

SOLICITUD DE LOS PADRES PARA LA SUSTITUCIÓN DE LECHE LÍQUIDA

1. Nombre de la Autoridad Alimentaria Escolar	2. Nombre de la Escuela	3. Número de Teléfono Escolar
4. Nombre del Estudiante		5. Edad o Fecha de Nacimiento
6. Nombre del Padre o Tutor Legal		7. Número de Teléfono ()
<p>8. El estudiante enumerado anteriormente no tiene discapacidad, pero está solicitando un sustituto de leche líquida debido a una necesidad médica o necesidad dietética especial. El propósito de esta solicitud no es el de proveer acomodación a estudiantes quienes beben sustitutos de leche líquida, como la leche de soya, debido a preferencia personal. La Autoridad Alimentaria Escolar reserva el derecho, a su sola discreción, el seleccionar ciertas marcas de sustitutos de leche líquida ya que los productos aceptables deben de cumplir con los requisitos específicos de nutrientes. El jugo no puede ser ofrecido como un sustituto de leche líquida para estudiantes con necesidades médicas o necesidades dietéticas especiales que no surgen al nivel de discapacidad.</p> <p>Esta declaración por escrito permanecerá en vigor hasta que el Padre o Tutor Legal revoque esta declaración o hasta que la escuela suspenda la opción de sustitución de leche líquida. Se recomienda a los distritos escolares la opción de sustitución de leche líquida. Se recomienda a los distritos escolares y agencias participantes en el Programa Federal de Nutrición, pero no es necesario, hacer adaptaciones razonables. Los Padres o Tutores Legales del estudiante deben firmar esta solicitud.</p>		
9. Necesidad Médica u Otra Necesidad Dietética Especial que requiere sustitución de leche líquida:		
10. Firma de Padre/Tutor Legal	11. Escriba en Letra de Molde el Nombre de Padre/Tutor Legal	12. Fecha

Tenga en Cuenta: Cuando sea necesario, la información de esta solicitud debe actualizarse para reflejar la condición actual médica o necesidad dietética especial del estudiante.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, la religión, las represalias y donde, creencias políticas, estado civil aplicable, estado civil o paternal, orientación sexual, o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas y/o actividades de empleo.

Si desea presentar una queja al Programa de Derechos Civiles de discriminación, completar el Formulario de Quejas de Discriminación del Programa de USDA, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_presentation_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja o una carta por correo al Department of Agriculture, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o, (800) 845-6136 (español).

USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.