



## SOLICITUD DEL CACFP DE ADAPTACIONES POR NECESIDADES DE DIETA ESPECIALES

La información de este formulario debe actualizarse cuando sea necesario para reflejar las necesidades actuales del participante.

1. Nombre del centro:	2. Número de centro de ACD:	3. Teléfono del centro:
4. Nombre del(de la) niño(a):		5. Edad del(de la) niño(a):
6. Nombre de padre/madre/tutor:		7. Teléfono de padre/madre/tutor:

### 8. Marcar una:

- Participante tiene una discapacidad y **requiere** una comida especial o una adaptación (consulte las instrucciones en el reverso). Las escuelas y agencias que participan en los programas nutricionales federales deben respetar las solicitudes de comidas especiales o de equipos/dispositivos de adaptación. **Un médico (MD o DO), ayudante o auxiliar médico (PA) o enfermera especializada (NP) debe firmar este formulario.**
- Participante *no tiene una discapacidad*, pero está solicitando una comida especial o una adaptación debido a razones médicas no relacionadas con una discapacidad. Las preferencias de alimentos no deben incluirse en este formulario. Se anima a las agencias participantes en los programas federales de nutrición para que hagan adaptaciones ante solicitudes razonables. **Un médico (MD o DO), ayudante o auxiliar médico (PA), nutricionista registrado (RDN), enfermera especializada (NP) o patólogo del lenguaje con licencia debe firmar este formulario.**
- Participante *no tiene una discapacidad*, pero está solicitando una adaptación especial de un **sustituto de leche líquida** que cumpla con los estándares nutricionales del USDA para las bebidas no lácteas que se ofrecen como sustitutos de leche. Aprobar una solicitud de un sustituto no lácteo de leche queda a discreción del establecimiento. **Un médico, ayudante o auxiliar médico (PA), nutricionista registrado (RDN), enfermera especializada (NP) o el padre o la madre debe firmar este formulario.**

9. Si el/la participante tiene una discapacidad, describa brevemente la actividad principal de su vida que es afectada por la discapacidad:

10. Orden médica o adaptación de dieta: (describa en detalle para asegurar su cumplimiento, use páginas adicionales si son necesarias)

11. Alimentos que se eliminarán y sus sustituciones: (indique los alimentos específicos que se deben eliminar y cuáles son sus sustituciones, adjunte una hoja con información adicional si es necesario).

A. Alimento(s) que se eliminarán:

B. Sustitución(es) sugerida(s):

12. Indicar textura:  Normal  Picado  Molido  En puré

13. Equipos/Dispositivos de adaptación (si corresponde):

14. Firma del padre/madre/tutor: 15. Nombre impreso: 16. Teléfono: 17. Fecha:

18. Firma del(de la) especialista médico: 19. Nombre impreso: (incluir credenciales) 20. Teléfono: 21. Fecha:

### Sponsor Use Only

Supervisor Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Approved

Denied

## INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADAPTACIONES POR NECESIDADES DE DIETA ESPECIAL

- 1. Nombre del proveedor/establecimiento:** anote el nombre del proveedor o del establecimiento de cuidado de niños que le proporciona el formulario al padre/madre/tutor y el establecimiento donde se servirán las comidas (por ejemplo: Centro de cuidado de niños XYZ, guardería familiar XYZ).
- 2. Número de proveedor de ACD:** escriba su número de seis dígitos de proveedor de ACD o el de cuatro dígitos de centro de ACD.
- 3. Teléfono del proveedor:** el número de teléfono del establecimiento donde se servirán las comidas. Ver n° 1.
- 4. Nombre del(de la) niño(a):** escriba el nombre del niño(a) participante a quien corresponde la información.
- 5. Edad del(de la) niño(a):** apunte la fecha de nacimiento del(de la) participante.
- 6. Nombre de padre/madre/tutor:** anote el nombre de la persona que solicita la declaración médica para el(la) participante.
- 7. Teléfono de padre/madre/tutor:** escriba el número de teléfono del(de la) padre/madre/tutor.
- 8. Marcar una:** seleccione el recuadro correspondiente para indicar si el(la) participante tiene discapacidad; no tiene discapacidad pero está solicitando una comida especial o una adaptación; o bien, no tiene discapacidad pero está solicitando una adaptación especial de un sustituto de leche líquida.
- 9. Si el/la participante tiene una discapacidad:** describa brevemente la actividad principal de su vida que es afectada por la misma. Por ejemplo: «consumir cacahuates le provoca una reacción que puede ser mortal».
- 10. Orden médica o adaptación de dieta:** describa la dieta o adaptación específica que ha sido indicada por una autoridad médica o describa la modificación de dieta para una condición no discapacitante. Por ejemplo: «todos los alimentos deben ser líquidos o como puré. El(la) participante no puede comer alimentos sólidos».
- 11. (A) Alimento(s) que se eliminará(n):** enumere los alimentos específicos que deben omitirse. Por ejemplo: «no dar leche líquida de vaca».  
**(B) Sustitución(es) sugerida(s):** anote los alimentos específicos para incluir en la dieta. Por ejemplo: «bebida no láctea nutricionalmente equivalente».
- 12. Indicar textura:** marque un recuadro para indicar el tipo de textura del alimento que se requiere. Si el(la) participante no necesita ninguna modificación, marque «Normal».
- 13. Equipos/Dispositivos de adaptación:** describa el equipo específico necesario para ayudar al(a) participante con su comida. Ejemplos pueden ser: vasitos o tacitas para sorber (*sippy cup*), cuchara de mango grande, muebles accesibles para personas en sillas de ruedas, etc.
- 14. Firma del padre/madre/tutor:** firma del padre/madre/tutor que solicita la adaptación.
- 15. Nombre impreso:** escriba en letra imprenta el nombre del padre/madre/tutor que completa el formulario.
- 16. Teléfono:** número de teléfono del padre/madre/tutor.
- 17. Fecha:** fecha en que el padre/madre/tutor firma el formulario.
- 18. Firma del(de la) especialista médico:** firma de la autoridad médica que solicita la comida o adaptación especial.  
ESTA FIRMA SE EXIGE SI EL(LA) PARTICIPANTE TIENE DISCAPACIDAD.
- 19. Nombre impreso:** escriba en letra imprenta el nombre de la autoridad médica. Incluya sus credenciales.
- 20. Teléfono:** número de teléfono de la autoridad médica.
- 21. Fecha:** fecha en que la autoridad médica firma el formulario.

Después de completar el formulario envíelo por correo, fax o correo electrónico a la oficina de ACD para documentar los registros.

**Definición de discapacidad:** la «Ley de enmiendas a la ley sobre estadounidenses con discapacidad» (*Americans with Disabilities Act Amendment Act - ADA*) define parcialmente una «discapacidad» como un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una actividad principal de vida o una función corporal principal de una persona. (Para obtener información adicional sobre la definición de discapacidad, por favor consulte la Sección 504 de la «Ley sobre rehabilitación de 1973» (*Rehabilitation Act of 1973*) y la «Ley de enmiendas a la ley sobre estadounidenses con discapacidad de 2008». Más información sobre la ADA —que amplía la definición de discapacidad—, consulte la hoja de comparación de ADA y ADA en (<http://www.law.georgetown.edu/archiveada/documents/ComparisonofADAandADAA.pdf>).

*Este proyecto es financiado al menos en parte con fondos del USDA a través de Michigan Department of Education o Illinois State Board of Education.*

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (*U.S. Department of Agriculture - USDA*), 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 Servicio Federal de Retransmisión [*Federal Relay Service - FRS*] 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](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](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (1/2019)

## Solicitud de sustitución de leche líquida

Estimado(a) padre/madre/tutor(a):

¡Felicitaciones! Su proveedor/establecimiento de cuidado de niños participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (*Child and Adult Care Food Program - CACFP*). Participar en el CACFP significa que a ellos les importa la buena nutrición. Ellos presentarán y servirán una gama de alimentos nutritivos para que lo(s) coma(n) su(s) hijo(s) y servirán alimentos apropiados que satisfacen las exigencias nutricionales para su salud y bienestar. Dependiendo de las horas que esté a cargo, su proveedor/establecimiento de cuidado de niños puede servir desayuno, merienda de la mañana, almuerzo, merienda de la tarde, cena o merienda de la noche.

La leche líquida es un componente alimenticio exigido para el desayuno, almuerzo y cena. Es un componente opcional para las meriendas. En el caso de que un participante no pueda consumir leche líquida debido a una condición médica o a otras necesidades nutricionales especiales (no discapacidad), como sustituto se le pueden servir bebidas no lácteas. CACFP exige que el sustituto no lácteo debe ser nutricionalmente equivalente a la leche y cumplir con los siguientes estándares nutricionales.

Nutrientes exigidos	Cantidad exigida por taza	% del valor diario (VD)
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%

Si su hijo no puede consumir leche líquida debido a una necesidad médica o a otras necesidades nutricionales especiales (no discapacidad), por favor complete la siguiente «Sección de padre/madre/tutor» y devuelva el formulario completo a su proveedor.

---

### Sección de padre/madre/tutor del participante: por favor complete

(Nombre del participante)

(Edad)

(Sustituto solicitado)

Por favor describa la necesidad médica u otras necesidades nutricionales especiales que restringen al participante a no consumir leche de vaca:

---



---



---

## Sección de padre/madre/tutor del participante - continuación

Por favor anote las exigencias nutricionales del producto solicitado en la siguiente tabla. Por favor anote las exigencias nutricionales del producto solicitado en la siguiente tabla. Esto debe ser comparable a los estándares nutricionales indicados para demostrar que se cumple con, o que se excede la equivalencia nutricional.

Nutrientes exigidos	Cantidad exigida por taza	% del valor diario (VD)	Producto sustituto en taza(s) o % del VD
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%	

- Elijo entregar el producto sustituto a mi proveedor de cuidado de niños. Al entregar un sustituto de leche acreditable, entiendo que el proveedor podría recibir reembolso por la comida/merienda servida.
- Elijo no entregar el producto sustituto solicitado. Entiendo que el proveedor no está obligado —pero tiene la opción de comprar y ofrecer \_\_\_\_\_ como se ha solicitado  
(Nombre del sustituto)

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Sección del proveedor:** revise el análisis anterior de los nutrientes del alimento sustituto de la leche solicitado por el padre/madre/tutor. Guarde una copia de este formulario en su archivo.

He determinado que la calidad nutricional del sustituto no lácteo de la leche solicitado comparando los valores nutricionales del sustituto solicitado con los valores aprobados. La sustitución solicitada es:

**ACREDITABLE**

**NO ACREDITABLE**

Comprendo que tengo la opción de comprar y servir un sustituto acreditable solicitado si es que el padre/madre/tutor del participante no entrega una bebida sustituto no lácteo de la leche. Entiendo que sólo podría solicitar reembolso por comidas o meriendas elegibles.

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Este proyecto es financiado al menos en parte con fondos del USDA a través de Michigan Department of Education o Illinois State Board of Education*

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture - USDA), 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 Servicio Federal de Retransmisión [Federal Relay Service - FRS] 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](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](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (1/2019)

**Sponsor Use Only**

\_\_\_\_\_  
Supervisor Signature

\_\_\_\_\_  
Date

- Approved  
 Denied