

Solicitud de un sustituto acreditable de la leche líquida

Parte 1: Antecedentes

Los operadores del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) pueden ofrecer sustitutos de la leche líquida a los participantes con necesidades dietéticas que no sean discapacidades según una solicitud por escrito del padre o tutor de un niño, un participante adulto, una persona en nombre de un participante adulto, un profesional de la salud con licencia estatal o un dietista registrado (RD). La solicitud por escrito debe identificar el motivo del sustituto.

Los operadores de CACFP que opten por ofrecer un sustituto de la leche líquida por razones no relacionadas con la discapacidad no están obligados a ofrecer el sustituto de la leche líquida específico solicitado, pero pueden ofrecer los sustitutos de la leche líquida de su elección (sin costo para el participante), siempre que cumpla con los requisitos de nutrientes para los sustitutos de la leche líquida enumerados en el [Título 7, Código de Regulaciones Federales \(7 CFR\), Parte 226.20 \(g\) \(3\) \(ii\)](#).

Los hogares tienen la opción de suministrar el sustituto de la leche líquida a su propio costo si cumple con los requisitos de nutrientes para los sustitutos de la leche líquida enumerados en [7 CFR, Parte 226.20 \(g\) \(3\) \(ii\)](#).

Un participante con una discapacidad, que requiere un sustituto de la leche líquida para adaptarse a su discapacidad, puede usar este formulario en lugar de presentar una declaración médica solo si la bebida cumple con los requisitos mínimos de nutrientes para los sustitutos de la leche líquida enumerados en [7 CFR, Parte 226.20 \(g\) \(3\) \(ii\)](#).

Un participante con una discapacidad, que requiere un sustituto de la leche líquida que no cumple con los requisitos mínimos de nutrientes para los sustitutos de la leche líquida (por ejemplo, bebida de avena, agua, jugo), no puede usar este formulario y, en su lugar, debe presentar una declaración médica firmada por un profesional de la salud con licencia estatal o un RD. Una plantilla de declaración médica (ID de formulario CACFP 97) está disponible en la sección de formularios de descarga del Sistema de Información y Pago de Nutrición Infantil (CNIPS) en inglés y español.

Nota: Los operadores de CACFP deben realizar modificaciones en las comidas de los participantes con una discapacidad que restrinja su dieta y deben hacerlo sin costo alguno para el participante.

Para obtener información detallada sobre modificaciones de comidas, componentes suministrados desde el hogar y declaraciones médicas, acceda a las modificaciones de comidas del Departamento de Servicios Sociales de California [en la página web de CACFP](#).

Parte 2: Completado por la persona que solicita un sustituto de la leche líquida para el participante

Nombre de la institución/sitio:

Nombre del participante:

Fecha de nacimiento del participante:

Nombre de la persona que completa el
formulario:

Número de teléfono de la persona anterior:

Relación de la persona que completa el formulario con el participante:

Padre/tutor del niño Yo
(participante adulto)

Persona que actúa en nombre de un participante adulto
Otro:

Identifique el motivo del sustituto de la leche líquida solicitado en el campo a continuación (por ejemplo, el participante es vegano, el participante tiene razones religiosas para no consumir productos lácteos, el participante tiene alergia a la leche).

El participante que figura en este formulario solicita un sustituto de leche líquida acreditable debido a las razones indicadas anteriormente. Esta solicitud permanecerá vigente hasta que el participante la rescinda o hasta que el operador de CACFP decida dejar de ofrecer un sustituto de la leche líquida a los participantes que soliciten un sustituto de la leche líquida por una necesidad/preferencia dietética (no una discapacidad). Los operadores de CACFP deben atender las solicitudes de sustitutos de la leche líquida y todas las demás modificaciones de comidas para los participantes que tienen una discapacidad que afecta su dieta.

Firma de la persona que completa el formulario

Fecha

Parte 3: Completado por el operador de CACFP (opcional)

¿Quién proporciona el sustituto de la leche líquida?

Operador CACFP (Programa de Alimentos)

Padre/tutor del niño, participante adulto o persona que actúe en nombre del participante adulto

Tipo de sustituto líquido de la leche (por ejemplo,
bebida de soja):

Declaración de no discriminación del Departamento de Agricultura de EE. UU.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria del demandante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse 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; or
2. Fax: (833) 256-1665 or 202-690-7442; or
3. Correo Electronico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.