

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%
Vitamina B-12	1.1 mcg	18%

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, 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. (1/2019)

Sponsor Use Only

Supervisor Signature

Date

- Approved
 Denied