

Solicitud Para una Sustitución de Leche Líquida

Nombre de la Agencia: _____

Nombre del Plantel: _____ Teléfono del Plantel: _____

Nombre de Partícipe: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre/Tutor Legal o Adulto Miembro del Hogar: _____

Número de Teléfono: _____

El partícipe mencionado anteriormente no tiene una discapacidad, pero el tutor legal o el adulto miembro del hogar está solicitando un sustituto de leche líquida debido a una necesidad médica u otra necesidad alimenticia especial. Este formulario no tiene como propósito acomodar los partícipes que beben sustituciones de leche líquida tal y como leche de soja debido a una preferencia de sabor. La agencia de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos tiene a su discreción el seleccionar una marca en específico de sustituto de leche desde que los productos aceptables deben de cumplir con requisitos nutricionales en concreto. No se puede ofrecer jugo como sustituto de leche líquida para partícipes con necesidades médicas o alimenticias especiales **que no** llegan al nivel de discapacidad.

Esta declaración por escrito permanecerá en efecto hasta que el tutor legal o el adulto miembro del hogar revoca tal declaración o hasta que la agencia discontinúe la opción de sustituto de leche líquida. Se anima, pero no se exige, las agencias participando en los programas federales de nutrición a acomodar solicitudes razonables. **El padre o tutor legal de un niño debe firmar este formulario.**

Necesidad Médica u Otra Alimenticia Especial que Requiere Sustituto de Leche Líquida:

Cuidado de Niños

Firma de un padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre escrito de padre/tutor legal: _____

Cuidado de Adulto en el Día

Firma de partícipe/miembro adulto del hogar: _____ Fecha: _____

Nombre escrito del partícipe/miembro adulto del hogar: _____

La información presente en este formulario debería ser actualizada, como sea necesario, para reflejar las necesidades médicas y/o nutricionales actuales del niño.

Declaración de No Discriminación del Departamento de Agricultura de los EEUU

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura de los EEUU - *U.S. Department of Agriculture* (USDA siglas en inglés) las regulaciones de derechos civiles y pólizas, se prohíbe el USDA, sus agencias, oficinas, y empleados, e instituciones partícipes en o administrando los programas del USDA discriminar según raza, color de piel, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia por actividades de derechos civiles previos en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA.

Personas con discapacidades que requieren métodos alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, Braille, fuente grande, Cinta Magnetofónica, Lengua de Señas Americana, etc.), deberían ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la cual solicitaron los beneficios. Individuos que son sordos, que tienen dificultades al oír, o con discapacidades al hablar pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión - *Federal Relay Service* al 800-877-8339. Además, información del programa puede estar disponible en otros idiomas aparte de inglés.

Para poner una queja de discriminación contra el programa, rellene el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa de USDA - *USDA Program Discrimination Complaint Form*, (AD-3027) ubicado en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y aporte en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al 866-632-9992. Entregue su formulario completado o su carta al USDA a través de:

(1) Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) Fax: 202-690-7442

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución brinda igualdad de oportunidad en el empleo.