



Solicitud de Sustitución de la Leche Líquida - Cuidado de Niños

Nombre del niño _____

Solicitud de sustitución de leche no láctea:

Si su niño no puede beber leche de vaca fluida debido a necesidad médica o dietéticas especiales, pero no tiene una discapacidad medica diagnosticada usted o el centro de cuidado infantil puede elegir proporcionar uno de los aprobados no láctea de leche basada en su solicitud.

Identifique porque su niño necesita un sustituto de leche no láctea: _____

En este momento, únicamente hay seis marcas de sucedáneos de la leche no láctea disponibles en Washington que cumplen con la definición de ser nutricionalmente equivalentes y pueden ser servidos en lugar de la leche de vaca:

- 8th Continent Soymilk - Original y Vanilla*
- Silk Soymilk - Original
- Great Value Soymilk - Original
- Kirkland Organic Soy - Original (32-oz shelf-stable)
- Pacific Foods Ultra Soy - Original (32-oz or 8-oz shelf-stable)
- Ripple Dairy-Free Shelf-Stable Milk Original (32-oz or 8-oz), Chocolate* (8-oz) y Vanilla* (8-oz)

***Bebidas lácteas aromatizadas no puede ser servida a los niños de 1 a 5 años de edad.**

Otras leches que son meritorias y pueden ser servidas en lugar de la leche de vaca liquida son las leches acidificadas, leche acidófila, la mazada (comercialmente preparadas), leche de cabra, Kefir, leche libre de lactosa o reducido (como la leche Lactaid) y leche orgánica. **Nota: leche entera debe ser servida a niños de 12 a 24 meses y descremado o leche 1% debe ser servido a los niños de 2 años o más de edad.**

Al completar la siguiente información, su niño puede ser servido una de las leches de soja aprobadas acreditable señalado anteriormente proporcionada por la proveedora (si la proveedora elige) o proporcionada por usted.

_____ Solicito que mi niño sea servido una de las leches soja ofrecidas por la proveedora como describió anteriormente para comidas que requieren leche.

_____ Yo ofreceré una de las leches de soja descritas anteriormente para las comidas servidas a mi niño que requieren leche.

(Nombre del sustituto de leche sin lácteos aprobó o acreditable sustituto de leche)

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____