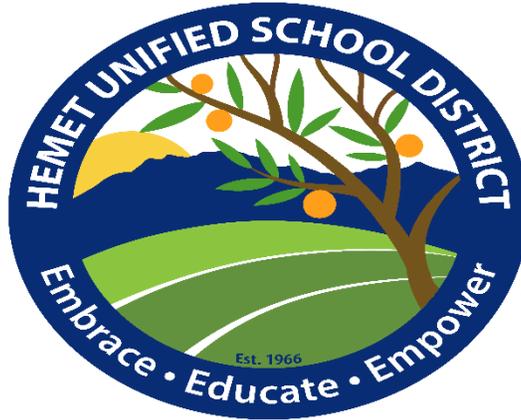


## PETICIÓN DE LOS PADRES PARA UNA SUSTITUCIÓN DE LECHE LÍQUIDA PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

1. Nombre de la Autoridad Escolar de Alimentos	2. Nombre del Sitio Escolar	3. Número de Teléfono del Sitio Escolar
4. Nombre del Estudiante		5. Edad o Fecha de Nacimiento
6. Nombre del padre/tutor legal		7. Número de Teléfono
<p>8. El estudiante mencionado anteriormente no tiene una discapacidad, pero está solicitando un sustituto de leche líquida debido a una necesidad médica o dietética especial. Este formulario no está destinado a los estudiantes que toman sustitutos de leche líquida, como leche de soja, debido a preferencias de sabor. La Autoridad de Alimentos Escolares tiene la discreción de seleccionar una marca específica de sustituto de leche, ya que los productos aceptables deben cumplir con los requisitos de nutrientes especificados. No se puede ofrecer jugo como sustituto de la leche líquida para estudiantes con necesidades médicas o dietéticas especiales que <b>no</b> se elevan al nivel de una discapacidad.</p> <p>* Esta declaración escrita permanecerá vigente hasta que el padre o tutor legal revoque dicha declaración o hasta que la escuela suspenda la opción de sustitución de leche líquida. Se alienta a los distritos escolares y las agencias que participan en los programas federales de nutrición, pero no se les exige, que admitan las peticiones razonables.</p> <p style="text-align: center;"><b>El padre o tutor legal del estudiante debe firmar este formulario.</b></p>		
9. Necesidad médica o dietética especial que requiera una sustitución de leche líquida:		
10. Firma del padre/tutor legal	11. Nombre del padre/tutor escrito	12. Fecha



Departamento de Educación de California  
División de Servicios de Nutrición  
SNP 26

Unidad de Programas de Nutrición Escolar  
Septiembre del 2020

\* Favor de tener en cuenta: Cuando sea necesario, la información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y/o nutricionales actuales del estudiante.

### Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (*U.S. Department of Agriculture*, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran los programas del USDA, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de señas americano, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del servicio federal de retransmisión (*Federal Relay Service*) al [\(800\) 877-8339](tel:800-877-8339). Además, podría estar disponible información del programa en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el formulario de quejas [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) que se encuentra en línea en: [How to File a Complaint](#), o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al [\(866\) 632-9992](tel:866-632-9992). Envíe su formulario de queja completo o carta al USDA por:

- (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](tel:202-690-7442); o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).