



# DECLINE PARTICIPATION

Family Child Care Food Program

13100 Brooks Drive, Ste. 100, Baldwin Park, Calif. 91706 | 626-338-4165

**Provider's name:** \_\_\_\_\_

**Provider ID:** \_\_\_\_\_

**Dear parent:** Your provider is required to offer program meals to your child while in care, regardless of race, color, national origin, sex, disability, age, full-time status, temporary placement, or relationship.

If you have chosen to decline participation in the Family Child Care Food Program for your child, please complete this form.

- You may furnish all foods for your child; your daycare provider will not receive reimbursement for meals served to your child.
- You may change your child's participation status at any time *in writing*.

*To be completed by the parent. Please print:*

<b>Child's name:</b>	
<b>Date of birth:</b>	
<b>Days and hours in care:</b>	

<b>My reason for declining the Food Program is:</b>	
---	--

<b>Additional comments/response:</b>	
--------------------------------------	--

Parent/guardian signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Provider's signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

This institution is an equal opportunity provider.



# DECLINAR PARTICIPACIÓN

Family Child Care Food Program

13100 Brooks Drive, Ste. 100, Baldwin Park, Calif. 91706 | 626-338-4165

Nombre de proveedora: \_\_\_\_\_

Numero ID: \_\_\_\_\_

**Estimado padre/madre:** Su proveedor debe ofrecer comidas del programa a su niño mientras está en cuidado independientemente de su raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, estado de tiempo completo, cuidado temporal, o relación.

Si usted elige declinar su participación en el Programa de Comida, por favor complete esta forma.

- Usted puede proporcionar todos los alimentos para su niño/a; su proveedora no recibirá reembolso por las comidas que se le sirve a su niño/a.
- Usted puede cambiar, *por escrito*, el estado de participación de su niño/a en cualquier momento.

*Para que el padre/madre complete. Por favor use letra de molde:*

<b>Nombre del niño/a:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Días y horas en cuidado:</b>	

<b>Mi razon para declinar el programa es:</b>	
---	--

<b>Comentarios adicionales/respuesta:</b>	
---	--

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.