

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

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| 1. Nombre De La Agencia Romoland School District | 2. Nombre de Sito | 2. Número De Teléfono Del Sitio |
| 4. El Nombre Del Estudiante | | 5. Fecha De Nacimiento |
| 6. Nombre Del Padre / Tutor Legal | | 7. Número De Teléfono () |
| <p>8. 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.</p> <p>El padre o tutor legal del niño debe firmar este formulario.</p> | | |
| 9. Necesidad médica u otra dietaria especial que requiere una sustitución de leche líquida: | | |
| 10. Firma Del Padre / Tutor Legal | 11. Nombre Impreso Del Padre/Tutor Legal | 12. Fecha |

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

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027 .pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf), desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

correo: Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Avenida Independencia, SW Washington, DC 20250-9410; o fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o correo electrónico: Program.Intake@usda.gov
 Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.