



DECLINE ONE INFANT FOOD ITEM

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, including solid foods when developmentally ready, to your infant under 1 year old.

If you have chosen to decline one of your provider's solid food items and supply your own, it must meet CACFP nutritional requirements unless your doctor has prescribed a special food.

- You may only decline one of your provider's solid food items with this form. Your provider is required to offer all other food items for your infant.
- If you wish to supply more than one solid food item for your infant, the provider cannot claim the infant's meals.
- You may choose to decline participation for your infant in the Family Child Care Food Program completely if you wish.

To be completed by the parent. Please print:

| | |
|-----------------------|--|
| Infant's name: | |
| Date of birth: | |

| | |
|---|--|
| My provider offered me this solid infant food item: | |
| I will bring this solid food item for my infant instead: | |
| My reason is: | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Additional comments/response: | |
|--------------------------------------|--|

Parent/guardian signature: _____ Date: _____

Provider's signature: _____ Date: _____

This institution is an equal opportunity provider.



DECLINAR UN ALIMENTO INFANTÍL

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, incluyendo comida suplemental cuando el bebé esta listo en su desarrollo, a su infante menor de 1 año.

Si usted elije declinar uno de los alimentos de su proveedora y suplir su propio sustituto, debe cumplir con las pautas nutricionales de CACFP, a menos que su médico haya recetado uno especial.

- Puede declinar solo un alimento de su proveedora con esta forma. Su proveedora debe ofrecer todos los otros alimentos para su infante.
- Si desea suplir más de un alimento suplemental para su bebé, la proveedora no puede reclamar las comidas del bebé.
- Usted puede elegir declinar la participación de su infante en el Programa de Comidas completamente si desea.

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

| | |
|-----------------------------|--|
| Nombre del infante: | |
| Fecha de nacimiento: | |

| | |
|---|--|
| Mi proveedor me ofreció este alimento suplemental: | |
| Yo voy a traer este alimento suplementas en vez: | |
| Mi razón es: | |

| | |
|---|--|
| Comentarios adicionales/respuesta: | |
|---|--|

Firma del padre/madre: _____ Date: _____

Firma del proveedor: _____ Date: _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.