

SOLICITUD PARENTAL PARA UNA SUSTITUCIÓN DE LECHE FLUIDO PARA NIÑOS DE EDAD ESCOLAR

1. Nombre de la Autoridad Alimentaria Escolar	2. Nombre del sitio de la escuela	3. Número de teléfono del sitio
4. Nombre del estudiante		5. Edad o fecha de nacimiento
6. Nombre del Padre / Tutor Legal		7. Número de teléfono ()
<p>8. El estudiante arriba indicado no tiene una discapacidad, pero está solicitando un sustituto de la leche fluida debido a una Médica u otra necesidad dietética especial. Este formulario no está diseñado para acomodar a los estudiantes que beben líquidos Sustituciones de leche como la leche de soja debido a las preferencias de sabor. La Autoridad Alimentaria Escolar tiene la discreción Para seleccionar una marca específica de sustituto de la leche ya que los productos aceptables deben cumplir con los requisitos especificados de nutrientes Requisitos. El jugo no puede ser ofrecido como un sustituto de leche fluida para estudiantes con dieta médica o especial necesidades que no llegan al nivel de una discapacidad.</p> <p>Esta declaración escrita permanecerá vigente hasta que el padre o tutor legal revoca dicha declaración o Hasta que la escuela suspenda la opción de sustitución de leche líquida. Distritos escolares y agencias participantes en los programas federales de nutrición son alentados, pero no requeridos, para acomodar peticiones razonables. El padre o tutor legal del estudiante debe firmar este formulario.</p>		
9. Necesidad médica u otra necesidad dietética especial que requiera una sustitución de leche líquida:		
10. Firma del Padre / Tutor Legal	11. Nombre impreso del padre / tutor	12. Fecha

Nota: Cuando sea necesario, la información en este formulario debe ser actualizada para reflejar la y / o necesidades nutricionales del estudiante.

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administrar los programas del USDA están prohibidos de discriminar basado en la raza, el color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, American Sign Idioma, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o de habla discapacidades pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en Idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja de discriminación relacionada con el programa, complete el Formulario de Queja de 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 escribir una carta dirigida a proporcionar USDA y 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 completa al USDA por Mail: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250- 9410; Fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov . Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades