

SOLICITUD DE LOS PADRES PARA SUSTITUIR LA LECHE LÍQUIDA DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

1. Nombre del organismo encargado del programa alimenticio escolar	2. Nombre de la escuela	3. Teléfono de la escuela
4. Nombre del alumno		5. Edad o fecha de nacimiento del alumno
6. Nombre del padre/madre/apoderado		7. N° de teléfono
<p>8. El estudiante identificado en la casilla N° 4 no tiene ninguna discapacidad, pero está solicitando sustituir la leche líquida debido a una condición de salud u otra necesidad dietética especial. La intención de este formulario no es para acomodar a los estudiantes que beben sustitutos de leche líquida, como leche de soja, debido a preferencias de gusto. El organismo encargado del programa de alimentos escolares tiene la discreción de seleccionar una marca específica de sustituto de leche líquida ya que los productos aceptables deben cumplir con los requisitos nutritivos especificados. No podemos ofrecer jugo como un sustituto de leche líquida a los estudiantes con necesidades dietéticas especiales o condiciones de salud que no están al nivel correspondiente a una discapacidad.</p> <p>Esta declaración escrita permanecerá en vigor hasta que el padre, madre o apoderado revoque tal declaración o hasta que la escuela no continúe con la opción de sustituir la leche líquida. Recomendamos a los distritos escolares y agencias que participan en programas federales de nutrición, pero no están obligados, a aceptar las solicitudes razonables. El padre, madre o apoderado del alumno debe firmar este formulario.</p>		
9. Condición de salud u otras necesidades dietéticas especiales que requieren sustituir la leche líquida:		
10. Firma del padre/madre/apoderado	11. Nombre en letra de imprenta del padre/madre/apoderado	12. Fecha

Nota: Cuando corresponda, la información en este formulario debe ser actualizada para reflejar las necesidades médicas y/o nutricionales actuales del estudiante.

De acuerdo con la Ley Federal de derechos civiles y normas y regulaciones de los derechos civiles del Ministerio de Agricultura de los EE.UU. (USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan en o administran los programas del USDA discriminen basados en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o tomen represalias o se desquiten por actividades previas sobre los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Analitografía (Braille), letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americanos, etc.), deben contactarse con la agencia (estatal o local) donde postulan para obtener beneficios. Personas sordas, con problemas de audición o que tienen discapacidades de la expresión verbal pueden contactarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027). Usted puede encontrar dicho formulario en la siguiente página virtual: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o puede escribir una carta dirigida al USDA incluyendo toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Llame y envíe por correo su formulario o carta al USDA a la siguiente dirección: *U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410*; o por Fax: (202) 690-7442; o por correo electrónico a la siguiente dirección: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.