 Reason for Non-eligible Status:  Income too High  Incomplete Application  Other Reason: \_\_\_\_\_  
 Determining Officer's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Second Party Check Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Revised 8/2016 Page 1 of 2 8/16





# Aplicaciones, Formulario de Infantes & Licencias Actualizadas

**Enviarlas a:**  
**[foodprogramdocs@familycentral.org](mailto:foodprogramdocs@familycentral.org)**



**No es necesario copiar en el correo a ninguno otro miembro del personal!**



# Revise sus seguimientos!

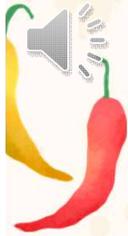
Pida a los padres que se pongan en contacto directamente con su especialista de reclamos

O

Envíe una aplicación nueva, sin errores

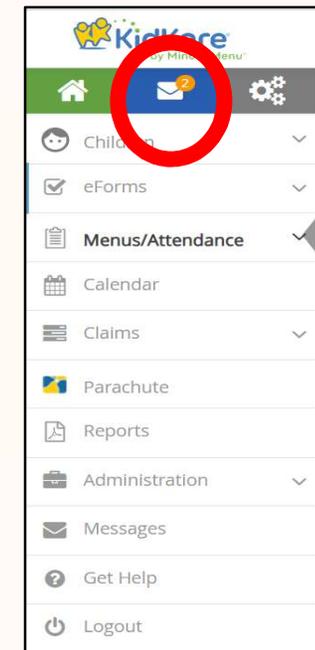


Family Central, Inc.				
Child Care Food Program		Follow-up	Date:	
Please Mail Original Applications and Fax other information back to .....954-724-4067 Thank you.				
ATTENTION: Janise Hears 954-724-7591				
			Center's email address:	
Center's Name: ABC Center		Attn:	Fax:	
Please make sure all relevant sections on food applications are completed including income frequency if parents are listing household income data. If we do not receive a Free and Reduced-Price Meal Application, or until we do, we will need an enrollment form that has parent signature, signature date, phone number and address, child's name, start date, DOB, hours of care, meals received and days of care. If current enrollment information is not available for that child, meals will be disallowed. You may use the DCF enrollment form included in your monthly packet as it has all the information required. Thank you.				
Child's Last Name	Child's First Name	Application Expiration Date	Information / Document Missing	Result / Comment
Doe	John	10/1/2020		
Garcia	Carlos	10/1/2020		
Smith	Amy		Missing last four digits of Social Security #	
Brown	Sarah		Household member # does not match # of people listed on the application	



# Minute Menu CX y Kidkare

- ✓ Todas las comidas de cada niño **DEBEN** registrarse al final de cada día hábil.
- ✓ Inscriba los nuevos niños **inmediatamente** en CX/Kidkare.
- ✓ Asegúrese de ingresar las comidas, los horarios y la información de los padres en CX/Kidkare para cada niño.
- ✓ Ingrese cualquier información de identidad racial y étnica proporcionada.
- ✓ Revise los mensajes!





# Cambios en el conteo de comidas

[Mealcountchanges@familycentral.org](mailto:Mealcountchanges@familycentral.org)

➤ **Si es Diana o NutriSpa:** No envíe los formularios directamente a la cantina.

• **Los centros con contratos independientes envían los cambios directamente al proveedor.**

➤ Envíe un fax o correo electrónico a Family Central de inmediato; no lo envíe con su reclamo.

➤ Las confirmaciones del cambio se le enviarán tan pronto la cantina lo confirme.

➤ **NO** envíe copias de los formularios con su reclamo - guárdelos para sus registros.

➤ La forma para hacer cambios de comida también se usan para las siguientes notificaciones:

Almuerzos en caja, cierres, reaperturas, cambio de menú, cambio de horarios etc.

**Tenga cuidado al completar la forma: todos los grupos de edad deben completarse, no solo el grupo de edad modificado; ¿Se trata de un cambio continuo o de un solo día?**



# Cambios en el conteo de comidas (Cont.)

- ❖ **Se requieren 3 días hábiles** para que un cambio se haga efectivo
  - ✓ **Para centros con cantina independiente:** verificar con su cantina los plazos que ellos manejan.
- ❖ Formulario:
  - Llenar **todas las columnas** y escribir claramente
- ❖ Ordenar 1-2 comidas extras por cada grupo de edad

**[Mealcountchanges@familycentral.org](mailto:Mealcountchanges@familycentral.org)**

NUTRISPA, INC.

CHILD CARE FOOD PROGRAM  
CATERED MEAL COUNT CHANGE FORM

Center Name: **Recuerde el nombre del centro**

Change Meal Count to:

Meal Type	Age 1	Ages 2	Ages 3-5	Ages 6-12	Totals
Breakfast					=
Lunch					=
Snack					=
Boxed Lunch					=

**\*PLEASE COMPLETE ALL BOXES\***

Ongoing - Start Date: \_\_\_\_\_  
OR

Specific Date(s) Only-Date(s): \_\_\_\_\_

(PLEASE MARK **ONLY** IF Menu Type CHANGE IS NEEDED): A  B  C

NOTES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Center-Staff Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**\*\* Please allow at least 3 FULL Business Days for changes to take effect. \*\***

Fax to: Family Central at **954-724-4067** or  
Email to: **Mealcountchanges@familycentral.org**

Please do not write below this line:  
Caterer Confirmation & Effective Change Date(s): \_\_\_\_\_





## Recordatorios Adicionales



- ❖ El programa **no es transferible**:
  - ✓ Los centros deben informar de cualquier venta/venta pendiente o cambios de dueño.
  - ✓ Notifique si planea una reubicación.
  - ✓ Cualquier cambio en la estructura comercial (*Ej. cambios en el nombre o EIN, estos cambios requerirán completar un nueva forma W-9*)
  
- ❖ Infórmenos de nuevos directores / nuevo personal en el programa:
  - ✓ Debe asistir al entrenamiento.
  - ✓ Comuníquese con su monitor para cualquier necesidad de capacitación.



A decorative border surrounds the central text, featuring watercolor-style illustrations of various vegetables: a red chili pepper, a yellow pepper, a green leaf, a green tomato, a yellow corn cob, a head of green broccoli, a bunch of green leeks, and a large orange carrot with green stalks. A small grey speaker icon is located in the top-left corner of the border.

07

# Mantenimiento de Registros



# Mantenimiento de Registros

Los centros son responsables de garantizar que los fondos del programa se usen de forma correcta y que todos los registros requeridos se completen y se guarden adecuadamente.

**A partir del 1 de Octubre 2023, todos los registros del CCFP deben conservarse durante seis (6) años (5 años mas el año fiscal actual). Se requiere que mantenga al menos 13 meses de registros en el sitio, en papel.**





# Aplicaciones



**CHILD CARE FOOD PROGRAM FREE AND REDUCED-PRICE MEAL APPLICATION - COMBO**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Center Name & Address: \_\_\_\_\_  
 Primary Hours of Care From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_ Days of the Week in Care: M T W Th F S S Shows Typically Served Within in Care: BR MS LU AS SU ES ES Shows

Please read the instructions and accompanying Parent/Led Caregiver Instructions on this form. If you need assistance completing this form, call (252) 724-7244.

**STEP 1: Complete the following section for ALL children in the household who are currently enrolled in a child care program.**

Child's Name & Birth Date (Last, First, Middle)	Date of Birth	Admitted to Child Care	Enrolled in Child Care	Enrolled in School	Enrolled in Head Start
Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No

**STEP 2: Complete the following section for ALL children in the household who are currently enrolled in a child care program.**

Child's Income - Total \$ \_\_\_\_\_  
 Child's Income - Taxable \$ \_\_\_\_\_  
 Child's Income - Non-taxable \$ \_\_\_\_\_

Adult Household Member and Income - Total \$ \_\_\_\_\_  
 Adult Household Member and Income - Taxable \$ \_\_\_\_\_  
 Adult Household Member and Income - Non-taxable \$ \_\_\_\_\_

Adult Household Member's Name (Last, First, Middle): \_\_\_\_\_  
 Earnings from Work: \_\_\_\_\_  
 Public Assistance/Child Support/Other Income (If Applicable) (How often): \_\_\_\_\_  
 Pension/Retirement/Other Income (If Applicable) (How often): \_\_\_\_\_

Total Household Members (AGE STEP 1): \_\_\_\_\_  
 Reason for Non-ready Status:  New  Transfer  Other \_\_\_\_\_  
 Signature of adult household member: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

**CHILD CARE FOOD PROGRAM FREE AND REDUCED-PRICE MEAL APPLICATION - COMBO**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Center Name & Address: \_\_\_\_\_  
 Primary Hours of Care From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_ Days of the Week in Care: M T W Th F S S Shows Typically Served Within in Care: BR MS LU AS SU ES ES Shows

Please read the instructions and accompanying Parent/Led Caregiver Instructions on this form. If you need assistance completing this form, call (252) 724-7244.

**STEP 1: Complete the following section for ALL children in the household who are currently enrolled in a child care program.**

Child's Name & Birth Date (Last, First, Middle)	Date of Birth	Admitted to Child Care	Enrolled in Child Care	Enrolled in School	Enrolled in Head Start
Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No

**STEP 2: Complete the following section for ALL children in the household who are currently enrolled in a child care program.**

Child's Income - Total \$ \_\_\_\_\_  
 Child's Income - Taxable \$ \_\_\_\_\_  
 Child's Income - Non-taxable \$ \_\_\_\_\_

Adult Household Member and Income - Total \$ \_\_\_\_\_  
 Adult Household Member and Income - Taxable \$ \_\_\_\_\_  
 Adult Household Member and Income - Non-taxable \$ \_\_\_\_\_

Adult Household Member's Name (Last, First, Middle): \_\_\_\_\_  
 Earnings from Work: \_\_\_\_\_  
 Public Assistance/Child Support/Other Income (If Applicable) (How often): \_\_\_\_\_  
 Pension/Retirement/Other Income (If Applicable) (How often): \_\_\_\_\_

Total Household Members (AGE STEP 1): \_\_\_\_\_  
 Reason for Non-ready Status:  New  Transfer  Other \_\_\_\_\_  
 Signature of adult household member: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

- ❖ Se debe presentar una aplicación por **cada niño** inscrito en el centro.
  - ❖ Incluye **TODOS los niños**, independientemente de si reciben una comida.
- ❖ Se debe presentar una solicitud por cada hermano que atienda el centro.
- ❖ Las solicitudes deben ser completadas por el padre/tutor, **no por personal del centro.**
- ❖ Todas las solicitudes deben actualizarse **ANUALMENTE.**

Blancas y **Amarillas** = Family Central.  
 Rosadas = Centro.





# Política de Inscripción y Participación

- ❖ A los centros solo se les permitirán **3** casos de falta sobre información de inscripción y participación infantil dentro del año fiscal del CCFP (10/1/24 – 9/30/2025).
  - ❖ Los centros que no cumplan con esta política estarán sujetos a medidas correctivas que conduzcan a la finalización del programa.
- 
- 

# Inscripción y Participación

- ❖ Nombre del niño
- ❖ Nombre y dirección del centro
- ❖ Horas de participación
- ❖ Días de cuidado
- ❖ Comidas servidas

**CHILD CARE FOOD PROGRAM FREE AND REDUCED-PRICE MEAL APPLICATION - COMBO**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Center Name & Address: \_\_\_\_\_  
 Primary Hours of Care: From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_ Days of the Week in Care: M T W TH F S S Meals Typically Served While in Care: BR MS LU AS US ES None  
 Please read the instructions and accompanying Parent Letter before completing this form. If you need assistance completing this form, call (262) 724-7545

Child's Name (Last Name, First Name)	Date of Birth	Attends this center? (circle)	Foster Child? (circle)	Migrant? (circle)	Homeless/Runaway? (circle)
		Yes No	Yes No	Yes No	Yes No
		Yes No	Yes No	Yes No	Yes No
		Yes No	Yes No	Yes No	Yes No

**STEP 2: Do any household members (children or adults) receive food assistance programs (FAP/SNAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) benefits?**  
 FAP/SNAP Case Number: | | | | | or TANF Case Number: | | | | |  
**STEP 3: Children's Income Information (see reverse side for what types of income to report) (skip this step if you listed a case # in STEP 2)**  
 Children's Income - sometimes children earn or receive income. Enter the total income received by all children listed in STEP 1, then check how often the income is received.  
 Children's Income - Total: \$ \_\_\_\_\_ How often received? (check only one):  Weekly  Bi-Weekly  Twice a Month  Monthly  Annually  
**STEP 4: Household Income and adult household member information (see reverse side for what types of income to report) (skip this step if you listed a case # in STEP 2)**  
 Adult Household Members and Income - list all adult household members (age 18 and up) even if they do not receive income. For each adult, list the total gross income (before taxes & deductions) from each source in whole dollars only (no cents) and how often it is received (i.e., weekly, bi-weekly, twice a month, monthly, or annually). For an adult that does not receive income from any source, write "none" or "0". If you enter "none" or "0" or leave any income fields blank, you are certifying that there is no income to report.

Adult Household Member's Name (Last Name, First Name)	Earnings from Work (\$ Amount / How often?)	Public Assistance/Child Support/Alimony (\$ Amount / How often?)	Pensions/Retirement/Other Income (\$ Amount / How often?)
	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Total Household Members (Add STEP 1 & 4): \_\_\_\_\_ Last four digits of Social Security Number (SSN) of adult household member: | | | | If no SSN, write "none."  
**STEP 5: Center Information and Adult Signature**  
 By signing below, I am certifying (promising) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is being given in connection with the receipt of federal funds and that institution officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, I may be prosecuted under applicable state and federal laws.  
 Home address (if available): \_\_\_\_\_ Street Address, City, State, Zip Code \_\_\_\_\_ Daytime phone #: ( ) - \_\_\_\_\_  
 Signature of adult household member: \_\_\_\_\_ Printed name: \_\_\_\_\_ Date signed: \_\_\_\_\_  
 We are required to ask for information about your child's ethnicity and race. This information is important and helps make sure that we are fully serving the community. Responding to this section is optional and does not affect your child's eligibility for free or reduced-price meals. Ethnicity (check one):  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino  
 Race (check one or more):  American Indian or Alaskan Native  Asian  Black or African American  Native Hawaiian or Other Pacific Islander  White  
**ADULT SIGNATURE USE ONLY**  
 Categorical Eligibility:  FAP/SNAP or TANF Household  Foster Child Total Household Size: \_\_\_\_\_ Total Household Income: \$ \_\_\_\_\_  
 Eligibility Determination:  Free  Reduced-Price  Non-needy How Often Income is Received (Frequency):  Weekly  Biweekly  Twice a Month  Monthly  Annually  
 NOTE: If different income frequencies are listed, convert all income to an annual amount. Annual Income Conversion: Weekly x 52, Biweekly x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12  
 Reason for Non-needy Status:  Income too high  Incomplete Application  Other Reason: \_\_\_\_\_  
 Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Second Party Check Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Revised 6/2019 Page 1 of 2 \$ 400.00



# Paso 1: Información del Niño

PASO 1: Complete la siguiente tabla para todos los NINOS y menores de 19 años que residen en el hogar, incluso si no son sus familiares. (Incluya al niño que figura en la parte superior del formulario)

Nombre del menor (apellido, nombre)	Fecha de nacimiento	¿Asiste a este centro? (Encierre con un círculo)	¿Menor en cuidado temporal? (Encierre con un círculo)	¿Inmigrante? (Encierre con un círculo)	¿Está sin hogar o huyó de él? (Encierre con un círculo)
		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

- ✓ Enumere todos los niños hasta los 18 años que viven en el hogar, **incluido el niño que figura en la parte superior de la solicitud**
- ✓ Fecha de nacimiento
- ✓ Cada pregunta se **debe** responder con un “sí” o “no”





## Paso 2: Asistencia Alimentaria



PASO 2: ¿Algún miembro de la familia (niño o adulto) recibe los beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP / SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?  
Si la respuesta es NO, vaya al PASO 3. Si es SÍ, ingrese uno de los siguientes números de caso, luego vaya al PASO 5.

Número de caso de FAP/SNAP: | | | | | | | | | | | o número de caso de TANF: | | | | | | | | | |

- 
- 
- ✓ **Numero de caso de 10 dígitos.**
  - ✓ **Comienza con el numero '1'.**
  - ✓ **Saltar al paso 5.**
- 
- 



# Paso 3 & 4: Datos del Hogar

**PASO 3: Información sobre los ingresos de los niños** (vea el reverso para saber qué tipos de ingresos debe reportar) (omite este paso si anotó un número de caso en el PASO 2)

**Ingresos de menores:** A veces los menores reciben ingresos. Escriba el total de los ingresos que reciben todos los menores mencionados en el PASO 1 y marque con qué frecuencia los reciben.

Ingreso de los menores - Total: \$  ¿Con qué frecuencia los reciben? (marque solo uno):  Semanal;  Quincenal;  Dos veces al mes;  Mensual;  Anualmente

**PASO 4: Ingresos del hogar e información de miembros adultos del hogar** (vea el reverso para saber qué tipos de ingresos debe reportar) (omite este paso si anotó un número de caso en el PASO 2)

**Adultos del hogar e ingresos:** Mencione a todos los adultos del hogar (19 años y más) aunque no reciban ingresos. Por cada adulto, mencione los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente en dólares con **números enteros solamente (sin centavos)** y la frecuencia con que se reciben (ej. semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente o anualmente). Si un adulto no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "ninguno" o "0". Si escribe "ninguno" o "0" o deja algún campo en blanco, usted certifica que no hay ingresos que informar.

Nombre del adulto del hogar (Apellido, nombre)	Ganancias del trabajo (Monto en \$/¿Con qué frecuencia?)	Asistencia pública/manutención infantil/pensión alimenticia (Monto en \$/¿Con qué frecuencia?)	Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos (Monto en \$/¿Con qué frecuencia?)
	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente
	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente	\$ / Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente
<b>Número total de miembros del hogar</b> (sume pasos 1 y 4): <input type="text"/>	<b>Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del representante</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> no tiene SSN, escriba "ninguno."		

- ✓ Los miembros de la familia que **NO** tengan ingresos **DEBEN** poner un **"0"** en todas las columna o la aplicación se considera **incompleta**
- ✓ No se puede aceptar "N/A" o una Línea en ninguna columna
- ✓ Asegúrese de marcar la frecuencia. No poner pago por horas.
- ✓ **"El total de miembros del hogar"** debe coincidir con el número de personas que listada en la solicitud
- ✓ Se requieren los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social





# Paso 5: Información de Contacto



**PASO 5: Información de contacto y firma del adulto.**  
 Al firmar abajo, certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se reportaron todos los ingresos. Entiendo que esta información se brinda en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de las instituciones podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que, si brindo información falsa deliberadamente, me pueden procesar según las leyes estatales y federales.

**Domicilio particular (si corresponde):** \_\_\_\_\_ **Teléfono de contacto durante el día:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Número y Nombre de la Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

**Firma del Representante:** \_\_\_\_\_ **Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma:** \_\_\_\_\_

**OPCIONAL: Identidades étnicas y raciales del niño.** Estamos obligados a pedirle información sobre la raza y etnicidad de su hijo. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar que estemos sirviendo plenamente a la comunidad. Completar esta sección es opcional y no afectará la elegibilidad de su hijo para las comidas gratuitas o a un precio reducido

**Etnicidad (marque una):**  Hispano o Latino  No Hispano o Latino;

**Raza (marque una o mas):**  Indígena americano o nativo de Alaska |  Asiático |  Negro o afroamericano |  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico |  Blanco

- ✓ Firma y nombre del padre/tutor y fecha
- ✓ Numero telefónico
- ✓ Dirección (+ City & Zip)
- ✓ Etnia e identidad racial





# Niños de Cuidado Temporal

- ❖ **Automáticamente califica** para la tasa de reembolso **gratis** independientemente de los ingresos del hogar.
- ❖ El centro debe presentar :
  - ✓ Documentación oficial de la corte, o
  - ✓ aplicación del programa de la comida.
- ❖ Se debe marcar **“SI”** en el paso 1.
- ❖ Saltar al paso 5.





## No Necesitado

- ❖ Rechazo de los padres:
  - ✓ Escriba **RECHAZADO** en cualquier parte de la aplicación y pídale a los padres llenar **solo el paso 5**.
  - ✓ Adjuntar formulario de inscripción escolar firmado dentro de los últimos 12 meses.
- ❖ Ingresos altos.
- ❖ FCI no recibió copia/original de la aplicación.
- ❖ Aplicaciones expiradas.

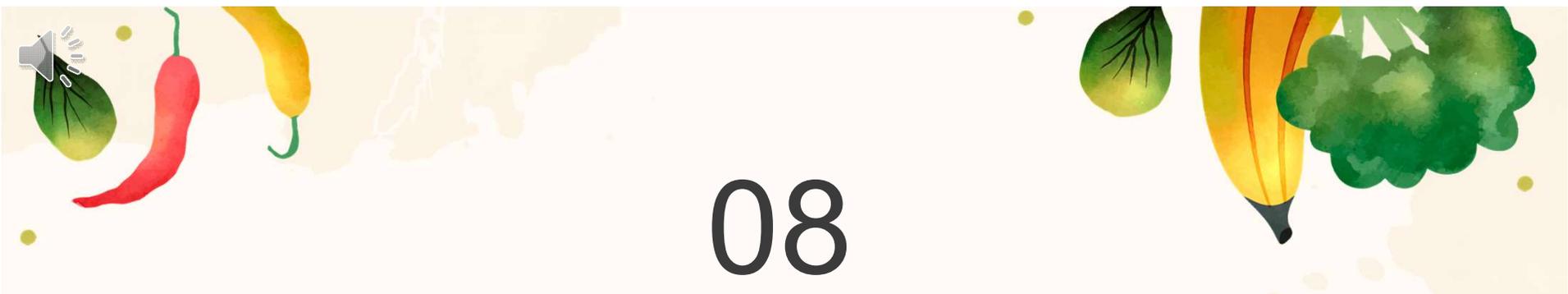
**Las aplicaciones incompletas y la falta de envío de la copia/original tendrán un impacto negativo en el reembolso.**



# Mejores Practicas

- ❖ Haga esta aplicación parte de su proceso de inscripción.
- ❖ Trate que los padres no se lleven las aplicaciones a casa.
- ❖ **Resalte** Las áreas requeridas antes de dar la aplicación a los padres.





08

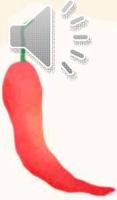
# Reembolso





*El Programa de Alimentos es un programa **SUPLEMENTARIO** destinado a ayudar con los costos de los alimentos del centro.*





## Taza de Reembolsos para Centros Julio 2024 - Junio 2025

Tipos de Comida	Gratis	Reducido	Non-Needy	Cash in Lieu
Desayuno	\$2.37	\$2.07	\$0.39	N/A
Almuerzo	\$4.43	\$4.03	\$0.42	\$0.30
Merienda	\$1.21	\$0.60	\$0.11	N/A

Los formularios 1099 se emiten a proveedores elegibles antes del 31 de enero de cada año.

### TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

Los proveedores deben recibir un reembolso superior a \$600 para ser elegibles y recibir una forma 1099. Las corporaciones **S y C están exentas** de exigir un 1099-MISC.



# Reportes Mensuales

## Claim Summary & Error Report

## Non Claim Payment Adj. Report

Claim Summary and Error Report			
Center # 10391		License: Center	
		Phone: (954) 583-2500	
		Monitor: Ramirez, Elena	
		Payment Type: CHECK	
		Capacity: 112	
Days	22	Blended Rate %	
Attendance	770	57.14%	Free
ADA	35	2.86%	Reduced
Participated	35	40.00%	Paid
Meals Reimbursed		Rate	Disallowed
Breakfast	704	\$1.21942857	0
AM Snack	0	\$0.58257142	0
Lunch	704	\$2.16257142	0
PM Snack	702	\$0.58257142	0
Dinner	0	\$2.16257142	0
Evening Snack	0	\$0.58257142	0
\$0.00 *est			
Cash In Lieu Amount:	\$167.20	Reimbursement Amount:	\$2,793.86
		Admin Rate:	5.8506%
		Admin Amount:	\$163.23
Non-Claim Adj: (\$2,026.20)		Total: \$767.66	
Congratulations! There are no errors on your claim.			

Non Claim Payment Adjustments Report								
Sponsor Name: Family Central, Inc.								
From: 7/1/2020 to 7/30/2020								
Center Name	Center #	Adj. Date	Amount	Paid	Paid Amt.	Check #	Check Date	Reason
	1039	7/1/2020	(2,026.20)	X				Dana Food Group Inc.



# Uso Adecuado del Reembolso

## Puede usarse para:

- ☺ Compra de alimentos infantiles
- ☺ Compras de alimentos adicionales (ej. sustituciones de menú requeridas para niños con alergias alimentarias o discapacidades)
- ☺ Alimentos de larga duración

## NOT puede usarse para:

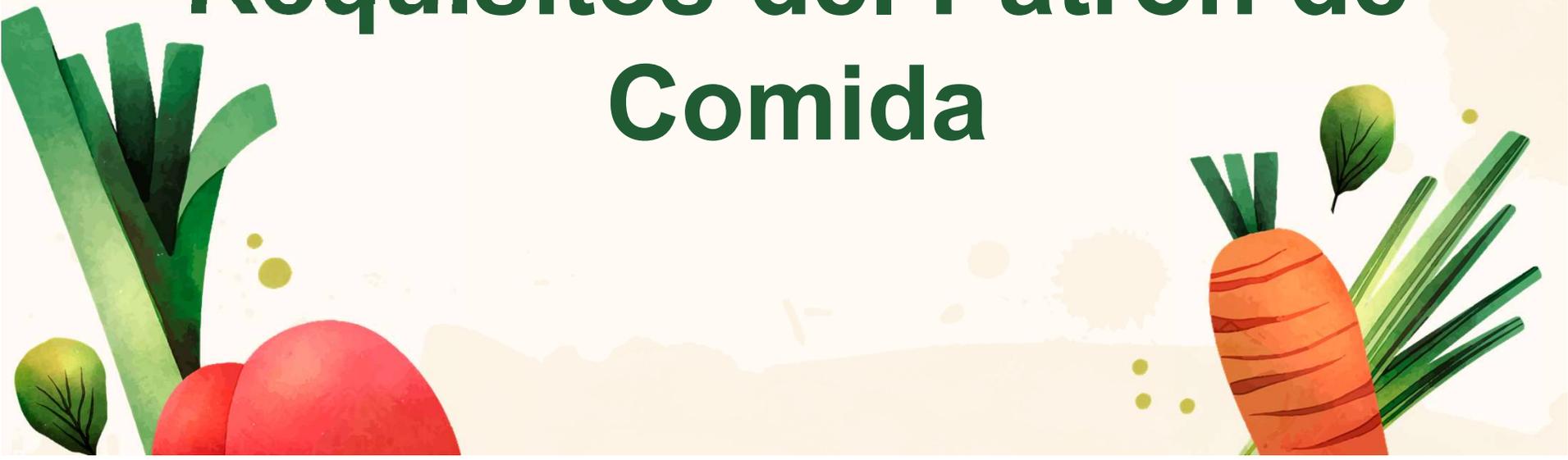
- ☹ Artículos personales
  - ☹ Suministros generales para guardería (ej. artes/manualidades, juguetes, etc.)
  - ☹ Lavandería
  - ☹ Salarios de personal que NO participa en el programa
- 





09

# Requisitos del Patrón de Comida



# Menús

Los menús del 2024-2025  
estarán disponibles  
próximamente.

El menú debe publicarse en  
todo momento para que los  
padres lo revisen y debe  
reflejar la comida servida.

Refer to the Child Care Food Program Meal Pattern for Children (Attachment 1) when planning portion sizes for age groups specified in this contract. Milk must be served with every breakfast, lunch and supper meal. Milk must be served with snacks when indicated. Children one year of age must be served unflavored whole milk. Children two through five years old must be served either unflavored lowfat (1 percent) or unflavored fat free (skim) milk. Children six years old and older must be served unflavored lowfat (1 percent), unflavored fat free (skim), or may be served flavored fat free (skim) milk.

	Week One	MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY
<b>BREAKFAST</b>	Milk Ages 1-5: six oz; Ages 6-18: eight oz	Milk	Milk	Milk	Milk	Milk
	Meat/Meat Alternate		Hard Boiled Egg (1)	Cheese Slice (1 oz)		
	Vegetable/Fruit/Juice Ages 1-18: ½ c	Blended 100% Juice	Pears	Fresh Orange Wedges	Cinnamon Apples	Cranberry Juice Blend
<b>LUNCH</b>	Grains/Breads Ages 1-5: ½ slice/serving, ½ c Ages 6-18: 1 slice/serving, ½ c	Cinnamon Raisin Bagel Cream Cheese	Wheat Chex Cereal	Whole Wheat Bread (1 slice)	French Toast	Whole Grain Bread Butter or Marg. & Jelly
	Milk Ages 1-5: six oz; Ages 6-18: eight oz	Milk	Milk	Milk	Milk	Milk
	Meat/Meat Alternate Ages 1-5: 1 ½ oz Ages 6-18: 2 oz	Baked Sliced Ham (2 oz)	*Beefaroni	*Picadillo	*Breaded Fish Ketchup	*Arroz Con Pollo
<b>SNACK</b>	Vegetable Ages 1-5: ½ c; Ages 6-18: ½ c (Double portion for salads)	Sweet Potatoes	Spinach	Sliced Tomatoes	Mixed Vegetables	Mixed Greens Salad (Spinach, Romano, Tomato, Cucumber) Lowfat French Dressing
	Fruit or Vegetable Ages 1-18: ½ c	Green Beans	Fruit Salad	Tropical Mixed Fruit	Mandarin Oranges	Peaches
	Grains/Breads Ages 1-5: ½ slice/serving, ½ c Ages 6-18: 1 slice/serving, ½ c	Whole Wheat Bread (1 Slice) Butter or Marg.	(Beefaroni) Mactroni; Garlic Bread	Congri; Cuban Bread	Whole Grain Roll	Cuban Bread or Roll
<b>BREAKFAST</b>	Milk Ages 1-5: four oz; Ages 6-18: eight oz					
	Meat/Meat Alternate Ages 1-5: ½ oz Ages 6-18: 1 oz	Cottage Cheese			Sliced Ham (1 ½ oz)	
	Vegetable Ages 1-5: ½ c Ages 6-18: ½ c			Carrot, Pineapple, and Raisin Salad		
<b>LUNCH</b>	Fruit/Juice Ages 1-5: ½ c Ages 6-18: ½ c	Pineapple	Applesauce			Banana
	Grains/Breads Ages 1-5: ½ slice/serving, ½ c Ages 6-18: 1 slice/serving, ½ c		Blueberry Muffin	Whole Grain Triangle Crackers	Whole Wheat Bread (1 slice) Mayo & Mustard	Pretzels (soft or thin)



# Recordatorios para Self-Prep's



- ❖ Puede realizar cambios al menú planificado.
- ❖ Los menús deben identificar claramente los tipos de leche que se sirven, el contenido de grasa y si la leche es saborizada.
- ❖ Asegurarse que el grano integral este marcado diariamente en el menú con **“WG”**.
- ❖ Debe enviar sus menús aprobados mensualmente reflejando las comidas que se han servido.  
**Asegúrese de documentar la sustitución en el menú antes del inicio del servicio de comidas.**
- ❖ Las políticas del CCFP recomiendan que los costos mensuales de los alimentos sean por lo menos el 50% del reembolso.
- ❖ Recibos:
  - ✓ Debe reflejar el menú aprobado
  - ✓ Debe reflejar los componentes comprados en suficientes cantidades





# Requisitos Nutricionales

## Componentes del patrón de comidas



Grain



Vegetable



Fruit



Meat/Meat Alternate



Fluid Milk

- ✓ **El desayuno debe incluir al menos tres componentes alimenticios.**
  - ✓ **El almuerzo/cena debe incluir los cinco componentes.**
- ✓ **La merienda debe incluir al menos dos componentes alimenticios.**



# Leche

Componente requerido en el desayuno, almuerzo y cena



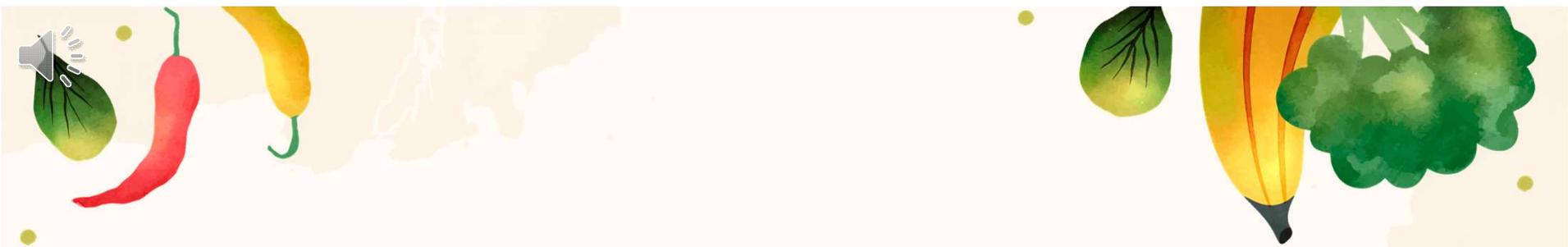
**One Year**  
Whole Milk  
*(unflavored)*



**2-5 Years**  
1% or Fat-Free  
*(unflavored)*



**6 & Older**  
1% or Fat-Free



## Tiempo de Transición

12-13 meses

**Leche Materna, formula  
fortificada con hierro y/o leche  
entera sin sabor**

24-25 meses

**Leche materna, leche sin  
sabor entera, baja en grasa  
2% o 1%, y leche sin grasa**



## Leches Acreditables

- ❖ Leche a temperatura ultra alta
- ❖ Leche acidificada o cultivada (Kefir)
- ❖ Leche Orgánica
- ❖ Leche Materna
- ❖ Leche de vaca o cabra pasteurizadas
- ❖ Leche baja en lactosa o sin lactosa



# Leche: Self-Prep

- ❖ Debe garantizar que se compren los tipos correctos de leche en cantidades adecuadas.
- ❖ Los recibos de leche deben presentarse con su reclamo mensual.
- ❖ Se recomienda utilizar la calculadora de leche que puede encontrar en la pagina web [www.floridahealth.gov](http://www.floridahealth.gov)

## Calculadora de Leche

Meal Type	Age Group	Serving Size	Total Number of Meals Claimed	Required Amount of Milk in Ounces
Breakfast	1-2 yrs	4 ozs	0	
	3-5 yrs	6 ozs	0	
	6-12 yrs	8 ozs	0	
	staff	8 ozs	0	
Lunch	1-2 yrs	4 ozs	0	
	3-5 yrs	6 ozs	0	
	6-12 yrs	8 ozs	0	
	staff	8 ozs	0	
Supper	1-2 yrs	4 ozs	0	
	3-5 yrs	6 ozs	0	
	6-12 yrs	8 ozs	0	
	staff	8 ozs	0	
*Snack	1-2 yrs	4 ozs	0	
	3-5 yrs	4 ozs	0	
	6-12 yrs	8 ozs	0	
	staff	8 ozs	0	

Calculate      Reset

Total minimum required amount of Milk in ounces:

Minimum required amount of Milk in



# Vegetales & Frutas



- ❖ El jugo de fruta no se puede servir mas de una vez al día.
  - ✓ Debe ser puro, pasteurizado y 100% jugo.
  - ✓ A menos que el jugo sea de naranja o toronja debe ser fortificado 100% o mas con vitamina C.
- ❖ Una taza de hojas verdes cuenta como ½ taza de verduras.
- ❖ En el almuerzo y la cena, se puede servir una verdura y una fruta o dos verduras diferentes.

**No se pueden servir dos frutas**





# Carnes y sus Alternativas



- ❖ Carne magra, pollo, pescado.
- ❖ Alternativas :
  - Tofu y productos de soja, queso, huevos, frijoles o guisantes secos, nueces/semillas, yogurt.
    - **El Yogurt no puede contener mas de 12g de azúcar añadida por cada 6 onzas.**
    - Se pueden usar productos comerciales de tofu y soja para cumplir con todo o parte del componente de carne/sustituto de carne. **2,2 oz de tofu equivalen a 1 oz de carne.**
- ❖ Una porción de frijoles o guisantes secos cocidos puede contar como un vegetal o como un sustituto de la carne, pero no como ambos en la misma comida.
- ❖ En el desayuno se puede servir carne o sustituto para cumplir con los requisitos de granos enteros un máximo de 3 veces por semana.



# Recuerda



- ❖ Los alimentos fritos preparados en el centro no pueden formar parte de la comida reembolsable.
    - **Freír**: cocinar sumergiendo los alimentos en aceite caliente u otra grasa.
    - Los alimentos pre-fritos por un fabricante comercial pueden servirse, pero deben recalentarse mediante un método que no sea freír.
- 
- 



# Grano Integral



- ❖ Los alimentos de grano **DEBEN** ser integrales, enriquecidos, o hechos de harina o harina enriquecida integral.
- ❖ Al menos una porción por día debe ser 100% grano integral o enriquecido:
  - Debe estar anotado en el menú (**WG**).
  - Los postres a base de granos no cuentan para el requisito el en CCFP (barras de granola, galletas, etc.)
- ❖ Los cereales listos para comer y cereales calientes deben contener no mas de **6 gramos de azúcar añadida por onza** seca (referirse a la lista de cereales aprobada del WIC).

**Self-Prep: sus recibos deben mostrar que los granos comprados sean integrales**

Florida WIC Approved Cereal List for the Child Care Food Program 2024-2025	
All cereals are 100% whole grain or 100% whole grain enriched unless otherwise noted.	
<b>Whole Grain/Whole Grain-Rich Cereals</b>	<b>Enriched Cereals</b>
<b>Cold Cereals</b>	<b>Cold Cereals</b>
<b>Hot Cereals</b>	<b>Hot Cereals</b>
<b>Any store brand or Ralston Foods brand</b>	
<b>WHOLE GRAIN/WHOLE GRAIN-RICH CEREALS</b>	<b>ENRICHED CEREALS</b>
<b>Cold Cereals</b>	<b>Cold Cereals</b>
<b>Hot Cereals</b>	<b>Hot Cereals</b>



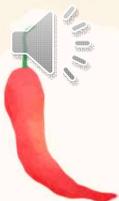


## Granos Enteros (Cont.)

- ❖ Los granos pre-empacados deben tener harina o sémola enriquecida o cereales integrales como primer ingrediente enumerado en el paquete.
- ❖ La masa de maíz y la masa-harina se consideran ricas en cereales integrales.

La harina de maíz, y otros productos de maíz deben ser enteros o tratados con cal (nixtamal) para que se consideren ricos en granos integrales.





# Equivalencias en onzas

Los cereales son una parte importante de las comidas del Programa de Alimentos (CCFP). Para garantizar que los niños obtengan suficientes granos en las comidas y refrigerios, las cantidades requeridas para este componente se enumeran en el patrón de comidas como equivalentes en onzas. Los equivalentes en onzas indican la cantidad de grano en una porción de alimento.

**USDA**  
United States Department of Agriculture  
Food and Nutrition Assistance

### Using Once Equivalents for Grains in the Child and Adult Care Food Program

Grains are an important part of meals in the Child and Adult Care Food Program (CACFP). To make sure children and adults get enough grains, CACFP meals and snacks require amounts for the grains component based on the meal pattern or snack equivalents (oz. eq.). Once equivalents tell you the amount of grains in a portion of food.

**How Much is 1 Once Equivalent?**

**Using the Grains Measuring Chart**  
The Grains Measuring Chart on page 24 tells you how much of a grain item you need to serve to meet CACFP meal pattern requirements. To use this chart:

- Find the grain you want to serve under the "Grain Item and Size" column.
- Check if the chart lists a cup or weight by the name of the grain. If the chart:
- Lists a weight for the grain, such as **1/2 cup or 1/4 gram**, then use the Nutrition Facts label for the item you want to serve to make sure it weighs the same, or more than, the grain on the chart. **Do not** use the weight or size for the grain, then do not need to check the size or weight of the product before using the chart.
- Lists a size for the grain, such as **about 1 1/2" by 1 1/2"**, then think if the item is the same size, or larger than, the amount. See page 6.

More training, menu planning, and nutrition education materials for the CACFP can be found at <https://www.fns.gov/cacfp>.

Grain Item and Size	Age Group and Meal		
	1- through 5-year-olds at Breakfast, Lunch, Supper, Snack	6- through 18-year-olds at Breakfast, Lunch, Supper, Snack	Adults at Breakfast, Lunch, Supper
<b>Bagel</b> (entire bagel) at least 56 grams*	1/4 bagel or 14 grams	1/4 bagel or 28 grams	1 bagel or 56 grams
<b>Bagel, Mini</b> (entire bagel) at least 28 grams**	1/4 bagel or 14 grams	1 bagel or 28 grams	2 bagels or 56 grams
<b>Biscuit</b> at least 28 grams**	1/4 biscuit or 14 grams	1 biscuit or 28 grams	2 biscuits or 56 grams
<b>Bread</b> (whole grain/whole or enriched) at least 28 grams	1 slice or 14 grams	1 slice or 28 grams	2 slices or 56 grams
<b>Bun or Roll</b> (entire bun or roll) at least 28 grams*	1 bun/roll or 14 grams	1 bun/roll or 28 grams	2 bun/rolls or 56 grams
<b>Cereal Grains</b> (oats, barley, bulgur, quinoa, etc.)	1/4 cup cooked or 14 grams dry	1/4 cup cooked or 28 grams dry	1/2 cup cooked or 56 grams dry
<b>Cereal, Ready-to-Eat: Flakes or Rounds</b>	1/4 cup or 14 grams	1/4 cup or 28 grams	2 cups or 56 grams
<b>Cereal, Ready-to-Eat: Granules</b>	1/4 cup or 14 grams	1/4 cup or 28 grams	1/2 cup or 56 grams
<b>Corn Muffins</b> at least 34 grams*	1/4 muffin or 17 grams	1/2 muffin or 34 grams	2 muffins or 68 grams
<b>Cracker, Animal</b> (about 1 1/2" by 1 1/2")	8 crackers or 14 grams	15 crackers or 28 grams	30 crackers (-1 cup) or 56 grams
<b>Cracker, Bear-Shaped, Sheet</b> (about 1" by 1 1/2")	12 crackers (-1/4 cup) or 18 grams	24 crackers (-1/4 cup) or 36 grams	48 crackers (-1 cup) or 56 grams
<b>Cracker, Cheese, Square, Savory</b> (about 1" by 1 1/2")	10 crackers or 11 grams	20 crackers (-1/4 cup) or 22 grams	40 crackers (-1/2 cup) or 44 grams
<b>Cracker, Fish-Shaped or Similar, Savory</b> (about 1 1/2" by 1 1/2")	21 crackers (-1/4 cup) or 11 grams	41 crackers (-1/4 cup) or 22 grams	81 crackers (-1 cup) or 44 grams

**!** \*Check that the item you want to serve weighs this amount, or more. See "Using the Nutrition Facts Label" on page 3 for more information.  
\*\*Check that the item you want to serve is about this size or larger. See "Grains Measuring Stick" on page 6 for more information.

Grain Item and Size	Age Group and Meal		
	1- through 5-year-olds at Breakfast, Lunch, Supper, Snack	6- through 18-year-olds at Breakfast, Lunch, Supper, Snack	Adults at Breakfast, Lunch, Supper
<b>Cracker, Graham</b> (about 3" by 2 1/2")	1 cracker or 14 grams	2 crackers or 28 grams	4 crackers or 56 grams
<b>Cracker, Round, Savory</b> (about 1 1/2" across)	4 crackers or 11 grams	7 crackers or 22 grams	14 crackers or 44 grams
<b>Cracker, Square</b> (about 2" by 2")	6 crackers or 11 grams	12 crackers or 22 grams	16 crackers or 44 grams
<b>Cracker, Thin Wheat, Square, Savory</b> (about 1 1/2" by 1 1/2")	6 crackers or 11 grams	12 crackers or 22 grams	23 crackers or 44 grams
<b>Cracker, Woven Whole-Wheat, Square, Savory</b> (about 1 1/2" by 1 1/2")	3 crackers or 11 grams	5 crackers or 22 grams	10 crackers or 44 grams
<b>Croissant</b> at least 34 grams*	1/2 croissant or 17 grams	1 croissant or 34 grams	2 croissants or 68 grams
<b>English Muffin</b> (top and bottom) at least 56 grams*	1/4 muffin or 14 grams	1/2 muffin or 28 grams	1 muffin or 56 grams
<b>French Toast Stick</b> at least 18 grams*	2 sticks or 36 grams	4 sticks or 68 grams	8 sticks or 138 grams
<b>Oat</b>	1/4 cup cooked or 14 grams dry	1/2 cup cooked or 28 grams dry	1 cup cooked or 56 grams dry
<b>Melba Toast</b> (about 3 1/2" by 1 1/2")	2 pieces or 11 grams	5 pieces or 22 grams	6 pieces or 44 grams
<b>Muffin and Quick Bread</b> (bananas, etc.) at least 55 grams*	1/4 muffin/slice or 28 grams	1/2 muffin/slice or 56 grams	2 muffins/slices or 110 grams
<b>Oatmeal</b>	1/4 cup cooked or 14 grams dry	1/2 cup cooked or 28 grams dry	1 cup cooked or 56 grams dry
<b>Pancake</b> at least 34 grams*	1/4 pancake or 17 grams	1/2 pancake or 34 grams	2 pancakes or 68 grams

**!** \*Check that the item you want to serve weighs this amount, or more. See "Using the Nutrition Facts Label" on page 3 for more information.  
\*\*Check that the item you want to serve is about this size or larger. See "Grains Measuring Stick" on page 6 for more information.

### Using the Nutrition Facts Label

Some items on the Grains Measuring Chart may have weights listed by the name of the item. Follow the steps below to see if your grain meets the minimum weight listed in the chart.

- Find the grain item and its minimum weight in the Grains Measuring Chart. For example, the minimum weight for a pancake is at least 34 grams.
- Look at the Nutrition Facts label of the grain you wish to serve. Find the weight of the serving size (usually provided in grams). One serving of Brand P Pancakes weighs 117 grams.
- Using the Nutrition Facts label, find how many items are in one serving. There are three pancakes in one serving of Brand P Pancakes.
- If there is more than one of an item in a serving, you will need to divide to find the weight of each item. For example, the serving size of Brand P Pancakes is three pancakes. Divide the serving weight by the number of items in one serving to find the weight of each item.

$117 \text{ grams} \div 3 \text{ pancakes} = 39 \text{ grams per pancake}$   
Serving Weight      Serving Size      Weight of Each Item

Compare the weight of one item to the minimum weight listed in the Grains Measuring Chart. In this example, 39 grams is more than the minimum weight of 34 grams, so you may use the chart to serve Brand P Pancakes.

**!** Yes! Use the Grains Measuring Chart to see how much of your grain to serve to meet CACFP meal pattern requirements. In the example above, pancakes may weigh at least 34 grams in order to use the Grains Measuring Chart. Because each Brand P pancake weighs 39 grams, you may use the chart as a guide to the minimum serving amount.

**X** No. Use another method to determine how much of a grain item to serve. See "What If My Grain Is Different?" on page 6 for more information.



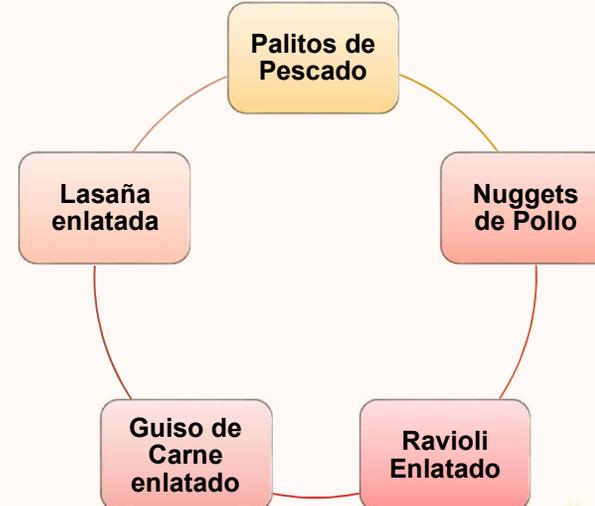


10

# Alimentos Combinados

# Alimentos Combinados

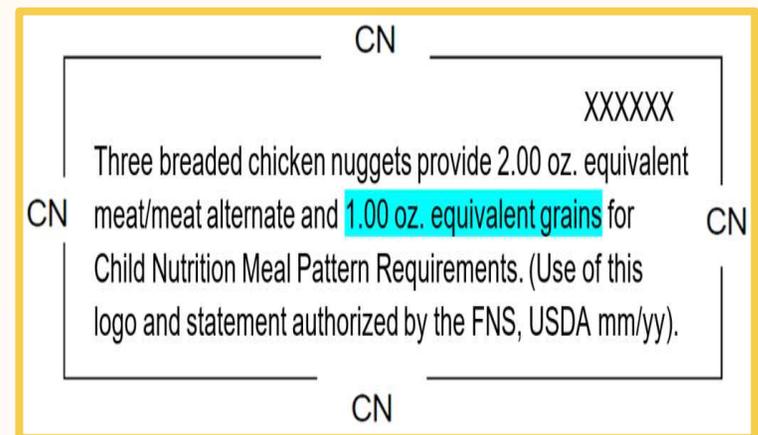
- ❖ Se requiere documentación para demostrar que los alimentos combinados tienen cantidades suficientes de carne/sustituto, granos, verduras y/o frutas para cumplir con el patrón de la comida. De lo contrario, es posible que no contabilice para una comida reembolsable.
- ❖ Hay tres formas de documentación aceptable :
  - **Etiquetas de Nutrición Infantil (CN Labels).**
  - **Declaración de Formulación del Producto (PFS).**
  - **Recetas estandarizadas.**





# Etiquetas de Nutrición Infantil (CN)

- ❖ Es la etiqueta que demuestra como el producto contribuye al patrón de comidas del CCFP.
- ❖ Esta etiqueta **SIEMPRE** contiene:
  - ✓ **El logotipo CN en un borde distintivo.**
  - ✓ **Contribución del patrón de comidas por porción.**
  - ✓ **Numero de identificación de producto de seis dígitos.**
  - ✓ **Autorización del USDA/FNS.**
  - ✓ **El mes y año de aprobación.**





# Declaración de Formulación del Producto (PFS)

**TYSON CHILD NUTRITION SUMMARY**

**Product Name:** Fully Cooked White Meat Chicken Nuggets

**Product Code:** 85142-0028      **Label Weight:** 30.00 lb  
**UPC Information:** 642000022810      300-2750-021787

**Serving size:** 4 **ASIA NUGGETS** per serving      **\*Does not count for Grain**  
**Pack Information:** 6 / 5.0000 LB BAG(s) per Case      1-2 yrs: 6pcs  
3-5 yrs: 6pcs  
6-12 yrs: 8pcs

Product is not CN labeled.  
Analysis is by Piece.

Total Weight of Uncooked Product*	0.6973000 oz
Weight of Creditable Raw Meat, Variety: Chicken	0.4439262 oz
Percent fat of raw meat:	30.8000000 %
*Weight of Creditable Dry APP, (varies):	n/a
Rehydration Ratio:	n/a
*Weight of Rehydrated APP:	n/a
Weight of Meat Alternates (specify):	n/a
<b>Weight of Binding/Not counted:</b>	0.2019000 oz
Weight of Filling:	n/a
Weight of Other Non-Creditable Ingredients:	n/a
Total Weight of Finished Product:	0.6300000 oz
Weight of Uncooked Cooked Meat/Meat Alternate **with APP:	0.3167143 oz

**Meat/Meat Alternate per serving:** **1.0000 oz**

I certify that the above information is accurate as presented on this date.  
\*Further certify that the alternate protein product (APP) meets the requirements set forth in Appendix A of 7 CFR Parts 201, 225, 228, and 226.  
(1) Slight variance in piece weights is possible, due to normal process variance; however, average weights per case will meet or exceed the stated weight.

**Additional Information:**  
NLR 16  
Broiled items do not count towards weekly, maximum grain servings SY 2012-2013  
Grain Requirements for School Lunch and Breakfast Programs per Policy Memo Code: SP 36.2012  
USDA/FNS

*Karen Shaver, MS, RD*      **Nutritional Services Manager**  
Karen Shaver, MS, RD      Title:  
TYSON FOODS, INC.      092913

Tyson Foods, Inc.      2300 Dow Tyson Parkway, Springdale, AR 72762      1-800-527-0700

**GORTON'S**  
CHILD NUTRITION INFORMATION

Product Name: Gorton's Super Crunchy Fish Sticks  
Product Codes: 44400 104900      Size: 64 ct - 60.8 oz (3.8 lbs)  
Distributed by: Gorton's, Gloucester, MA 01930  
List Varieties of Fish Used in Product: Alaska Pollack  
Total Weight per Stick of Uncooked Product (as purchased): 0.95 oz per stick  
Weight of Raw Fish per Portion: 0.47 oz raw fish per stick  
Ounces Equivalent Meat:  
0.95 oz precooked breaded fish stick x 49.8% raw fish = 0.47 oz raw fish/fillet x 78 % cooking yield = 0.37 oz equivalent meat  
**4 sticks = 1.48 oz equivalent meat = 1.5 oz equivalent meat**  
**3 sticks = 1.11 oz equivalent meat = 1.1 oz equivalent meat**

*Jodi Blanch*  
Jodi Blanch  
Quality Assurance Manager - Regulatory

Date: January 4, 2021

128 Rogers Street, Gloucester, MA 01930  
978-283-1000

Si la etiqueta CN no esta disponible, el centro debe obtener la etiqueta **PFS**.

- ❖ Documento con membrete de la empresa que demuestra como el producto procesado contribuye a los requisitos del patrón de comidas.
- ❖ Consulte el manual de entrenamiento para conocer los requisitos del PFS.





# Recetas Estandarizadas

- ❖ Estas recetas se han adaptado y aprobado cuidadosamente para garantizar que produzcan un producto consistente cada vez que se utilicen.
- ❖ Una receta estandarizada ayudara a garantizar que se produzcan los mejores alimentos posibles en todo momento e incluirá lo siguiente :
  - **Nombre de la receta (que debe coincidir con la forma en que aparece en el menú)**
  - **Lista de todos los ingredientes y la cantidad de cada uno necesaria para la receta**
  - **Instrucciones específicas sobre cómo preparar la receta.**
  - **Cantidad en la porción.**
  - **Información sobre la acreditación para el CCFP**

USDA United States Department of Agriculture Preparation Time: 20 Minutes | Cook Time: 1 Hour 35 Minutes



### Arroz Con Pollo

Arroz Con Pollo (Rice With Chicken) is a classic dish that is enjoyed throughout Spain and Latin America. Each country has its own version, but it remains a family favorite. Try this hearty, flavorful recipe today.

**CACFP CREDITING INFORMATION**  
1 chicken tenderloin and 1/2 cup (No. 8 scoop) rice and vegetable mixture provides 1/2 oz equivalent meat, 1/2 cup vegetable, and 1/2 oz equivalent grains.

**SOURCE**  
Team Nutrition CACFP Multicultural Recipe Project.  
<https://teamnnutrition.usda.gov>

INGREDIENTS	25 SERVINGS		50 SERVINGS		DIRECTIONS
	Weight	Measure	Weight	Measure	
Brown rice, long grain, uncooked	12 1/2 oz	2 cup	1 lb 9 oz	1 qt	<b>1</b> Preheat oven to 400 °F <b>2</b> Combine brown rice and water in a large stockpot. Stir once. Heat on medium-high heat to a rolling boil. <b>3</b> Cover and reduce heat to medium. Cook for 20–30 minutes over low heat until water is absorbed. Fluff the rice gently with a fork. <b>4</b> In a small bowl combine seasonings: salt, black pepper, garlic powder, and cumin.
Water	32 fl oz	1 qt	64 fl oz	2 qt	
Salt, table		2 tsp		1 Tbsp 1 tsp	
Black pepper, ground		2 tsp		1 Tbsp 1 tsp	
Garlic powder		2 tsp		1 Tbsp 1 tsp	
Cumin, ground		1 Tbsp 1 tsp		2 Tbsp 2 tsp	

Food and Nutrition Service Page 1 of 4





## Requisito sobre el Agua

**Los proveedores de cuidado infantil deben garantizar que los niños que participan en el CCFP tengan acceso a agua potable gratuita durante los servicios de comidas y durante todo el día si lo solicitan.**





11

**INFANTES**



# Políticas de Alimentación Infantil

- ❖ Los proveedores de cuidado infantil que participan en el Programa de alimentos deben ofrecer comida a **TODOS** los niños que estén inscritos en el centro, incluidos los bebés.
- ❖ Mientras el bebé esté bajo cuidado durante el período de servicio de comidas, el centro está **OBLIGADO** a ofrecerle una comida que cumpla con los requisitos del CCFP.
- ❖ Cada comida servida a los bebés debe cumplir con los requisitos para el grupo de edad apropiado como se indica en el Patrón de comidas para bebés.
- ❖ Los bebés se alimentan cuando tienen hambre, no según un horario estricto.
- ❖ Los padres pueden proporcionar **solo UN** componente para que la comida sea reembolsable.

Meal Pattern for Infants		
Birth - 11 months		
Breakfast, Lunch, and Supper		
3 required meal components when developmentally ready		
<b>Breastmilk or Formula</b> required for all infants		
	birth - 5 mos	6 - 11 mos
breastmilk, formula, or portions of both	4 - 6 oz	6 - 8 oz
<b>Good Sources of Iron</b> required when infant is developmentally ready- choose one or more of the following:		
infant cereal		0 - 1/2 oz eq
meat/poultry/fish/whole egg		0 - 4 Tbsp
beans, peas and lentils		0 - 4 Tbsp
cheese		0 - 2 oz
*yogurt/cottage cheese		0 - 4 oz
<small>*Starting October 1, 2025, yogurt must contain no more than 12 grams of added sugars per 6 ounces.</small>		
<b>Fruits or Vegetables</b> required when infant is developmentally ready		
fruits, vegetables, or portions of both		0 - 2 Tbsp
<b>Snack</b>		
3 required meal components when developmentally ready		
<b>Breastmilk or Formula</b> required for all infants		
	birth - 5 mos	6 - 11 mos
breastmilk, formula, or portions of both	4 - 6 oz	2 - 4 oz
<b>Grains</b> required when infant is developmentally ready- choose one or more of the following:		
bread		0 - 1/2 oz eq
crackers		0 - 1/4 oz eq
infant cereal		0 - 1/2 oz eq
*cereal, dry: flakes or rounds		4 Tbsp or 1/4 cup
*cereal, dry: puffed		5 Tbsp or 1/3 cup
<small>*Starting October 1, 2025, breakfast cereals must contain no more than 6 grams added sugars per dry ounce</small>		
<b>Fruits or Vegetables</b> required when infant is developmentally ready		
fruits, vegetables, or portions of both		0 - 2 Tbsp

Please note, portions listed are minimums. Serving larger portions is encouraged. JUNE 2024





# IFF y Fórmulas

- ❖ Los formularios de alimentación infantil deben estar en los archivos de **TODOS los bebés**.
- ❖ **Al aceptar participar en el CCFP, debe ofrecer al menos una fórmula infantil fortificada con hierro.**
- ❖ Las fórmulas infantiles acreditables para el CCFP incluyen marcas importantes como Similac y Enfamil, pero también marcas de tiendas como Parent's Choice (Wal-Mart), Member's Mark (Sam's), CVS Health y Well Beginnings (Walgreens).



Child Care Food Program  
Infant Feeding Form

Child Care Facility Name: \_\_\_\_\_  
Formula(s) offered: \_\_\_\_\_  
Infant Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

This child care facility participates in the Child Care Food Program (CCFP) and is required to offer infant formula and food to all enrolled infants. Solid foods are offered only when authorized by parents and when each infant is developmentally ready, in accordance with the CCFP Meal Pattern.  
We welcome breastfed babies and support and encourage moms to continue breastfeeding when returning to work or school. For formula fed infants, we offer iron-fortified infant formula.

Parents, please complete the following:

**Breastmilk** - Please check if you plan to do one or both:  
 Provide pumped breastmilk  
 Visit facility to nurse

**Infant Formula:**  
 I accept the formula(s) offered by the facility  
 I prefer to supply my own formula: \_\_\_\_\_

Record changes and updates below, as needed (i.e. infant switches from breastmilk to a center-provided infant formula).

Notes	Date	Parent Initials

Please attach additional pages as needed.  
 This facility has not requested or required me to provide infant formula or food.  
 If desired, I understand I may supply only one component per meal. Date: \_\_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_  
Printed Name of Parent: \_\_\_\_\_

\*Please note: Early Head Start facilities provide the brand of formula you currently give your infant as well as all age-appropriate food.  
Revised 5/2023 Infant Feeding Form Sample 38 1-22-07



# Menú Infantil Estándar

- ❖ Debe estar visible en el aula Infantil.
- ❖ El nombre del centro y la fórmula ofrecida deben figurar en el espacio provisto.

Nombre del centro de cuidado infantil: \_\_\_\_\_

### Menú tradicional para bebés

En este centro se ofrecen las siguientes fórmulas para bebés fortificadas con hierro:

A base de leche: \_\_\_\_\_ A base de soya: \_\_\_\_\_

Nota: Se ofrece leche materna, cuando la suministra la madre.

---

#### Nacimiento a 5 meses

**Desayuno, almuerzo/cena y merienda:**  
Leche materna o fórmula infantil fortificada con hierro.

---

#### 6 a 11 meses

**Desayuno y almuerzo/cena:**  
Leche materna o fórmula infantil fortificada con hierro.

\*Uno o más de los siguientes componentes:  
Cereal infantil (cereal infantil deshidratado mezclado con leche materna o fórmula)  
Variedad de carnes rojas y de aves (cocinadas sin condimentos o de envase)  
Pescado (cocinado sin condimentos y sin espinas)  
Huevo entero  
Frijoles/guisantes deshidratados cocinados (cocinados sin condimentos)  
Queso convencional (simple, en rodajas o tiras finas)  
Queso Cottage  
Yogur

**\*Variedad de vegetales y frutas:**

Zanahorias	Puré de manzana
Judías verdes	Bananos
Vegetales mixtos	Frutas mixtas
Guisantes	Duraznos
Papas/batata	Pera
Calabaza	

**Merienda:**  
Leche materna o fórmula infantil fortificada con hierro.

\*Uno o más de los siguientes componentes:  
Pan (pedacitos pequeños de pan blanco o tostado)  
Galletas (pedacitos pequeños de galletas simples sin sal o galletas de dentición)  
Cereal infantil (cereal infantil deshidratado mezclado con leche materna o fórmula)  
Cereal listo para consumir (por ejemplo, Cheerios, Chewy)

**\*Variedad de vegetales o frutas:**

Zanahorias	Puré de manzana
Judías verdes	Bananos
Vegetales mixtos	Frutas mixtas
Guisantes	Duraznos
Papas/batata	Pera
Calabaza	

\*Se requiere una porción de estos componentes cuando el bebé esté listo para aceptarlos, de acuerdo con su desarrollo.  
Nota: Este menú se basa en el NUEVO Patrón de comidas para bebés.

Valido a partir de agosto de 2016 1-123.0



# Alimentos Sólidos

- ❖ Si un bebé está preparado para comer sólidos antes de los 6 meses de edad, **el centro debe ofrecerle una comida o refrigerio apropiado para su desarrollo.**
- ❖ La introducción gradual de alimentos sólidos puede comenzar alrededor de los 6 meses de edad o cuando sea apropiado para el desarrollo del bebé.
- ❖ Los alimentos sólo deben ofrecerse con la textura y consistencia adecuadas y después de consultar con los padres.





# ¿Cuándo está listo el bebé para comenzar los alimentos sólidos?

@solidstartsespanol

## Alcanza y agarra:

El bebé puede recoger objetos y traerlos a la boca

## Control de la cabeza:

El bebé puede sostener la cabeza derecha y estable

## Interés:

El bebé te observa comer y mueve la boca como queriendo comer o se inclina hacia el frente

## Sentarse:

El bebé puede sentarse con soporte mínimo

La desaparición del reflejo de empuje:  
¡No es necesaria!



# Alimentos Combinados

Los alimentos combinados son aquellos que incluyen una mezcla de 2 o mas alimentos como carne y verduras.

**Cómo acreditar alimentos combinados:** debe incluir una etiqueta detallada del empaque o una Declaración de formulación del producto.

- **Paso 1:** Buscar los ingredientes acreditables.
- **Paso 2:** Las cantidades de los ingredientes figuran en una unidad de volumen (taza, cuchara, etc.)?
- **Paso 3:** Compara las cantidades con los requisitos del patrón de comida requeridos para cada componente.





# Alimentos no Acreditables

## No debe servir:

- ❖ Leche de vaca, leche de cabra, bebidas no lácteas como leche de soja o arroz, y otros sustitutos de leche materna y fórmula hasta el primer cumpleaños.
    - **Una declaración médica debe documentar cualquier sustituto de leche materna o fórmulas aprobadas.**
  - ❖ Jugos o bebidas de frutas, jugos de verduras o mezclas de frutas/verduras
- 
- 



## Alimentos no Acreditables (Cont.)

- ❖ Cereales infantiles **bajos en hierro**.
- ❖ Cereal listo para comer con más de **6 gramos de azúcar añadida** x onza.
- ❖ Frascos comerciales de alimentos para bebés con "**postre**" o "**pudding**" en la etiqueta.
- ❖ Galletas Graham de miel u otros productos horneados que contengan **miel**.
- ❖ **Granos endulzados** / productos horneados, como galletas, pasteles, muffins, barras de granola.
- ❖ No sirva mantequilla de **maní, nueces y semillas**.
- ❖ No sirva **espinacas, remolachas, nabos, zanahorias o col rizada** para bebés menores de 6 meses:

Potencialmente puede contener suficientes **nitratos** para causar el "**síndrome del bebé azul**", una condición que causa dificultad para respirar y puede conducir a la muerte





# Reembolso Infantil



- ✓ Debe tener el IFF y una aplicación del programa en el archivo por cada infante.
- ✓ Reclamar los bebes en Minute Menu CX / Kidkare.
- ✓ Enviar recibos detallados con el reclamo mensual que enumere los artículos de alimentos infantiles acreditables.

**Los recibos no deben contener artículos personales.**

- ✓ Sea discreto a la hora de comprar las formulas y la comida de bebe, **los recibos no se reembolsan dólar por dólar.**





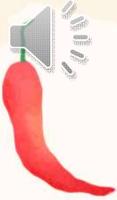
12

# Integridad en el Programa



# Esquemas Comunes de Fraude

- ❖ Falsificación de aplicaciones.
  - ❖ Enviar recibos falsificados.
  - ❖ Inflar los registros de recuento de comidas: reclamar comidas para niños que no asistieron, reclamar comidas recibidas y no servidas, **múltiples fallas en las pruebas de 5 días.**
  - ❖ Falsificación de registros de asistencia.
  - ❖ Tergiversar el tipo de comida, la cantidad o los artículos servidos.
- 
- 



# Recursos Penales y Civiles

- Terminación del programa.
- Enjuiciamiento criminal.
- Sera agregado en la Lista Nacional de Descalificados (NDL) hasta por 7 años.
- No podrá participar en programas financiados por el gobierno federal.

La Ley de Reclamaciones Falsas cubre el fraude que involucra cualquier contrato o programa financiado por el gobierno federal. Aquellos que presenten a sabiendas, o hagan que otra persona o entidad presente, reclamos falsos por el pago de fondos del gobierno son responsables por tres veces los daños del gobierno más multas civiles de \$ 5,500 a \$ 11,000 por reclamo falso.



The slide features a decorative border with various vegetables and a speaker icon. In the top left, there is a speaker icon, a green leaf, a red chili pepper, and a yellow pepper. In the top right, there is a green leaf, a yellow pepper, and a head of broccoli. In the bottom left, there is a green leaf, a leek, and two red tomatoes. In the bottom right, there is a carrot with green stalks and a green leaf. The background is a light beige color with some faint, abstract shapes.

13

# Revisión y Envío de su Reclamo



# Envío Mensual



- ✓ Someter el reclamo electrónicamente por Minute Menu CX / KidKare y luego envíe todos los documentos físicos requeridos a Family Central antes del **5<sup>th</sup> día del mes.**
- ✓ Si esta cerca, por favor, considere llevar los sobres en persona.
- ✓ Si su reclamo esta tarde, envíelo por correo prioritario o llévelo a nuestra oficina lo antes posible.
  - Hay riesgo de retraso en el pago si la reclamación llega tarde.

**Centros con su propia cantina: debe enviar un comprobante de pago de su cantina a FCI con cada reclamo.**



**Fast Claim  
Submissions**





# Siga la Lista de Verificación

Si la asistencia subsidiada/VPK no está disponible, envíe el resto del reclamo, envíe esta asistencia tan pronto la tenga disponible.

**SOLO ENVIE LO QUE ESTA ENLISTADO Y APLIQUE PARA USTED!**

**SELF-PREP: asegúrese de enviar una copia del menú con los las sustituciones, si hubo alguna, junto con los recibos para respaldar sus compras.**

**Family Central**  
Family Central's Sponsored Centers  
Child Care Food Program Claim Package Checklist

*Please Complete & Submit this Checklist with Monthly Claim Package* **MUST BE RECEIVED BY THE 5<sup>th</sup> OF THE MONTH**  
Claim **MUST** be **Complete and Accurate** in order for your claim to be processed.  
Submission of incomplete paper work may result in a delay in claim reimbursement to your center.

Center: \_\_\_\_\_ Month: \_\_\_\_\_  
YEAR: \_\_\_\_\_

Free and Reduced-Price Applications for newly enrolled children with completed enrollment and child participation information  **KEEP PINK COPIES ONLY** \_\_\_\_\_  
or CCFP center enrollment forms with completed enrollment and child participation information  **KEEP YELLOW COPIES ONLY** \_\_\_\_\_

Copy of Infant Feeding Form for all newly enrolled infants  **KEEP YELLOW COPIES ONLY** \_\_\_\_\_

Original Personnel Activity Reports  **KEEP YELLOW COPIES ONLY** \_\_\_\_\_  
Supplies & Supplies Required (Please Write Center's Name)

Receipts for food (including infant foods) and CCFP supplies  **KEEP YELLOW COPIES ONLY** \_\_\_\_\_  
(Make sure Receipts are securely bound with **Clips or an Erubinder** with Center's Name)

Delivery receipts from caterer  **KEEP ONLY SET FOR YOUR RECORDS** \_\_\_\_\_  
EVERY Delivery Receipt must have **Date, Signatures & Telephone**

Weekly Attendance & Meal Count Report: Submitted Via **IMMCA** \_\_\_\_\_

Copy of Enrollment/Attendance Verification Forms for all subsidized children funded by the CCFP Title XX Funding Pool (Subsidized Attendance from **ELC**) \_\_\_\_\_

Self-Prep Sites: \_\_\_\_\_  
Copies of Menus for the month (with substitutions noted if applicable)

Catered Sites: \_\_\_\_\_  
Copies of Menus required only if menu items have been changed

Sites with Own Catering Contract: \_\_\_\_\_  
Proof of payment to caterer for prior month's invoice  
(Ex: cancelled check, credit card receipt, PDF invoice)

Center Representative Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Family Central Staff Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Revised: February 2023



**Ya concluimos el primer segmento de nuestra capacitación anual. Ahora procederemos a los derechos civiles.**

**Recuerde que al terminar la segunda parte, es fundamental completar la encuesta proporcionada para generar su certificado de asistencia.**

**Gracias por su atención y participación.**



# Derechos Civiles

## Capacitación para Proveedores del Programa de Alimentación para el Cuidado Infantil





# Requisito de Capacitación sobre Derechos Civiles

El entrenamiento anual en Derechos Civiles es requerido por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) para todas las personas que trabajan con el Programa de la comida (CCFP)

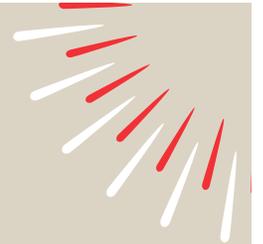
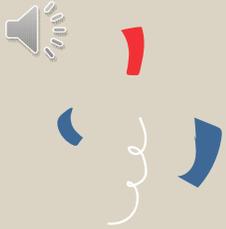




# Por Que Los Derechos Civiles?

Garantiza la igualdad de acceso para todos al Programa de Alimentos en el Cuidado Infantil





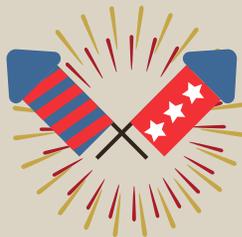
# Garantías de Derechos Civiles



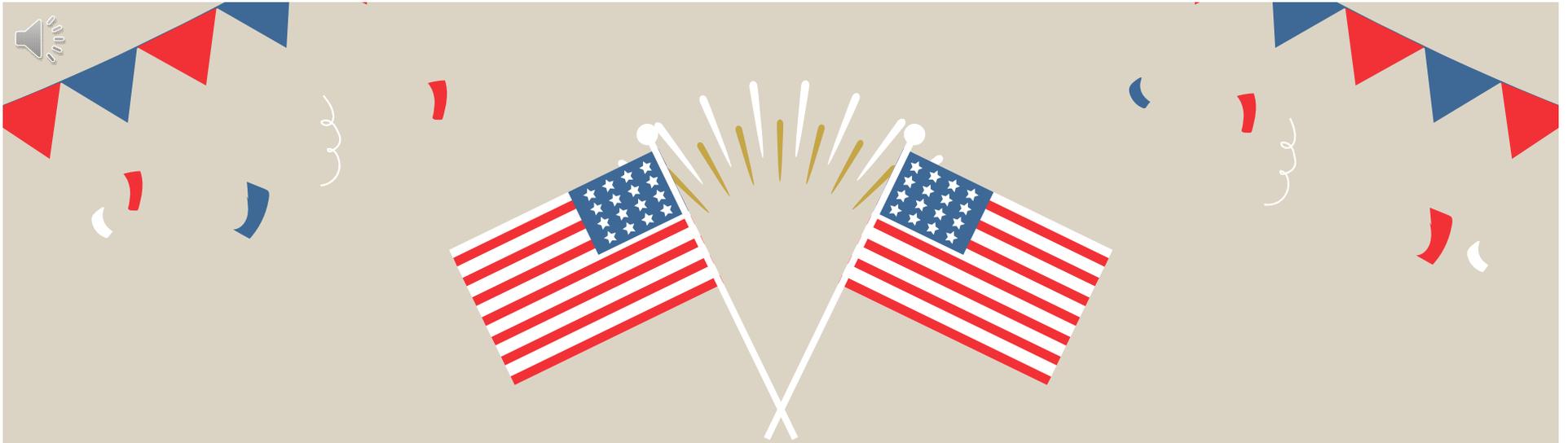
Incorporado en todos los acuerdos para garantizar que los niños tengan el mismo acceso al CCFP. Incluido en el acuerdo entre el Departamento de Agricultura y el Estado de la Florida.



Incluido en el acuerdo entre el Departamento de Salud de la Florida y Family Central.



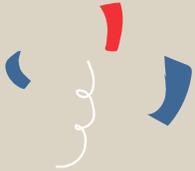
Incluido en el acuerdo entre Family Central y los Proveedores de Cuidado Infantil.



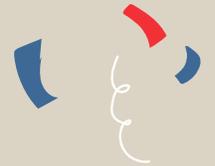
# **ACTA DE LOS DERECHOS CIVILES, 1964.**



**DISCRIMINACION**



# Clases Federalmente Protegidas



**EDAD**



**DISCAPACIDAD**



**SEXO**



**RAZA**



**COLOR**



**ORIGEN DE  
NATIONALIDAD**



# Religión

Aunque no forma parte de las seis clases protegidas en la legislación de derechos civiles, la discriminación religiosa está prohibida en el estado de Florida.





# Acta de Americanos con Discapacidades

Creado a partir de la Ley de Derechos Civiles de 1964, que prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo o nacionalidad de origen, - ADA es una ley de "igualdad de oportunidades" para las personas con discapacidad.



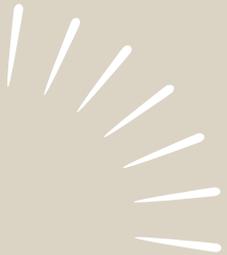


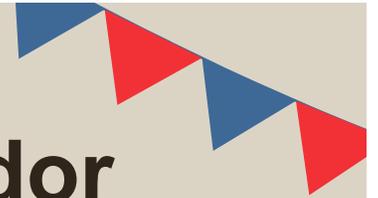
# ADAPTACIONES



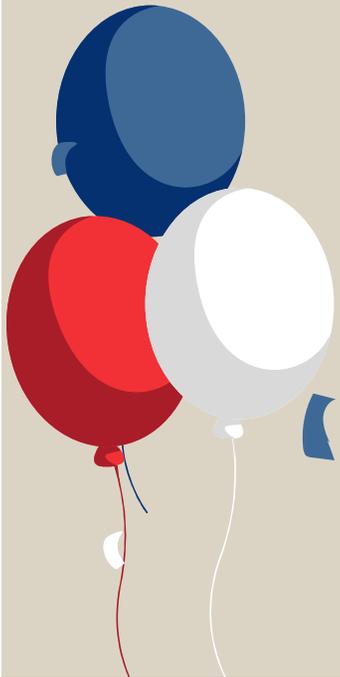
# Dominio Limitado del Inglés (LEP)

- Se refiere a una persona que no habla el idioma inglés con fluidez.
- Requiere que los beneficiarios de asistencia financiera federal tomen medidas razonables para que sus programas, servicios y actividades sean accesibles para personas elegibles con dominio limitado del inglés.

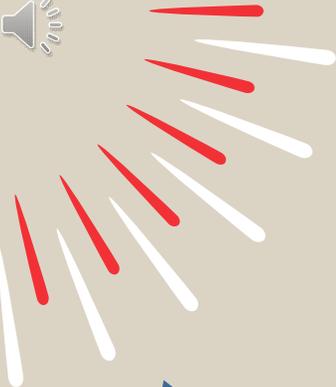




# Responsabilidades del Proveedor



- 1 Proporcionar servicios de CCFP de manera no discriminatoria.
- 2 Cumplir plenamente con todas las regulaciones de los derechos civiles.
- 3 Informar a los participantes y posibles participantes de las políticas no discriminatorias.
- 4 Ofrecer comidas/meriendas a todos los participantes en el cuidado de niños, incluidos los bebés.
- 5 Ofrecer sustituciones (según sea necesario) a personas con discapacidades, incluidas las personas con alergias alimentarias.
- 6 Participar en los entrenamientos anuales de derechos civiles.
- 7 Recopilar y permitir la recopilación de datos raciales y étnicos.
- 8 Informar a los participantes de los procedimientos de reclamación.
- 9 Referido de las quejas al Departamento de Salud y a la división de Derechos Civiles del USDA.

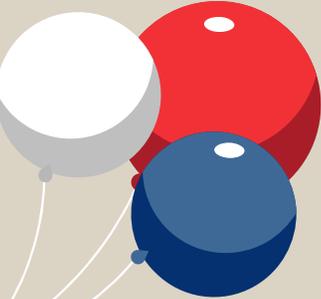


# Informar al Público

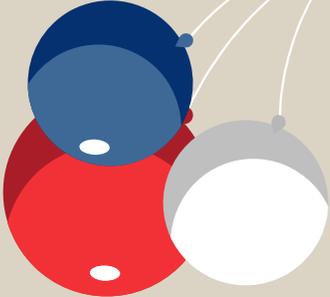
En la inscripción



A través de anuncios  
(según corresponda)



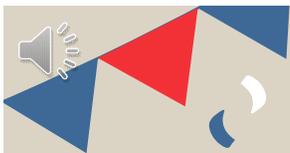
A través de material visible





***"Esta institución provee igualdad de oportunidades"***





## ETNICIDAD

- HISPANO O LATINO
- NO HISPANO O NO LATINO



## RAZA

- INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA
- ASIATICO
- NEGRO O AFROAMERICANO
- NATIVO DE HAWAI O ISLEÑO DEL PACÍFICO
- BLANCO



# Determinando la Identidad Étnica y Racial

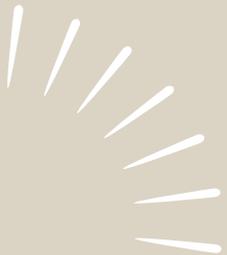
- Para informar la identidad racial y étnica de los niños, el USDA ha determinado que la observación e identificación visual por parte de un tercero no es confiable y ya no está permitida.
- Esta información debe ser realizada mediante auto informe por parte del participante.





# Recopilación de Datos Demográficos

- El USDA requiere que los proveedores soliciten a los participantes que confirmen la identidad racial y étnica de su hijo.
- Los proveedores deben asegurarse de que los participantes sepan que el hecho de no proporcionar esta información NO afectará su elegibilidad.





**Ofrecer un servicio al cliente de calidad a todos le ayudará a evitar creer que hay prácticas discriminatorias.**





# Resolución de Conflictos

La habilidad de solucionar conflictos puede ayudarle a evitar litigios y gastos innecesarios.

La habilidad de solucionar conflictos incluyen:

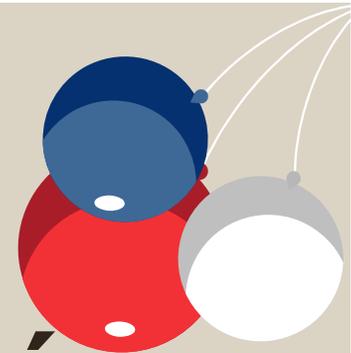
Comunicación

Empatía

Paciencia

Conocimientos  
Técnicos

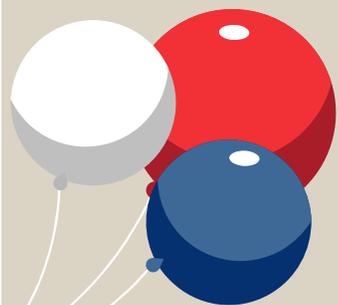




**Visita de Pre-Aprobación**

**Monitoreo Regular**

**Quejas**

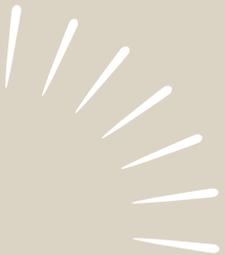


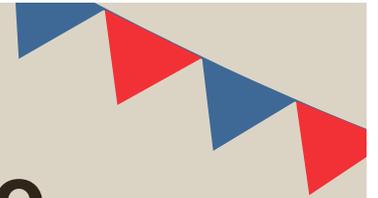


# Incumplimiento de las Regulaciones de Derechos Civiles



- Debe ser reportado a las agencias estatales y federales apropiadas.
- Será investigado.





# Resolución de Incumplimiento

1

**Voluntaria**

2

**Plan de  
Acción  
Correctivo**

3

**Terminación**

4

**Otras sanciones  
civiles o penales**





# Explicación de los Derechos Civiles

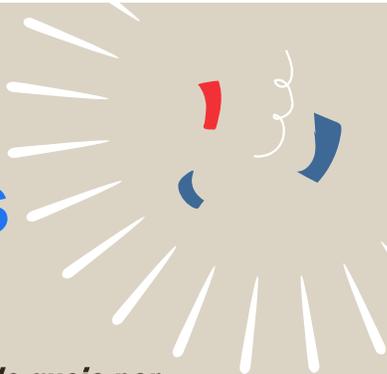
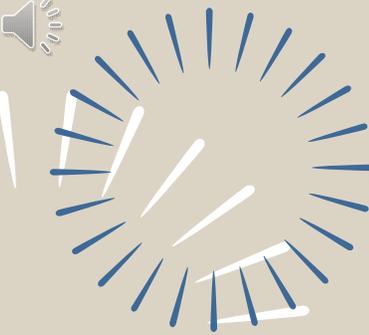


De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura (USDA) los reglamentos de derechos civiles y políticas, el USDA y sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias por actividades de derechos civiles anteriormente conducidas o patrocinadas por departamento de agricultura (USDA) .



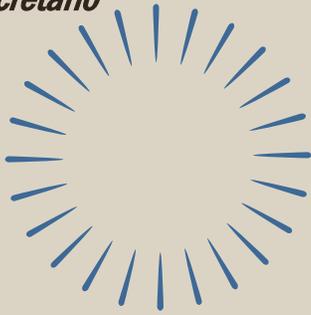
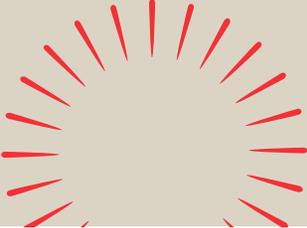
# Explicación de los Derechos Civiles

- Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) debe ponerse en contacto con las agencias (estatales o locales) donde solicitaron los beneficios.
- Las personas sordas o con dificultades auditivas, o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión federal al (800) 877-8399. También, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del Inglés.



# Quejas de Derechos Civiles

• *Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el “Formulario de queja por discriminación del programa” del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en “Cómo presentar una queja por discriminación del programa” y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por:*

- *(1) correo postal: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles,*
  - *1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410;*
  - *(2) fax: (202) 690-7442; o*
  - *(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)*
- 
- 



**FIN!**

*Si usted tiene preguntas específicas sobre las prácticas discriminatorias, y lo que está y no está permitido por la ley, le recomendamos que busque asesoramiento legal.*



# Encuesta

---

**Para completar el paso final de esta capacitación, haga clic en el enlace que aparece a continuación para acceder y responder la encuesta.**

**Su participación en esta encuesta es fundamental para finalizar su capacitación y recibir su certificado de asistencia.**

**¡Gracias por su cooperación!**

**HAGA CLIC AQUÍ**