

## SOLICITUD DE LOS PADRES PARA UNA SUSTITUCIÓN DE LECHE LÍQUIDA PARA NIÑOS EN CUIDADO INFANTIL

NOMBRE DE LA AGENCIA <b>ROMOLAND SCHOOL DISTRICT</b>	NOMBRE DE SITIO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL SITIO
EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE		FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL		NÚMERO DE TELÉFONO  (       )
<p>El niño mencionado anteriormente no tiene una discapacidad, pero el padre o tutor legal solicita un sustituto de la leche líquida debido a una necesidad médica u otra dieta especial. Este formulario no está diseñado para acomodar a los niños que toman sustituciones de leche líquida como la leche de soya debido a las preferencias de sabor. La agencia de cuidado infantil tiene la discreción de seleccionar una marca específica de sustituto de la leche ya que los productos aceptables deben cumplir con los requisitos de nutrientes específicos. El jugo no se puede ofrecer como un sustituto de la leche líquida para niños con necesidades médicas o dietéticas especiales que no alcanzan el nivel de discapacidad.</p> <p>Esta declaración escrita permanecerá vigente hasta que el padre o tutor legal revoque dicha declaración o hasta que la agencia de cuidado infantil suspenda la opción de sustitución de leche líquida. Se alienta a las agencias de cuidado infantil que participan en programas federales de nutrición, pero no se les exige, que tengan en cuenta las solicitudes razonables. <b>El padre o tutor legal del niño debe firmar este formulario.</b></p>		
NECESIDAD MÉDICA U OTRA DIETARIA ESPECIAL QUE REQUIERE UNA SUSTITUCIÓN DE LECHE LÍQUIDA          		
FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL	NOMBRE IMPRESO DEL PADRE / TUTOR LEGAL	FECHA

La información en este formulario debe actualizarse, según sea necesario, para reflejar las necesidades médicas y / o nutricionales actuales del niño.

## DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al 800-877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del USDA (AD-3027), que se encuentra en línea en <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> y en cualquier Oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por: (1) Mail: 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) E-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Nota: Las clases protegidas para el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos son raza, color, nacionalidad, edad, sexo y discapacidad.