Oregon Department of Education
255 Capitol St. NE
Salem, OR 97310

Child Nutrition Programs
(503) 947-5894

Medford School District

Meal Preference Request Form

Site/Provider Name:	Submit this form to:

Part I To be completed by Parent/Guardian, Adult Participant, or Medford School District

Name of Participant: _____

Parent/Guardian Name: _____ Phone #: _____

Part II To be completed by Parent/Guardian or Adult Participant
Note: This form is for non-medical meal preference requests. If a medical meal accommodation is required, a Medical Statement must be completed instead.

1. Check one or more boxes: Additional instructions are available on the back of this form

☐ A. The participant requests a Nutritionally Equivalent Milk Substitute[5]

Nutritionally Equivalent Milk Substitute Available: Kikkoman Pearl Organic Soymilk (Smart Creamy Vanilla Flavor)
(List full brand name/flavor)

☐ B. The participant requests other non-medical[5] food accommodations, fill out section below

Food(s) to be Omitted:	Suggested Substitution(s):
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Signature and Date of Parent/Guardian or Adult Participant:

_____ _____ _____
Printed Name Signature Date

Part III Medford School District Use Only

Accommodation(s) Made: _____

_____

Sponsor Signature: _____ Date: _____

This institution is an equal opportunity provider.

Oregon Department of Education
255 Capitol St. NE
Salem, OR 97310

Child Nutrition Programs
(503) 947-5894

Instructions for completing the Meal Preference Request Form:

1. **Organization Name:** Include the name of the Sponsoring Organization that is providing the form
2. **Site/Provider Name:** Print the name of the site where meals will be served (e.g., ABC School, XYZ Child Care Center)
3. **Submit this form to:** Include the name and contact information for the organization staff who will be collecting the completed form
4. **Part I:** This section can be completed by the **Parent/Guardian, Adult Participant, or Organization**
    a. **Name of Participant:** Print the first and last name of the child or adult participant
    b. **Parent/Guardian Name:** Print the first and last name(s) of the parent or guardian. This is not required for adult participants.
    c. **Phone #:** Include a number for the parent/guardian in case of questions
5. **Part II:** This section must be completed by the **Parent/Guardian or Adult Participant** except for the Nutritionally Equivalent Milk Substitute Available section.
    a. In section 1 – **check one or more boxes**: Check all boxes that apply.
        i. A **Nutritionally Equivalent Milk Substitute** is defined as a non-dairy substitute that is nutritionally equivalent to cow's milk, as outlined in the National School Lunch Program (NSLP) regulations at 7 CFR 210.10(d)(3). Not all non-dairy substitutes will meet this requirement. For more information and a list of acceptable substitutes, refer to the ODE CNP Meal Accommodations and Modifications page.
        ii. **Nutritionally Equivalent Milk Substitute Available:** The Sponsoring Organization will include the full name and flavor of the Nutritionally Equivalent Milk Substitute that is available per the Organization's policy. If available, it must be provided at no extra charge for participants.
        iii. **A non-medical food accommodation** may include any meal accommodations due to religious, cultural, or personal preference (e.g., vegetarian, Kosher, etc.)
        iv. If the non-medical food accommodation is checked, include both the **food(s) to be omitted and the suggested substitution(s)**. Sponsoring Organizations may omit all food(s) as requested and may also accommodate suggested substitutions according to their organization's policies.
    b. In section 2 – **Signature and Date of Parent/Guardian or Adult Participant:** Print the full name of the parent/guardian or adult participant who is requesting the accommodation, sign, and date. This form will be considered incomplete if this section is not filled in.
6. **Part III**: This section must be completed by the Sponsoring Organization after Parts I and II are completed.
    a. **Accommodations Made**: The Sponsoring Organization staff will indicate what accommodations will be made for the requests made in Part II. All non-medical food substitutions served must meet meal pattern in order to be reimbursable.
    b. **Sponsor Signature and Date**: The Sponsoring Organization staff will sign and date the form. This form will be considered incomplete if this section is not filled in.

This form is only for non-medical meal preference requests and accommodations are subject to policies set by the Sponsoring Organization. Participants requiring a medical meal accommodation should be provided with a Medical Statement to be filled out by a licensed medical professional.

This institution is an equal opportunity provider.

Programas de Nutrición Infantil del Departamento de

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

(503) 947-5894

Distrito Escolar de Medford

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 Distrito Escolar de Medford

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: Leche de Soya Orgánica Kikkoman Pearl (Sabor Inteligente a Vainilla Cremosa)
(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 Distrito Escolar de Medford Uso exclusivo

Adaptaciones realizadas: _____

_____

Firma del patrocinador: _____ Fecha: _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Rev. 4/21

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.