



SOLICITUD DE PARTICIPACION
PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS

Entiendo que la AESAN tendrá que denegar esta solicitud si no cumple con todos los requisitos de la regulación del programa 7CFR 226.6 (b), 226.15 (b) y 226.16 (b). Si la AESAN determina que la institución incurrió en una deficiencia sería según se establece en: 226.6(c)(1)(ii) ó 226.6(c)(ii), iniciará un proceso de descalificación a la institución y sus responsables y denegará la solicitud.

1. Nombre de la institución: _____ Núm Contrato: _____

2. Dirección: _____ Teléfono: _____
_____ E-mail: _____

Dirección Postal: _____

3. Seguro Social Patronal de la Institución: _____

ESCRIBIR EL QUE UTILIZAN CUANDO REALIZAN RECLAMACION DE REEMBOLSO

4. Nombre y Título del Administrador: _____

5. Servicios que solicita:

Servicios	Horario Desde- Hasta	Distribución de la elegibilidad			Total matrícula	Distribución elegibilidad			Total matrícula
		G	R	P		Tier I	Tier II	G	
Desayuno	INCLUIR EL PERIODO DEL TAL A TAL HORA. ENTRE CADA SERVICIO DEBE DE TENER 2 HORAS DE DIFEREN CIA								
Almuerzo									
Merienda am					SUMAR LAS CANTIDADES Y ESCRIBIR EL TOTAL DE MATRICULA				SUMAR LAS CANTIDADES Y ESCRIBIR EL TOTAL DE MATRICULA
Merienda pm									
Cena									
Merienda en Riesgo									
Cena en Riesgo									
Horario Extendido: Merienda pm Cena									
Desayuno									

El horario de servicio, de cada facilidad, tiene que estar expuesto para los padres y tiene que estar dentro del horario aprobado en la solicitud. El horario tiene que cumplir con las políticas establecidas en PACNA. Las Agencias auspiciadoras de hogares, certifican que las comidas reclamadas para reembolso de los hijos del proveedor son elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido.

6. Nombre y Título del Representante del Programa de Alimento para Cuidado de Niños y Adultos: _____

7. Auspiciador Privado () con fines de lucro () sin fines de lucro ()
Auspiciador Público () Estatal () Federal ()

- Institución con fines de lucro que ofrece servicios a niños certifica que el 25% de su matrícula tiene una elegibilidad entre gratis y reducido o que el 25% de los participantes reciben beneficios del título XIX (del acta del seguro social) y que el centro recibe compensación de las cantidades otorgadas bajo el título XX.
- Institución con fines de lucro que ofrece servicios a adultos certifica que el 25% de sus participantes son beneficiarios de los títulos XIX o título XX o una combinación de estos títulos del acta de seguro social.

8. ¿Ha solicitado fondos federales anteriormente? Si _____ No _____

9. ¿Alguna vez le han denegado y/o descalificado de fondos públicos (Estatales o Federales) solicitados en los pasados siete años?
Si _____ No _____

Si la contestación es afirmativa, indique el nombre del Programa y la fecha de solicitud: _____

Página 2

Solicitud de Participación

10. ¿Participa o ha participado en Programas de Nutrición pagados por el Departamento de Agricultura Federal en los pasados tres (3) años?

_____ SI _____ NO

Si la contestación es afirmativa, indique el nombre del Programa y la fecha de participación:

(a) La Institución es una organización: marcar todas las que apliquen		Sí	No	Si la contestación es afirmativa, indica el nombre de los mismos
Multiprogramas	Participa en otros programas de USDA-FNS (Programa de Verano, Programa de Desayuno y Almuerzo escolar, etc.)			CONTESTAR TODAS LAS OPCIONES E INCLUIR LA INFORMACIÓN SOLICITADA
Multipropósitos	Da servicios en otros programas a la comunidad, pueden ser estatales o federales. Ej.: Educación Vivienda, Cuido de niños, Bienestar Familiar, etc.)			
Multiestado	La institución ofrece servicios de PACNA en otros estados de E.U.			

11. Si es una agencia auspiciadora debe indicar el número de centros con servicios de alimentos bajo su administración.

Tipo de centro	Cantidad de facilidades
Centro de Cuidado de Niños	
Centro de Cuidado de Adultos	
Centro de Head Start	
Centro con Fines de Lucro	
Centro con Horario Extendido	
Hogares tier I	
Hogares tier II	
Hogares Mixto	
Hogares que ofrecen servicio a sus propios hijos	
Merienda y/o cena en Riesgo (no aplican instituciones organizadas bajo Prog. Atlético o comprometidas en competencias)	
Albergues de Emergencia	

12. ¿Cómo se sirven los alimentos? _____ Pagando _____ No Pagando

13. Solicita fondos de inicio _____ SI _____ NO (Instituciones interesadas en extender los servicios a hogares de Cuido de niños)

14. Solicita fondos para expansión ____ SI ____ NO (Auspiciadores de hogares que deseen expandir los servicios a zonas rurales)

15. Indique el período de tiempo en que **no** funcionará el Programa de Alimentos para Cuidado de Niños y Adultos. _____

Página 3
Solicitud de Participación

16. La organización solicitante prefiere recibir: (marque una sola)

- Alimentos donados por el Gobierno Federal
 Pago al contado en vez de alimentos, cash in lieu

17. ¿La institución distribuirá los reembolsos a sus centros/hogares? Si No

18. Menú a utilizar: provisto por AESAN establecido por el centro

19. Área geográfica a servir: la institución debe someter documentación que respalde la necesidad que existe en la comunidad que justifique el ofrecimiento de los servicios. Ejemplos: anuncio de los servicios a la comunidad, estudio de necesidad.

Certifico que toda la información suministrada en esta solicitud y en los documentos requeridos con la misma fue revisada y es cierta a mi mejor conocimiento. Que la institución cumplirá con los derechos y responsabilidades descritos en el acuerdo de cumplimiento.

Certifico que es de nuestro conocimiento que toda Institución o individuo que auspicien el Programa y que ofrezcan información falsa serán incluidos en la lista Nacional de Descalificados y estarán sujetos a cualquier otra penalidad civil o criminal que aplique.

Nombre	Dirección Postal	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
Firma	Título	Fecha

Agencia Estatal
Servicios de Alimentos Nutrición

P.O. Box 190759 San Juan, Puerto Rico 00919-0759

Tel: (787) 773-6276



Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles (no todos los principios de prohibición aplican a todos los programas).

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al **(202) 720-2600** (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al **(800) 877-8339**.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.ocio.usda.gov/document/ad-3027>, en cualquier oficina del USDA, llamando al **(866) 632-9992**, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de:

correo postal:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o

fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442;

correo electrónico:

program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



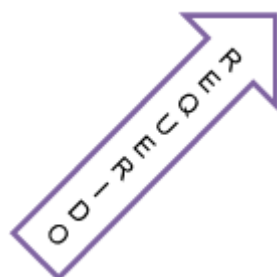
GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Agencia Estatal, Servicios de Alimentos y Nutrición



Plan Administrativo Solicitud de participación

7 CFR 226.6(b)(1)(iv)

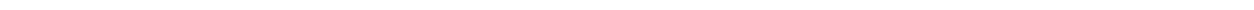
Año: ____



COMO APARECE EN EL ACUERDO DE CUMPLIMIENTO

Nombre de la Institución

Número de contrato: _____



Estructura Administrativa y Operacional **7 CFR 226.6(b)(1)(xviii)(B)**

Como está incorporada _____ ubicado en Ubicación oficina central
 Nombre de la Institución _____ Dirección física _____

cuenta con # _ centros/hogares no residenciales que sirven las comunidades de **BARRIOS, PUEBLOS, AREAS LIMITROFES** _____. Actualmente tenemos una matrícula de # _____ participantes entre las edades de 0-5 años. El horario de funcionamiento es de 7:30 a.m. a 6:00 p.m. Esta institución no está organizada como programa atlético ni está comprometida en competencias.

(a). Desglosar el personal con el que cuenta la Institución:

Personal Operacional (no aplica a hogares)		Personal Administrativo	
<i>Puesto</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Puesto</i>	<i>Cantidad</i>
Cocinera		Administrador	
Ayudante de Cocinera		Director	
Encargada de Cocina		Supervisor	
Distribuidor de alimentos		Nutricionista	
Conductor(a)		Asistente de Nutrición	
Encargado(a) de almacén		Especialista en Ecología	
Otro:		Coordinadora de Nutrición	
AJUSTAR DE ACUERDO A SU INSTITUCIÓN. PUEDE EDITAR		Contador	
		Auxiliar de Contabilidad	
		Maestro(a)	
		Ayudante de Maestro(a)	
		Secretaria	
		Oficinista	
		Asistente Administrativo	
		Agente Comprador	
		Monitor	
		Enfermera	
		Trabajador(a) Social	
		Otro:	

Organigrama

Incluir el organigrama
de su institución.



Instituciones (AGENCIAS Y CENTROS INDEPENDIENTES) deben incluir listado de: centros/cocinas e identificar si ofrecen serv. satélite alterno

Los centros que ofrezcan servicio alterno y las cocinas que sirvan como satélite deben estar identificados en el listado

Nombre del Centro	Dirección física completa (incluir puntos de referencia para facilitar la ubicación)	Teléfonos	Matrícula 0-2 años	Matrícula 3-5 años	Matrícula 6-12 años	Matrícula 12-18 años	Total de Matrícula	Fecha Vigencia de Licencias De Familia
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Aplica a Agencias, Centros Independiente y Hogares deben realizar el listado en Excel. Incluirán este listado en dicho formato cuando envíen la propuesta.

									Categoría	Elegibilidad de Servicio a Hijo	Servicios aprobados					
Nombre del Proveedor	Dirección Física	Teléfono	Fecha de Vigencia Licencia Depto. de la Familia D/M/A	Matrícula 0-2 años	Matrícula 3-5 años	Matrícula 6-12 años	Matrícula 12-18 años	Total de Matrícula	I - II - Mixta	Gratis o Reducido	D	M am	A	M pm	C	M noche
								+								

Aplica solamente a hogares, deben realizar el listado en Excel. Este documento NO deberán grabarlo en PDF, deben dejarlo en el formato original de Excel.

dd/mm/aaaa



Misión (Describir los objetivos de su Institución)

ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO

Junta Directiva y Personal Administrativo 226.6(b)(1)(XV)

Todas las Instituciones deben llenar la tabla según aplique a su institución, con la información requerida para cada representante.

Agencias de Gobierno

Representante de la Institución	Nombre	Fecha de Nacimiento D-M-A	Dirección Residencial o Postal*
Jefes de Agencia, Alcalde/ Administrador, Presidente	<p>LOS TITULOS DE LOS PUESTOS PUEDEN SER MODIFICADOS DE ACUERDO A LA REALIDAD DE LA INSTITUCION. TODA LA INFORMACION SOLICITADA DEBE SER SUMINISTRADA</p>		
Director de Programa			
Administrador/Coordinador de PACNA			
Director de Finanzas			
Contador o Persona que lleva la cuenta de PACNA			

TODO DOCUMENTO CERTIFICADO POR: LA ASAMBLEA MUNICIPAL, ALCALDE Y/O JEFE DE AGENCIA DEBE SER ESCRITO EN PAPEL TIMBRADO Y TENER EL SELLO DE LA INSTITUCIÓN

Constitución de la Junta

(no aplica a gobierno)

Indicar la estructura, composición de la Junta 7 CFR 226.6(b)(1)(xviii)(C)(1)

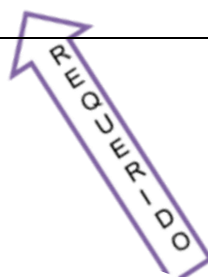
Nombre de los Miembros de la Junta	Título	Fecha de nacimiento D-M-A	Dirección Residencial o Postal*
Email: TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA. Debe incluirse tal y como aparece en el registro de corporaciones del Departamento de Estado			
Email: TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA. Debe incluirse tal y como aparece en el registro de corporaciones del Departamento de Estado			
Email: TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA. Debe incluirse tal y como aparece en el registro de corporaciones del Departamento de Estado			
Email: TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA. Debe incluirse tal y como aparece en el registro de corporaciones del Departamento de Estado			
Email: TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA. Debe incluirse tal y como aparece en el registro de corporaciones del Departamento de Estado			
Email: TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA. Debe incluirse tal y como aparece en el registro de corporaciones del Departamento de Estado			
Email: TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA. Debe incluirse tal y como aparece en el registro de corporaciones del Departamento de Estado			
Email: TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA. Debe incluirse tal y como aparece en el registro de corporaciones del Departamento de Estado			

7 CFR 226.6(b)(1)(XV)

*** Nota:** La dirección tiene que ser donde cada uno de los miembros de la Junta recibe su correspondencia personal. No incluir dirección de la institución.

¿La Junta de Directores se reúne regularmente?	Indicar cuantas reuniones se realizan durante el año
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿La Junta de Directores tiene la autoridad para contratar y despedir al Director Ejecutivo?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>





CERTIFICACIÓN CRIMINAL

Certifico que en los pasados siete años _____
(Nombre de la Institución)

así como ninguno de sus Ejecutivos Principales, han sido convictos de actividad alguna que hubiere ocurrido y que indiquen deficiencia en integridad comercial. Deficiencia en integridad comercial incluye fraude, falta a la privacidad, apropiación, robo, soborno, falsificación, alteración o destrucción de expedientes, hacer falso testimonio, aceptar propiedad robada, hacer reclamaciones falsas, obstrucción a la justicia o cualquier otra actividad que indique faltas a la integridad comercial según sea definida por la Agencia Estatal.

CERTIFICACION POLITICA DE EMPLEO

Certifico que ningún empleado de esta Institución con tareas y responsabilidades en el Programa de Alimentos para Cuidado de Niños y Adultos tendrán otro empleo que interfiera o conflija con el cumplimiento de tareas y responsabilidades del Programa. En adición otro tipo de trabajo pudiera no constituir o aparentar conflictos de interés real con el Programa.

Cualquier empleado del Auspiciador arriba indicado que esté trabajando o considere buscar un empleo alternativo solicitará aprobación del Director del Centro o Agencia Auspiciadora.

Firma de persona autorizada

Título

Fecha

U.S DEPARTMENT OF AGRICULTURE

CERTIFICATION REGARDING
DRUG-FREE WORKPLACE REQUIREMENTS (GRANTS)
ALTERNATIVE I - FOR GRANTEEES OTHER THAN INDIVIDUALS

This certification is required by the regulations implementing Sections 5151-5160 of the Drug-Free Workplace Act, Of 1988 (Pub. L 100-690, Title V, Subtitle D; 41 U.S.C. 701 et seq.) 7 CFR Part 3017, Subpart F, Section 3017.600, Purpose. The January 31, 1989 regulations were amended and published as Part 8 of the May 25, 1990 Federal Register (pages 21681-21691). Copies of the regulations may be obtained by contacting the Department of Agriculture Agency offering the grant.

(BEFORE COMPLETING CERTIFICATION, READ INSTRUCTIONS ON PAGE 3)

Alternative I

A. The grantee certifies that it will or will continue to provide a drug-free workplace by:

- (a) Publishing a statement notifying employees that the unlawful manufacture, distribution, dispensing, possession, or use of a controlled substance is prohibited in the grantee's workplace and specifying the actions that be taken against employees for violation of such prohibition;
- (b) Establishing an ongoing drug-free awareness program to inform employees about
 - 1. The dangers of drug abuse in the workplace;
 - 2. The grantee's policy of maintaining a drug-free workplace;
 - 3. Any available drug counseling, rehabilitation, and employee assistance programs; and
 - 4. The penalties that may be imposed upon employees for drug abuse violations occurring in the workplace;
- (c) Making it a requirement that each employee to be engaged in the performance of the grant be given a copy of the statement required by paragraph (a);
- (d) Notifying the employee in the statement required by paragraph (a) that, as a condition of employment under the grant, the employee will
 - 1. Abide by the terms of the statement; and
 - 2. Notify the employer in writing of his or her conviction for a violation of a criminal drug statute occurring in the workplace no later than five calendar days after such conviction;
- (e) Notifying the agency in writing, within ten calendar days after receiving notice under subparagraph (d) (2) from an employee or otherwise receiving actual notice of such conviction. Employers of convicted employees must provide notice, including position title, to every grant officer on whose grant activity the convicted employee was working, unless the Federal agency has designated a central point for the receipt of such notices. Notice shall include the identification number(s) of each affected grant;
- (f) Taking one of the following actions, within 30 calendar days of receiving notice under subparagraph (d) (2), with respect to any employee who is so convicted -
 - 1. Taking appropriate personnel action against such an employee, up to and including termination, consistent with the requirements of the Rehabilitation Act. Of 1973, as amended; or
 - 2. Requiring such employee to participate satisfactorily in a drug abuse assistance or rehabilitation program approved for such purposes by a Federal, State, or local health, law enforcement, or other appropriate agency;
- (g) Making a good faith effort to continue to maintain a drug-free workplace through implementation of paragraphs (a), (b), (c), (d), (e) and (f).

Form AD-1049 (REV 5/90)

B. The grantee may insert in the space provided below the site(s) for the performance of work done in connection with the specific grant:

Place of Performance (Street address, city, county, State, Zip code)

Check if there are workplaces on file that are not identified here.

Organization Name Award Number of Project Name

Name and Title of Authorized Representative

Signature Date

Incluir logo de la Institución, Municipio o Agencia

CERTIFICACIÓN DE LA FECHA PARA DETERMINAR LA EFECTIVIDAD DEL CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

(solo para instituciones que llenan certificado de elegibilidad)

Certifico que la Institución: NOMBRE COMO APARECE EN ACUERDO establece:

ESCOGER UNA OPCION

- la fecha en que el padre, participante o encargado firma
- la fecha en que el representante de la institución certifica la elegibilidad

como la fecha para determinar la efectividad del certificado de elegibilidad, según establece el memo code SFSP 01-2000, CACFP 01-2000

Además, se designa a _____ como el oficial que determina la elegibilidad

y a _____ como oficial que confirma la elegibilidad.

ORIGINAL

Firma de persona autorizada

Fecha



ENTIDAD AUSPICIADORA INC.
URB. FALSA, CALLE 00 AB, SAN JUAN PR 00907
787-123-4567 auspiciadorfalso@hotmail.com

RESOLUCIÓN CORPORATIVA

La Junta de Directores de **ENTIDAD AUSPICIADORA INC.** Organización **con o sin** fines de lucro, debidamente organizada y existente bajo las leyes del Gobierno de Puerto Rico, con número de registro 987654321, se reúne hoy ___ de _____ de 20___, en sesión ordinaria, con el propósito de otorgar la siguiente Resolución:

Para autorizar al Sr.(a), José Desconocido Inconsciente quien es el Administrador del Centro de Cuidado Diurno Entidad Auspiciadora Inc. a firmar y realizar todos los trámites correspondientes para la Propuesta del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos, del Departamento de Educación.

Por cuanto: Que con el propósito de recibir reembolsos de fondos federales, la Organización tiene la intención de fungir como institución auspiciadora del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (en adelante PACNA) del Departamento de Educación.

Por cuanto: Que como requisito para participar del PACNA, es necesario que la Organización delegue y designe al principal responsable, encargado de firmar el Acuerdo de Cumplimiento del PACNA, y cumplir con los demás requisitos administrativos.

Por tanto: Resuélvase por el Junta de Directores del CCD. Entidad Auspiciadora Inc. lo siguiente:

Sección 1ra: Se Autoriza al Administrador del CCD. Entidad Auspiciadora Inc. Sr.(a), José Desconocido Inconsciente, casado, vecino de San Juan Puerto Rico, y Maestro de profesión, a suscribir un Acuerdo de Cumplimiento para recibir los fondos del presente PACNA.

Sección 2da: Se Autoriza al Sr.(a), José Desconocido Inconsciente, a realizar cualquier otro tramite pertinente para cumplir con la propuesta , el Acuerdo de Cumplimiento, y trámites administrativos del PACNA.

Sección 3ra: Esta Resolución desde durante el año fiscal 2020-2021; o hasta ser enmendada o derogada por una posterior.

Pedro Imaginario
Presidente



ENTIDAD AUSPICIADORA INC.
URB. FALSA, CALLE 00 AB, SAN JUAN PR 00907
787-123-4567 auspiciadorfalso@hotmail.com

CERTIFICACIÓN RESOLUCIÓN CORPORATIVA

Yo, **Juan del Pueblo** con Seguro Social # XXX-XX-1234, mayor de edad, casado, y con residencia y domicilio en San Juan, Puerto Rico y como Secretario(a) de ENTIDAD AUSPICIADORA INC. organización con fines de lucro debidamente organizada y existente bajo las leyes del Gobierno de Puerto Rico, con número de registro 987654321. Que en reunión de la Junta de Directores de esta Corporación debidamente convocada y celebrada en la sede principal de la empresa en la ciudad San Juan, Puerto Rico, el día 1 de enero de 2020 y en la cual hubo "quórum", se vio y se aprobó de forma unánime la resolución corporativa **número uno (1)** y que el mismo fue:

"Se autoriza al Sr.(a), Jose Desconocido, consciente quien es el Administrador del Centro de Cuidado Diurno Entidad Auspiciadora Inc. a firmar y realizar todos los trámites correspondientes para la implementación del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos de este Departamento de Educación.

En mi carácter de Secretario(a) de la Corporación, CERTIFICO, ADEMÁS, que la Resolución arriba transcrita no ha sido revocada, anulada, alterada o enmendada en forma alguna y que se mantiene vigente con toda su fuerza y vigor y que la misma fue adoptada en conformidad con las disposiciones estatutarias de la Corporación.

Y PARA QUE QUEDA CONSTANCIA, firmo la presente y estampo el sello de la Corporación. En la Ciudad de San Juan, Puerto Rico al día de hoy 1 de enero de 2020.

Juan del Pueblo
Secretario

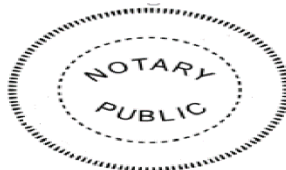


Afidávit Número -001- **ESTA SECCIÓN DEBE SER INCLUIDA POR INSTITUCIONES CON FINES DE LUCRO**

Reconocido y suscrito ante mí por **JUAN DEL PUEBLO** mayor de edad, casado, ejecutivo y residente de San Juan, Puerto Rico, en su capacidad como Secretario de **Entidad Auspiciadora.INC.**, a quien doy fe de conocer personalmente, en San Juan, Puerto Rico, hoy día ___ de _____ de 20__.

Lcdo. José Pepe Abogado

Notario Público



Incluir logo de la institución

Delegación de Firma

Yo _____ Título

de _____ a _____

quién ocupa el puesto de _____ a firmar los siguientes documentos:

- 1.
- 2.
- 3.

Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos.

Certifico correcto hoy _____ de _____ de _____, en _____ Puerto Rico.

DOCUMENTOS COMO: PROPUESTA, RECIBO DE RECLAMACIÓN, REGISTROS DE MATRICULA

Firma de persona autorizada

Nombre en letra de molde

Itinerario de Adiestramientos

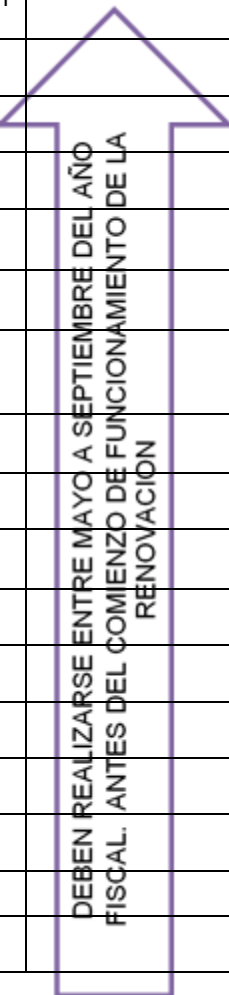
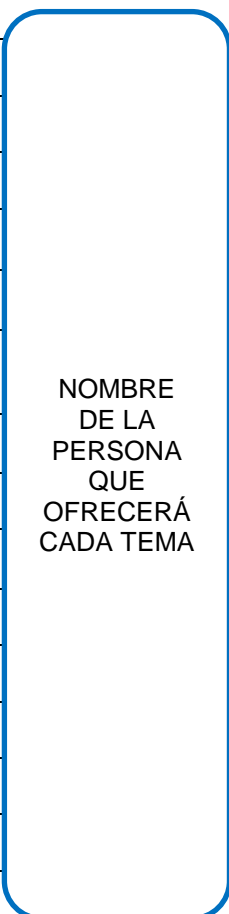
La Reglamentación Federal 226.15(e)(12) y (e)(14) y 226.16(d)(2) y (d)(3) establece que las instituciones tienen que proveer adiestramientos regularmente a su personal y que la planificación de los mismos tienen que incluirse en el plan administrativo.

Certificación de adiestramientos ofrecidos a personal clave/requerido

¿Quién es el personal clave para recibir adiestramiento anual sobre PACNA?

- ❖ Presidente y personal de la Junta de Directores
- ❖ Director del centro o agencia
- ❖ Director del Programa
- ❖ Personal del Área de Finanzas-Contador
- ❖ Coordinador del Programa
- ❖ Economistas del Hogar
- Maestro (a) y asistentes
- Nutricionistas
- Encargadas de Cocina
- Empleadas de Cocina
- Enfermera (o)s
- Trabajador Social
- Monitores
- Supervisores
- Alcalde
- Proveedores de hogares

¿Qué temas e información debe incluir este adiestramiento?

Tema	Fecha D-M-A	Personal Requerido		Nombre del Recurso
		Adm.	Oper.	
Cambios en la Administración y Operación del Programa		X	X	
Derechos Civiles		X	X	
Registro y Lista de Matrícula (según aplique)		X		
Certificado de Elegibilidad (si aplica)		X		
Procedimiento de Cuento y Registro de Asistencia		X	X	
Procedimiento de Reclamación de Raciones		X		
Patrones y Ciclo de menús (según aplique)		X	X	
Planificación y Preparación de Menú		X	X	
Salud, Seguridad y Saneamiento		X	X	
Expedientes		X	X	
Almacenaje		X	X	
Informe de Visita de Monitoria		X		
Contacto a Padres (si aplica)		X	X	
Sistema de Apelación y Deficiencias Serias		X	X	
Área Fiscal: manejo financiero, contabilidad, presupuesto		X		
Sistema de compras		X	X	
Otros				

Para realizar el adiestramiento se requiere que mantenga evidencia de:

- ❖ Agenda que incluya fecha, hora, lugar, temas específicos del día y nombre del recurso
- ❖ Hoja de asistencia con nombre y puesto. En caso de pertenecer a una agencia auspiciadora debe incluir ubicación del que recibe el adiestramiento.
- ❖ Material ofrecido
- ❖ Minutas de reunión con la junta de directores

Las instituciones que someten renovación tienen que realizar los adiestramientos de **mayo a septiembre del año fiscal vigente**. Las instituciones de **nuevo ingreso** tienen que realizar los adiestramientos antes de la vigencia de la propuesta.

Certifico que entiendo y que es nuestra responsabilidad adiestrar regularmente al personal:

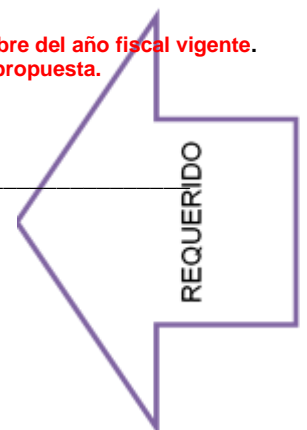
Nombre: _____

Firma: _____ ORIGINAL _____

Título: _____

Fecha: _____

(Firma la Persona autorizada en propuesta)



Itinerario de visitas para centro independiente

El propósito de la visita es verificar el funcionamiento del programa y corroborar que los procedimientos se estén llevando a cabo de acuerdo a lo establecido.

- ❖ Se realizarán dos (2) visitas de revisión cada año fiscal
- ❖ El lapso entre cada visita no puede exceder seis (6) meses
- ❖ La primera visita debe pautarse entre los meses de octubre a diciembre
- ❖ La segunda visita debe pautarse entre los meses de marzo y abril del año vigente
- ❖ Especificar la fecha: día, mes y año en que realizará las visitas

Fecha de visita a realizar (Incluir día-mes-año)		Recurso
1ra	2da	
DE OCT. A DIC.	MARZO O ABRIL	NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZARÁ LAS VISITAS

de visitas para agencia auspiciadora de centros/hogares 226.16(d)(4)

La Reglamentación Federal 226.16 (d) establece que como parte de los requisitos del programa PACNA, la institución realice unas visitas de monitoria para evaluar la operación y los servicios.

El propósito de la visita es verificar el funcionamiento del programa y corroborar que los procedimientos se estén llevando a cabo de acuerdo a lo establecido en la reglamentación, parte 226.16(d)(4)

_____ tiene la responsabilidad de cumplir con todos los estándares requeridos para la participación del programa entre ellos:

Institución

- ❖ Se realizarán como mínimo tres (3) visitas de monitorias cada año fiscal a todos los centros y/o hogar.
- ❖ Las visitas a una facilidad no pueden tener más de seis (6) meses entre cada visita del año fiscal ni 6 meses entre la última visita de un año fiscal y la primera del próximo año fiscal.
- ❖ Dos (2) de las tres (3) visitas deben ser sin anunciar y tienen que estar identificadas (la intención es que no se pueda predecir el momento de la visita).
- ❖ Se cumplirá con las Políticas Públicas CACFP 04-2006 sobre el por ciento de visita y sobre el tiempo variado Memo Code: CACFP 16-2011
- ❖ Cuando un centro es nuevo, que no funcionó en el ciclo de visita anterior, se le realizará la primera visita durante las primeras cuatro (4) semanas que comienza a funcionar en el programa
- ❖ Los servicios en fines de semana o días feriados son criterios a tener en cuenta al agendar las visitas (estos centros deben ser visitados durante este ofrecimiento)
- ❖ Mantener un record de las fechas de visitas, deficiencias encontradas y planes de acción correctiva.
- ❖ Si en una visita se encuentran deficiencias será necesario realizar la próxima visita sin anunciar
- ❖ El funcionario designado para realizar la visita de monitoria, no puede ser el funcionario que tiene la responsabilidad de supervisar PACNA en el centro u hogar. Este funcionario será responsable de realizar una visita de seguimiento para validar que el plan de acción correctiva fue implantado y que el (los) hallazgo (s) fueron corregidos permanentemente. La visita de seguimiento se realizará sin anunciar y antes de la próxima visita de monitoria al centro u hogar.
 - **Política Pública sobre las visitas de monitoria en PACNA**

Si se utiliza el sistema de Opción de seleccionar visitas-“Review averaging” entonces:

- ❖ Tiene que realizar dos (2) visitas sin anunciar a cada unidad, no pueden tener más de nueve (9) meses entre una y otra. La tercera visita se le asigna a otra unidad ya previamente seleccionada con necesidad de más de tres visitas de monitoría y con no más de tres meses entre cada visita.
- ❖ Tiene que identificar todas las unidades a las que se le realizarán sólo dos visitas y a las que se le realizarán más de tres visitas.
- ❖ Deben incluir día, mes y año en que realizarán las visitas y el nombre de los funcionarios

Firma de persona autorizada

Fecha

Incluir:

Hoja en excel personal asignado para realizar visitas y certificación del por ciento de visitas a cada servicio.

dd/mm/aaaa

Material Informativo sobre la Ley de Derechos Civiles

LEER, LLENAR Y CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS

INSTITUCION: _____		CCC: _____
¿Necesita material informativo en otros idiomas además de español e inglés?		Si la respuesta es afirmativa, favor de indicar el (los) idioma(s)
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1. 2. 3. 4.
¿Necesita intérprete para diferentes idiomas?		Si la respuesta es afirmativa, favor indicar el (los) idioma(s)
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1. 2. 3. 4.
¿Necesita medios alternativos para la comunicación de la Información del programa como, sistema Braille para no videntes, letras grandes, cintas de audio, etc.?		Si la respuesta es afirmativa, favor indicar el medio alterno
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sistema Braille <input type="checkbox"/> Letras Grandes <input type="checkbox"/> Cinta de audio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Explique: _____
¿Conocen las personas sordas, o con dificultad de audición, o discapacidades del habla (si aplica), que pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339?		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Mostró evidencia, (si aplica), de que estas personas fueron informadas?		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es <u>No</u>, indica cómo y cuándo se proveerá el material informativo		

Explique:

Día: Mes: Año:



Procedimientos para canalizar querellas de Derechos Civiles – Auspiciadores

_____ establece el siguiente procedimiento para canalizar querellas de Derechos Civiles basadas en los seis (6) aspectos protegidos por los Programas de Nutrición del Niño de “USDA”. Estos son: color, raza, edad, sexo, discapacidad y origen nacional.

1. Orientar al querellante sobre las alternativas que tiene para presentar la querella.
2. El querellante debe completar el formulario de querella que puede acceder por varias vías:
 - * internet: <https://www.ocio.usda.gov/document/ad-3027>
 - * en cualquier oficina de USDA
 - * llamando al (866) 632-9992
3. El querellante debe enviar el formulario de querella o si prefiere, una carta con la información solicitada en el formulario, por una de las siguientes alternativas:

correo:
US Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S. W
Washington, D.C. 20250-9410 o

fax: :
(833) 256-1665 o (202) 690-7442;

correo electrónico:
program.intake@usda.gov.

Nota: La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles.

4. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos debe comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con:
 - TARGET Center del USDA - (202) 720-2600 (voz y TTY)
 - USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información - (800) 877-8339
5. La persona o su representante que entienda que ha sido discriminada, tiene hasta ciento ochenta (180) días para radicar la misma. Solo el Secretario de Agricultura Federal podrá extender este período bajo circunstancias especiales. La ley prohíbe cualquier tipo de represalia, aun si la querella original NO tuviera base o fundamento. Esto puede resultar en un hallazgo o deficiencia hacia la entidad donde ocurre la querella.
6. De surgir alguna querella relacionada a los aspectos NO protegidos por los Programas de Nutrición del Niño de “USDA”, se canalizará utilizando el mismo procedimiento que se aplica para los 6 aspectos protegidos.
7. El auspiciador cooperará en la investigación de la querella, si es requerido por la Oficina Regional de Derechos Civiles de “USDA”.

Firma del Representante de la institución

Título

Fecha

Política Pública de Derechos Civiles

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles (no todos los principios de prohibición aplican a todos los programas).

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al **(202) 720-2600** (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al **(800) 877-8339**.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.ocio.usda.gov/document/ad-3027>, en cualquier oficina del USDA, llamando al **(866) 632-9992**, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de:

correo postal:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o

fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442;

correo electrónico:

program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



POLITICA PUBLICA

Nombre de Centro o Agencia: _____ CCC- _____

Dirección: _____

POLITICA PUBLICA A SEGUIRSE EN EL SERVICIO DE COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO EN INSTITUCIONES PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE ALIMENTO PARA CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS.

El _____ certifica que:
(Centro o Agencia Auspiciadora)

1. Los documentos que determinan la elegibilidad de los participantes clasificados gratis y a precio reducido se mantendrán disponibles en los archivos del Centro o Agencia. El conteo de raciones servidas se hará al momento del servicio.

2. Todos los participantes matriculados en los centros reciben los mismos servicios sin discriminar sobre la base de raza, color, sexo, edad, discapacidad u origen nacional. No existe discriminación en el servicio de comidas, requisitos de admisión ni en el uso de las facilidades. Cualquier queja de discriminación se enviará por escrito inmediatamente a: **U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington,
D.C. 20250-9410**

3. Todas las comidas servidas a los participantes matriculados se informarán en la reclamación de reembolso de acuerdo al método indicado por la Agencia Administradora.

4. Se realizará un anuncio público informando la disponibilidad de los servicios, en las áreas de procedencia de los participantes. Este anuncio y todo el material informativo del Centro incluirá la política pública de no discrimen y el procedimiento para canalizar quejas.



Firma del representante de la institución

Fecha

Agencia Estatal Servicios de Alimentos y Nutrición, P.O. Box 190759, San Juan, Puerto Rico 00919-0759 Tel: (787) 773-6292

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles (no todos los principios de prohibición aplican a todos los programas).

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al **(202) 720-2600** (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al **(800) 877-8339**.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.ocio.usda.gov/document/ad-3027>, en cualquier oficina del USDA, llamando al **(866) 632-9992**, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de:

correo postal:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o

fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442;

correo electrónico:

program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

*REQUISITOS ADICIONALES
DE CENA Y MERIENDA EN RIESGO*

Incluir lista de personal de supervisión. Nombre y posición.

Lista creada por la institución donde mencione el nombre y la posición del personal de supervisión.

Indicar nombre y dirección de la escuela pública más cercana al área donde ofrecerán las actividades.

Debe incluir la escuela más cercana del sitio donde ofrecerán los servicios.

Nombre	Dirección física	Límite territorial que cubre la escuela Pública

*REQUISITOS ADICIONALES
DE ADULTOS*

Información Suplementaria De Elegibilidad Para El Centro De Cuidado Diurno De Adultos

El propósito es solicitar información suplementaria para tomar una decisión concerniente a la elegibilidad de las facilidades para el Centro de Cuidado Diurno de Adultos pueda participar en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (PACNA).

Incluir copia del documento que describe su Centro y contestar las preguntas que aparecen más adelante. Es requisito completar este formulario por cada solicitud.

a) PROPÓSITO PRIMARIO PARA CENTROS DE CUIDADO DIURNO DE ADULTOS

Para poder cualificar su participación el Centro debe ser no residencial y que los participantes tengan algún impedimento. El propósito primario de la facilidad es el cuidado de un adulto funcionalmente en deterioro que tengan 60 años o más, para quienes están matriculados en el Centro puedan participar en el PACNA.

Un adulto con impedimento significa que está imposibilitado o incapacitado y puede ir en aumento su condición; tiene 18 o más incluyendo paciente de Alzheimer y que tengan desórdenes neurológicos y orgánicos del cerebro; su capacidad de independencia y habilidad de hacer sus actividades diarias están marcadamente limitadas.

Actividades del diario vivir incluyen; pero son limitadas en actividades como limpiar, ir de compras, cocinar, coger transportación pública, mantener una residencia, capacidad para cuidarse y tiene higiene personal; usa teléfono o direcciones o usar una oficina postal.

Limitaciones marcadas se refiere a la severidad del deterioro y no el número de actividades limitadas y ocurre cuando hay un grado de limitación que interfiere seriamente en la habilidad de funcionar independientemente.

Favor de describir como su Centro cumple con los requisitos establecidos. Puede incluir hojas adicionales si fuera necesario.

Informar el servicio que brinda la institución, a la población que lo brinda y cuál es el propósito primordial de la institución.

Matrícula Centro Diurno para Adultos
Número de adultos con impedimentos
En exceso de 60 años edad

Si tiene más de 1 cocina, la información se presentará de manera consolidada

b) PROGRAMA COMPRENSIVO ESTRUCTURAL

Para cualificar su participación en el PACNA, el Centro para el Cuidado Diurno de Adultos, proveerá un programa estructural y comprensivo de salud, social y servicios relacionados con ayuda emocional. Se supone que el Programa provea un itinerario regular diario de actividades específicas, ambas grupales e individuales. Deberá incluir servicios de salud y estimulación física y mental. Estas actividades deberán variar para acumular las necesidades de los participantes y sus planes de cuidado individual.

Favor describir como su Centro cumple con estos requisitos, puede incluir hojas adicionales de ser necesario.

c) PLAN INDIVIDUAL DE CUIDADO

Para cualificar y poder participar en el Centro de Cuidado para Adultos debe desarrollar un plan de cuidado para cada participante registrado que esté funcionalmente deteriorado. Un Plan Individual de Cuido (IPC) es un plan designado para mantener el participante (él o ella) en su nivel de vida normal o que el participante recupere su nivel de vida normal o que el participante recupere su nivel de cuidado personal. El plan debe ser escrito y como mínimo contener los siguientes componentes.

- **Provisión**

Una provisión de las necesidades y fortalezas individuales basadas en la información obtenida de los participantes y de sus miembros familiares, cuidadores, médicos etc. Esta información debe incluir áreas tales como perfil de salud, status emocional y mental, destrezas de su diario vivir, servicios de apoyo individual, posible ayuda de servicios de otros proveedores y un examen médico al día.

- **Plan de Servicio:** Un plan escrito basado en la provisión discutida arriba.

1. Metas y objetivo de un cuidado planificado
2. Actividades para obtener las metas y objetivos
3. Recomendaciones para terapia
4. Referido y seguimientos con otros servicios de proveedoras según se necesita.
5. Revisiones periódicas de provisiones y renovaciones

Favor de describir abajo como sus facilidades cumplen con los requisitos. Incluya hojas adicionales de ser necesario.

*REQUISITOS ADICIONALES
DE ALBERGUES*



Explique como la institución cumple con el requisito de proveer residencia temporera a los participantes y sus familias

Descripción general de los servicios que ofrecen

Explique de qué manera su institución se asegura que el reembolso que reclama es solo por comidas servidas a participantes elegibles que residen en el albergue

Mecanismos, procesos y controles que establecerán para asegurar el reclamo correcto de los servicios.

Procedimientos: Incluir todos los procesos establecidos por la institución y sus centros para asegurar que el servicio de alimentos, mantenimiento de expedientes y los requisitos operacionales, fiscales y administrativos requeridos por el programa se realizaran como esta establecido en la reglamentación.

- ❖ Matrícula
 - ❖ Conteo de raciones servidas diariamente
 - ❖ Reclamo de reembolso mensualmente
 - ❖ Compras
 - ❖ Contacto a padres (solo agencias que ofrecen servicio a niños)
 - ❖ Canalizar querellas de derechos civiles (anejo 3p)
 - ❖ El sistema de archivo y mantenimiento de los documentos operacionales y administrativos 7 CFR 226.6(b)(1)(xviii)(C)(3) 7 CFR 226.10(d)
 - ❖ Sistema de contabilidad (método utilizado, personal involucrado,)
 - ❖ La distribución de los reembolsos a los centros/hogares de cuidado, si aplica.
 - ❖ Sistema utilizado para determinar los hogares en categoría I (solo agencias auspiciadoras de hogares de cuidado diurno)
 - ❖ Sistema utilizado para notificar las opciones de reembolso a los hogares Categoría II
 - ❖ Cualquier otro procedimiento establecido
-

Reglamentos y Políticas

- ❖ Compras
- ❖ Área Fiscal
- ❖ Reclutamiento de personal
- ❖ Código de Conducta y desempeño

Agencia Estatal
Servicios de Alimentos y Nutrición
P.O. Box 190759
San Juan, Puerto Rico 00919-0759
Tel: (787) 773-6292



Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles (no todos los principios de prohibición aplican a todos los programas).

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al **(202) 720-2600** (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al **(800) 877-8339**.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.ascr.usda.gov/sites/default/files/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al **(866) 632-9992**, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de:

correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o

fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.
