

Appendix B-4-4. Consent Letter for Parent in Spanish

**Programa de Alimentación para Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés)
Estudio de Factibilidad
Consentimiento de los Padres Por Participación en la Recopilación de Datos Usando**

OMB Number: 0584-XXXX
Expiration Date: XX/XX/XXXX

Propósito

El Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS por sus siglas en inglés) paga una parte del costo de las comidas y aperitivos que su hijo recibe en la guardería a través del Programa de Alimentación para Niños y Adultos o Child and Adult Care Food Program (CACFP por sus siglas en inglés). FNS ha contratado a una empresa de investigación, Manhattan Strategy Group, para averiguar si los proveedores de cuidado están reclamando y recibiendo la cantidad correcta de reembolso por las comidas que sirven.

Descripción de Participación

Si decide participar, le pedimos que nos informe de los tiempos que deja y recoge a su hijo/hijos en la guardería durante un mes, utilizando un sistema especial de mensaje de texto. Su participación en el estudio es voluntaria; puede detener su notificación en cualquier momento. Si usted tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la línea gratuita del proyecto, 1-800-912-9384.

Riesgos y Beneficios

Existe un mínimo o ningún riesgo para usted o su hijo/hijos por participar en este estudio. No habrá ningún beneficio directo para usted por participar en este estudio. La información que reporte no afectará su reembolso por las comidas que sirven.

Compensación

Si usted acepta participar, usted recibirá una tarjeta de regalo Visa de \$25 en la compensación de los gastos incurridos en el uso de su teléfono celular. Usted recibirá la tarjeta de regalo Visa \$25, incluso si decide no completar el estudio de informes.

De conformidad con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). El número de control válido para esta recopilación de datos es 0584-XXXX. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de datos es un promedio de 6 minutos, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de datos.

Privacidad

La información sobre su asistencia se informará sólo en forma agregado, como un solo grupo. No vamos a revelar ningún nombre completo, número telefónico ni información de ubicación de usted, su hijo/hijos, o guarderías. Si tiene más de un niño registrado en la guardería, el primer nombre de su hijo será reportada para saber la asistencia de cual niño está reportando. Las únicas excepciones son las situaciones en las que se descubre información sobre lesiones a usted o a otras personas; por ley estamos obligados reportar cualquier información que podemos obtener durante el estudio sobre el peligro inminente para usted u otras personas.

Derechos de Decisión a Participar

Si usted acepta participar, usted tiene el derecho a cambiar de opinión y dar por terminado el estudio en cualquier momento

Consentimiento Voluntario

[If administered by phone add:]

En sus propias palabras ¿cuáles son los riesgos y beneficios, si los hay, de participar en este estudio?

Al aceptar este formulario de consentimiento, certifico que he leído y entendido su contenido, y que he obtenido respuestas a cualquier pregunta que puede haber tenido.

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Firma:

[Signature of MSG staff if consent received via phone]

Nosotros le proporcionaremos con una copia de este formulario de consentimiento a su solicitud. Por favor devuelva el formulario de consentimiento en el sobre que proporcionamos o llame al 1-800-912-9384 para dar su consentimiento verbal.