

SPANISH TRANSLATION

SAMPLE HOUSEHOLD CONTACT SURVEY - CHILD CARE CENTER SPONSORS

ALL HIGHLIGHTED PARTS NEED TO BE FILLED IN BY THE SPONSOR OFFICE BEFORE SENDING OUT SURVEY!!!

(Refer to Attachment A for Months in Spanish)

Date

Parent/Guardian Name

Address

City, New Jersey Zip Code

Estimado Padre/Guardián:

Esta oficina administra el Programa de Nutrición para Adultos y Niños (CACFP sigla en Inglés) del USDA, en New Jersey. Yo represento <Insert agency name>. Su proveedor del programa de nutrición del cuidado de niños, <Insert name of provider> recibe reembolso del CACFP de New Jersey para las comidas que se les sirven a su(s) niño(s). Para mantener la integridad del programa CACFP, de vez en cuando realizamos las inspecciones para verificar la asistencia de su(s) niño(s) en la facilidad del proveedor. La participación en esta inspección nos ayudará mantener la integridad del CACFP. No se le negarán beneficios a su(s) niño(s) si usted decide no participar en esta inspección. Por favor complete las preguntas abajo para verificar la participación de su(s) niño(s) en el CACFP.

Inspección de Contacto de Casa

El (Los) nombre(s) y apellido(s) de su niño(s): _____

El nombre de su Proveedor: _____

El nombre del Padre/Guardián: _____

La relación al niño(s): _____

La fecha de hoy: _____

Ponga una "X" en la caja correcta

| | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. ¿Sabe que su Proveedor del Cuidado de Niños participa en el CACFP del USDA? | | |
| 2. ¿Está(n) su(s) niño(s) todavía en el cuidado del proveedor notado más arriba? | | |
| 3. Si respondió "Sí", ¿cuántos días atendió en el mes de <See attachment A and insert corresponding month>? _____ | | |
| 4. Si su(s) niño(s) no está(n) en el cuidado de este proveedor ahora, ¿Cuál fue su último día? _____ | | |
| 5. Liste los nombres y las edades de los niños. _____ _____ _____ | | |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| 6. ¿Es su niño familia de algún empleado de este proveedor? | | |
| 7. Si respondió, “Sí”, ¿cuál es la relación? _____ | | |
| 8. ¿Qué es el horario normal de la escuela para el (los) niño(s)? De _____ Hasta _____ | | |
| | Sí | No |
| 9. ¿Este proveedor cuidó a su(s) niño(s) durante el mes de <See Attachment A and insert corresponding month>? | | |
| 10. ¿Estuvo(ieron) su(s) niño(s) ausente(s) debido a la enfermedad, vacaciones, citas, etcétera, durante el mes de <See Attachment A and insert corresponding month>? | | |
| 11. Si respondió, “Sí”, por favor describe. _____ _____ _____ | | |
| 12. ¿Este proveedor cuida su(s) niño(s) durante los fines de semana? O ¿Este proveedor cuidó su(s) niño(s) durante los fines de semana durante el mes de <See Attachment A and insert corresponding month>? | | |
| 13. ¿Atiende(n) su(s) niño(s) la facilidad de este proveedor durante los días de fiesta? O ¿Estuvo su(s) niño(s) en la facilidad de este proveedor durante los días de fiesta? | | |
| 14. ¿Cuál es el horario normal en que su(s) niño(s) atiende(n) el centro del proveedor? De _____ Hasta _____ | | |
| 15. ¿Qué comidas les sirven regularmente a su(s) niño(s) mientras esta (n) en la facilidad del proveedor? _____ | | |
| 16. ¿Proporciona usted comida o dinero para algún alimento mientras el (los) niño(s) está(n) en la facilidad del proveedor? | | |
| 17. ¿En general, siente usted que su(s) niño(s) beneficia(n) del CACFP? | | |

Comentarios: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha de Hoy: _____

Después de completar esta inspección, mándela en el sobre proporcionado a:

<Insert agency name and address>

Gracias por su cooperación. Si tiene preguntas, por favor lláme al USDA, Unidad del CACFP al (609) 259-5072.

ATTACHMENT A
(Months In Spanish)

| Month in English | Month in Spanish |
|-------------------------|-------------------------|
| January | Enero |
| February | Febrero |
| March | Marzo |
| April | Abril |
| May | Mayo |
| June | Junio |
| July | Julio |
| August | Agosto |
| September | Septiembre |
| October | Octubre |
| November | Noviembre |
| December | Diciembre |