5-DAY RECONCILIATION

Site Name: _____ **License Capacity:** _____

Homes **:** All claimed during 5-day observation.

Dates for 5-Day Period: _____ Approved Meal Types & Times: B _____ AM _____ L _____ PM _____ D _____ Eve _____

Name	DOB		*Monday*							*Tuesday*							*Wednesday*							*Thursday*							*Friday*						
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Claim Attendance/Meal Totals:			Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E

Discrepancies with Meal Counts, Times, Days, Meal Types, and/or License Capacity? Y N If yes, explain discrepancies:

_____ _____

Signature *Date*

5-DAY RECONCILIATION **Site Name:** _____ **License Capacity:** _____

INSTRUCTIONS
5-Day Reconciliation

Prepare one copy of the 5-day reconciliation form for each site visit conducted to document reconcilation of child enrollment to meal attendance. Attach the 5-day reconciliation to your site visit forms and file.

Site Name - Enter the center or provider's name.

License Capacity - Enter the capacity as it is listed on the site's license.

Dates for 5-Day Period - Enter the calendar days and dates for the 5 consecutive days records will be reconciled.
Example: week of Thanksgiving where a site is open Monday - Wednesday closing Thursday - Sunday and opening again the following Monday. The 5 consecutive days recorded would be Monday, Tuesday, Wednesday and the following Monday and Tuesday.

Approved Meal Types & Times - Enter the start and end times for each meal service.

Child's Name - Enter each child's full name listing the last name first.
Center Sites : List 10% of enrolled children or a minimum of 5.
Home Sites : List all children claimed.

Date - Enter the calendar date next to each day of the week.

Claimed Meals (blue ink) - Using meal attendance records for the 5-day period enter the attendance and meals for each child on the claim line.

Enrolled Hours (red ink) - Enter each child's times of care (arrival time and departure time) as reported on child's CACFP Enrollment form.

DOB - Date of Birth (red ink) - Enter each child's date of birth as reported on child's CACFP Enrollment form.

Enrollment Attendance and Meals (red ink) - Enter each child's attendance and meals served as reported on the child's CACFP Enrollment form.

Claim Attendance/Meal Totals - Total all claimed attendance/meals for each day.

Discrepencies with Meal Counts, Times, Days, Meal Types, and/or License Capacity - Compare the check marks on the claim line with the check marks on the enroll line. If discrepencies are found, mark them with a highlighter and circle Y, write an explanation for discrepencies, and what steps will be taken to correct the issue. If no discrepencies are found circle N.

Signature/Date - Reviewer signs and dates the form when it is complete.

5-DAY RECONCILIATION

Site Name: _____ **License Capacity:** _____

Centers: 10% of enrolled children or minimum of 5. ***Homes*** **:** All claimed during 5-day observation.

Dates for 5-Day Period: _____ Approved Meal Types & Times: B _____ AM _____ L _____ PM _____ D _____ Eve _____

Name	DOB		*Monday*							*Tuesday*							*Wednesday*							*Thursday*							*Friday*						
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Claim Attendance/Meal Totals:			Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E

Discrepancies with Meal Counts, Times, Days, Meal Types, and/or License Capacity? Y N If yes, explain discrepancies:

_____ _____

Signature *Date*

5-DAY RECONCILIATION

Site Name: _____ **License Capacity:** _____

Centers: 10% of enrolled children or minimum of 5. ***Homes*** **:** All claimed during 5-day observation.

Dates for 5-Day Period: _____ Approved Meal Types & Times: B _____ AM _____ L _____ PM _____ D _____ Eve _____

Name	DOB		*Monday*							*Tuesday*							*Wednesday*							*Thursday*							*Friday*						
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
		Claim	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Hours:		Enroll	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E
Claim Attendance/Meal Totals:			Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E	Att	B	A	L	P	D	E

Discrepancies with Meal Counts, Times, Days, Meal Types, and/or License Capacity? Y N If yes, explain discrepancies:

_____ _____

Signature *Date*