

## SOLICITUD DE PADRES PARA REEMPLAZAR LA LECHE LÍQUIDA PARA LOS NIÑOS DE EDAD ESCOLAR

1. Nombre de la autoridad de alimentos escolares	2. Nombre del plantel escolar	3. Número de teléfono de la escuela
4. Nombre del estudiante		5. Edad o fecha de nacimiento
6. Nombre del padre/madre o tutor legal		7. Número de teléfono (      )
<p>8. El estudiante antedicho no tiene una discapacidad, pero está solicitando un sustituto de leche por cuestiones médicas u otra necesidad dietética especial. Este formulario no está diseñado para dar cabida a los estudiantes que beben sustituciones de la leche líquida, tal como la leche de soya, debido a preferencias de gusto. La Autoridad de Alimentos Escolares tiene la discreción de seleccionar una marca específica de reemplazo de leche debido a que los productos aceptables deben cumplir con ciertos requisitos nutricionales. El jugo no se puede ofrecer como un reemplazo de la leche líquida para los estudiantes con necesidades médicas u otra necesidad dietética especial que <b>no</b> logran un nivel de discapacidad.</p> <p>Esta declaración escrita permanecerá vigente hasta que uno de los padres o tutor legal revoque dicha declaración o hasta que la escuela deje de ofrecer la opción de reemplazar la leche líquida. Los distritos escolares y agencias que participan en los programas federales de nutrición, se les aconseja, aunque no es obligatorio, dar cabida a las solicitudes razonables. <b>El padre de familia o tutor legal del estudiante debe firmar este formulario.</b></p>		
9. Necesidad especial dietética o médica que requiere el reemplazo de la leche líquida:		
10. Firma del padre/madre o tutor legal	11. Nombre del padre/madre o tutor legal (letra de molde)	12. Fecha

Por favor, tenga en cuenta: Cuando sea necesario, la información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y nutricionales actuales del estudiante.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442 o correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución provee igualdad de oportunidades.