



Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)
Formulario de solicitud de productos sustitutos de la leche
(Este formulario no se debe usar para indicar preferencias de alimentos)

Use este formulario si un participante no discapacitado solicita una adaptación especial solo para un producto sustituto de la leche. Este formulario le ayudará a determinar si el sustituto de la leche solicitado cumple con los estándares de nutrición establecidos por el Programa Nacional de Almuerzos Escolares. Se aconseja a los proveedores y autoridades encargadas de la alimentación en la escuela que participen en los programas federales de nutrición que accedan a las solicitudes razonables de adaptación.

Nombre del participante: _____ Edad del participante: _____

Sustituto solicitado: _____

Describe la necesidad médica o dieta especial que impide a su hijo consumir leche vacuna:

Productos sustitutos de la leche: Se podrán servir productos líquidos sustitutos de la leche como reemplazo de la leche líquida a los participantes que no puedan consumirla a causa de necesidades médicas, necesidades por dietas especiales o preferencias (no relacionadas con una discapacidad). Si el sustituto de la leche es lácteo, deberá estar pasteurizado, seguir los mismos requisitos relacionados con la grasa que la leche vacuna y cumplir con los estándares de nutrición descritos a continuación. El programa CACFP exige que el producto líquido sustituto de la leche sea nutricionalmente equivalente a la leche y cumpla con los siguientes estándares de nutrición:

Nutriente	Cantidad por vaso (8 onzas líq.)	% VD
Calcio	276 mg	28 %
Proteína	8 g	16 %
Vitamina A	500 UI	10 %
Vitamina D	100 UI	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 %

Sección para el participante, padre, madre o tutor

Opto por suministrar el sustituto solicitado a mi proveedor. Al suministrar un sustituto de la leche acreditable, entiendo que mi proveedor podrá recibir un reembolso por las comidas recibidas por el participante.

Opto por no suministrar el sustituto solicitado. Entiendo que mi proveedor no está obligado, pero sí facultado, a comprar y ofrecer un sustituto de la leche acreditable, si así se solicita.

Firma del participante, padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Sección para el proveedor: Completar esta sección y el análisis de nutrientes del sustituto solicitado por el padre, madre o tutor.

He determinado la calidad nutricional del sustituto de la leche no lácteo solicitado.
El sustituto solicitado es: **(Encerrar uno en un círculo)** ACREDITABLE NO ACREDITABLE

Entiendo que estoy facultado para comprar y ofrecer un sustituto acreditable, si se solicita, si los padres no suministran el producto sustituto de la leche. Entiendo que solo podré solicitar un reembolso por alimentación por las comidas que reúnan los requisitos.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

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.