



Solicitud de sustitución de leche fluida

Estimado Padre/Tutor/Participante:

¡Felicidades! La proveedora de cuidado de sus hijos participa en el Programa de Asistencia Alimenticia de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP). Participar en este programa significa que el proveedor presta especial atención a una nutrición saludable. El proveedor va a introducir y servir una variedad de alimentos nutritivos para que coman los niños que participan en el programa de comida y va a servir alimentos apropiados para cumplir con los requisitos nutricionales para la salud y bienestar de los niños participantes. Dependiendo de las horas de comida, el proveedor va a servir ya sea el desayuno, merienda a.m., almuerzo, merienda de la tarde, cena y/o merienda de la noche.

La leche fluida es un componente requerido para el desayuno y el almuerzo. (Para los participantes en CACFP, la leche fluida también es un requisito en la cena). La leche es un componente opcional en la merienda. En el caso de un participante que no beba leche fluida debido a necesidades dietéticas médicas que no sean una discapacidad, las bebidas no lácteas se pueden servir en vez de leche fluida. CACFP requiere que el sustituto no lácteo sea equivalente en nutrición a la leche de vaca y que cumpla con los siguientes estándares nutritivos.

Nutrientes requeridos	Cantidades requeridas por cada taza	% DV
Calcio	276 mg	28%
Proteína	8 g	16%
Vitamina A	500 IU	10%
Vitamina D	100 IU	25%
Magnesio	24 mg	6%
Fósforo	222 mg	22%
Potasio	349 mg	10%
Riboflavina	0.44 mg	26%
Vitamina B-12	1.1 mcg	18%

Si usted (participante) o un miembro de la familia de usted (padre/tutor) no puede consumir leche fluida debido a necesidades especiales dietéticas médicas o de otro tipo (que no sean una discapacidad), por favor, llene la siguiente "Sección para el Participante/ Padre/ Tutor" y devuélvala a su proveedor con la información requerida.

Sección para el Participante/Padre/Tutor - Por favor, llene la siguiente información

(Nombre del Participante)

(Edad)

(Sustitución Requerida)

Por favor, describa las necesidades dietéticas especiales médicas o de cualquier otro tipo que restrinjan que el participante pueda consumir leche de vaca:

Escriba los requisitos nutricionales del producto requeridos en el siguiente cuadro. Deben ser comparables a los estándares nutricionales que aquí aparecen para mostrar si se cumple o se excede la equivalencia nutricional.

Nutrientes requeridos	Cantidades requeridas por cada taza	% DV	Por cada taza o %DV en el producto sustituto
Calcio	276 mg	28%	
Proteína	8 g	16%	
Vitamina A	500 IU	10%	
Vitamina D	100 IU	25%	
Magnesio	24 mg	6%	
Fósforo	222 mg	22%	
Potasio	349 mg	10%	
Riboflavina	0.44 mg	26%	

Acepto proporcionar el producto sustituto a mi proveedor. Al proveer un sustituto de leche creditable, entiendo que el proveedor podrá recibir reembolso por las comidas/meriendas servidas.

Prefiero no tener que proporcionar el sustituto requerido. Entiendo que no es un requisito que el proveedor lo compre y lo provea _____, según es requerido, y queda a su criterio que lo haga. (Nombre del Sustituto)

Firma del padre/tutor

Fecha

Sección para el proveedor - Llene el análisis anterior para el sustituto requerido por el padre/tutor y la siguiente sección. Guarde una copia de este formulario en su archivo de registros.

He determinado la calidad nutricional del sustituto no lácteo de los valores nutricionales para el requisito de la leche con los valores aprobados. La sustitución requerida es (elija uno de los dos):

ACREDITABLE

NO ACREDITABLE

Entiendo que queda a mi criterio comprar y proveer un sustituto acreditable, como ha sido solicitado, si el participante/padre/tutor no provee la bebida no láctea que sustituye a la leche de vaca. Entiendo que puedo reclamar el reembolso de comida para las comidas eligibles.

Firma del proveedor

Fecha

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación: 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 de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. 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: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (1/2016)