Programas de Nutrición Infantil del Departamento de

Educación de Oregon
255 Capitol St. NE
Salem, OR 97310

(503) 947-5894

Springfield School District

Formulario de solicitud de preferencia de comidas

Nombre del sitio/proveedor:	**Envíe este formulario a:**

Parte I A rellenar por el padre/tutor, participante adulto o Springfield School District

Nombre del participante: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____Teléfono:_____

Parte II A rellenar por el padre/tutor o participante adulto

Nota: Este formulario es para las solicitudes de preferencia de comidas no médicas. Si se requiere una adaptación médica para la comida, se debe completar una Declaración Médica en su lugar.

1. Marque una o varias casillas: En el reverso de este formulario encontrará instrucciones adicionales

☐ A. El participante solicita un sustituto de la leche nutricionalmente equivalente[5]

Sustituto de la leche nutricionalmente equivalente disponible: _____
(Lista de marcas/sabores completos)

☐ B. El participante solicita otras adaptaciones no médicas[5] de comida, rellene la sección siguiente

Alimento(s) que debe(n) omitirse:	Sustitución sugerida:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Firma y fecha del padre/tutor o participante adulto:

_____ _____ _____
Nombre Firma Fecha

Parte III Springfield School District Uso exclusivo

Adaptaciones realizadas: _____

_____

Firma del patrocinador: _____ Fecha: _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Programas de Nutrición Infantil del Departamento de Educación de Oregon
255 Capitol St. NE
Salem, OR 97310
(503) 947-5894

Instrucciones para rellenar el formulario de solicitud de preferencia de comidas:

1. **Nombre de la organización:** Incluya el nombre de la organización patrocinadora que proporciona el formulario
2. **Nombre del sitio/proveedor:** Escriba el nombre del lugar donde se servirán las comidas (por ejemplo, Escuela ABC, Guardería XYZ)
3. **Envíe este formulario a:** Incluya el nombre y la información de contacto del personal de la organización que recogerá el formulario cumplimentado
4. **Parte I:** Esta sección puede ser completada por el **padre/tutor, participante adulto u organización**
    a. **Nombre del participante:** Escriba el nombre y el apellido del niño o del adulto participante
    b. **Nombre del padre/tutor:** Escriba el nombre y los apellidos del padre o tutor. Esto no es necesario para los participantes adultos.
    c. **Núm. de teléfono:** Incluya un número de teléfono para los padres/tutores en caso de preguntas
5. **Parte II:**Esta sección debe ser completada por el **Padre/Tutor o Participante Adulto** excepto por la sección Sustituto de Leche Nutricionalmente Equivalente Disponible.
    a. En la sección 1 - **marque una o más casillas**: Marque todas las casillas que correspondan.
        i. Un **Sustituto de la leche nutricionalmente equivalente** se define como un sustituto no lácteo que es nutricionalmente equivalente a la leche de vaca, como se indica en la norma del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) en 7 CFR 210.10(d)(3). No todos los sustitutos no lácteos cumplen este requisito. Para más información y una lista de sustitutos aceptables, consulte la página de adaptaciones y modificaciones de comidas de ODE CNP.
        ii. **Sustituto de la leche nutricionalmente equivalente disponible:** La Organización Patrocinadora incluirá el nombre completo y el sabor del Sustituto de la Leche Nutricionalmente Equivalente que está disponible según la política de la Organización. Si está disponible, debe proporcionarse sin costo adicional para los participantes.
        iii. **Una adaptación alimentaria no médica** puede incluir cualquier adaptación alimentaria debida a una preferencia religiosa, cultural o personal (por ejemplo, vegetariana, Kosher, etc.)
        iv. Si se marca la opción de alimentos no médicos, incluya tanto los alimentos **que deben omitirse como la(s) sustitución(es) sugerida(s)**. Las Organizaciones Patrocinadoras pueden omitir todos los alimentos que se soliciten y también pueden adaptar las sustituciones sugeridas de acuerdo con las políticas de su organización.
    b. En la sección 2 - **Firma y fecha del padre/tutor o participante adulto:** Escriba el nombre completo del padre/tutor o del participante adulto que solicita la adaptación, firme y ponga la fecha. Este formulario se considerará incompleto si no se rellena esta sección.
6. **Parte III:** Esta sección debe ser completada por la Organización Patrocinadora después de completar las Partes I y II.
    a. **Adaptaciones realizadas**: El personal de la Organización patrocinadora indicará qué adaptaciones se harán para las solicitudes presentadas en la Parte II. Todas las sustituciones de alimentos no médicas que se sirvan deben cumplir con el patrón de comidas para que sean reembolsables.
    b. **Firma del patrocinador y fecha**: El personal de la organización patrocinadora firmará y fechará el formulario. Este formulario se considerará incompleto si no se rellena esta sección.

Este formulario es sólo para solicitudes de preferencia de comidas no médicas y las adaptaciones están sujetos a las políticas establecidas por la Organización Patrocinadora. Los participantes que necesiten una comida por motivos médicos deberán recibir una declaración médica que deberá ser rellenada por un profesional médico autorizado.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.