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

1. Nombre del Administrador de la Alimentación Escolar	2. Nombre de la escuela	3. No. de Tel. de la escuela
4. Nombre del estudiante		5. Edad o Fecha de nacimiento
6. Nombre del Padre / Tutor Legal		7. Número de Teléfono ( )

8. El estudiante mencionado anteriormente no tiene una discapacidad, pero está solicitando un sustituto de leche líquida debido a una necesidad médica o dieta especial. Este formulario no está diseñado para complacer a los estudiantes que beben sustituciones de leche líquida tal como leche de soya debido a las preferencias de sabor. El Administrador de la Alimentación Escolar tiene la discreción de seleccionar una marca específica de sustituto de leche ya que los productos aceptables deben cumplir con requisitos específicos de nutrición. No se puede ofrecer jugo como un sustituto de leche líquida para estudiantes con necesidades médicas o una dieta especial que **no** llega al nivel de una discapacidad.

   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 le recomienda a los distritos escolares y las agencias que participan en programas federales de nutrición, pero no se requiere, que acepten solicitudes razonables. **El padre o tutor legal del estudiante debe firmar este formulario**.

9. Necesidad médica o dieta especial que requiera la sustitución de leche líquida:

10. Firma del Padre / Tutor Legal	11. Nombre impreso del Padre / Tutor	12. Fecha

Nota: Cuando sea necesario, debe actualizarse la información en este formulario para reflejar las necesidades actuales médicas y/o nutricionales del estudiante.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y pólizas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad previa 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 obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades 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 aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba un 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 completada al USDA por correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Oficina del Secretario Auxiliar para los Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.