

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte  
 División de Bienestar Infantil y Familiar, Sección de Servicios de Nutrición Comunitaria  
 Programa de Alimentos para Cuidado de Niños y Adultos  
**Formulario de Inscripción para Adultos**



INSTITUTION NAME: \_\_\_\_\_ FACILITY NAME: \_\_\_\_\_ AGREEMENT#: \_\_\_\_\_

Este establecimiento participa en el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA). CACFP necesita prueba de inscripción para todos los participantes. Por favor complete la siguiente información. Asegúrese de firmar y fechar en el espacio provisto. Gracias.

Esta información puede ser facilitada por el participante o por un miembro adulto del hogar.

<b>Nombre del Participante:</b>	<b>Edad del Participante:</b>	
¿El participante adulto tiene 60 años de edad o más?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es el adulto participante un "adulto con discapacidad funcional"?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>El artículo 226.2 del Título 7 del CFR define al "adulto con discapacidad funcional" como "personas con discapacidad crónica de 18 años de edad o más, incluyendo las víctimas de la enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados con disfunción cerebral neurológica y orgánica, que están física o mentalmente discapacitadas hasta el punto de que su capacidad de independencia y su capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria están notablemente limitadas. Las actividades de la vida diaria incluyen, pero no se limitan a, actividades adaptativas como limpiar, ir de compras, cocinar, utilizar el transporte público, mantener una residencia, ocuparse adecuadamente de su aseo o higiene, utilizar teléfonos y guías telefónicas o utilizar una oficina de correos. Las limitaciones marcadas se refieren a la gravedad de la deficiencia, y no al número de actividades limitadas, y se producen cuando el grado de limitaciones es tal que interfiere gravemente en la capacidad de funcionar de forma independiente."</i>		
¿Reside el participante adulto en su propia casa?	<b>Reside en casa propia:</b>	
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si el participante adulto no reside en su propia casa, ¿reside el participante adulto en un "arreglo de vivienda grupal"?	<b>Arreglo de vivienda grupal:</b>	
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<i>El artículo 226.2 del Título 7 del CFR define las "arreglo de vivienda grupal" como "comunidades residenciales que pueden o no ser subsidiadas por fondos federales, estatales o locales, pero que son residencias privadas que albergan a un individuo o un grupo de personas que son las principales responsables de su propio cuidado y que mantienen una presencia en la comunidad, pero que pueden recibir monitoreo en el sitio".</i>		
Si el participante adulto no reside en su propia casa o en un "arreglo de vivienda grupal", describa el tipo de residencia: _____ _____		

**Participante/ Firma del Miembro**

**Adulto del Hogar:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre Impreso de la Persona que Firma Arriba: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

**For Institution Use Only:**

Signature of Institution's Representative: _____	Date: _____
Date the participant enrolled: _____	Date the participant withdrew: _____

Esta institución es un proveedor de igual oportunidades. / This institution is an equal opportunity provider.