

El proveedor debe enviar este formulario junto con un Formulario de Seguimiento de Necesidades dietéticas especiales completo.

WECA nombre y apellido del proveedor _____ 6-dígitos WECA ID# _____

Nombre y apellido del niño(a) _____ ID # _____ Fecha de Nacimiento _____

SOLICITUD DE PADRE/TUTOR PARA SERVIR UNA LECHE ALTERNA DEBIDO A LA PREFERENCIA PARA NIÑOS DE 1 AÑO O MÁS.

El padre/tutor la debe completar. Se requiere lo siguiente: (1) Marque las casillas a continuación para conocer los sustitutos de la leche de preferencia y quién los proporciona. (2) Escriba su nombre, fecha y firme en letra de imprenta.

Las siguientes leches lácteas son sustituciones acreditables que no requieren una declaración médica válida.

Las leches lácteas alternativas para los niños de 1 año deben ser enteras y las de más de 2 años deben ser bajas en grasa (1%) o sin grasa (descremadas):

Leche sin lactosa Leche reducida en lactosa Leche de cabra Suero de leche Leche acidificada

Las siguientes leches no lácteas pueden ser sustituciones acreditables. Sin embargo, si cumplen con los estándares de nutrientes requeridos por el USDA está sujeto a cambios. Consulte la etiqueta de información nutricional para verificar que cumple con los niveles de nutrientes requeridos antes de comprarla: 276 mg de calcio, 8 g de proteína, 500 UI de VitA, 100 UI de VitD, 24 mg de magnesio, 222 mg de fósforo, 349 mg de potasio, .44 mg de riboflavina, 1,1 mcg de VitB-12.

Leches no lácteas para edades de 1 a 5 años (deben ser sin sabor):

Leche de soya 8th Continent: Original Leche de soya Pacific All Natural Ultra: Original Leche de soya Sunrich Naturals: original
 Leche de soya orgánica Kirkland Signature: simple Leche de soya Walmart Great Value: Original Leche de soya Silk: Original
 Otra leche no láctea sin sabor que cumpla con los estándares de nutrientes requeridos por el USDA (adjunte la información del producto)

Leches no lácteas para mayores de 6 años:

Leche de soya 8th Continent: Original/Vainilla Leche de soya Kikkoman Pearl Organic Smart: chocolate/vainilla cremosa
 Leche de soya orgánica Kirkland Signature: simple Sunrich Naturals: Leche de soya original/Leche de soya de vainilla
 Leche de soya Walmart Great Value: Original Leche de soya Pacific All Natural Ultra: Original/Vainilla Leche de soya Silk: Original
 Otra leche no láctea que cumpla con los estándares de nutrientes requeridos por el USDA (adjunte la información del producto)

Nombre del padre _____ Firma _____ Fecha _____

Esta leche alternativa será suministrada por: el proveedor el padre/tutor

SOLICITUD DE LOS PADRES DE SUSTITUCIÓN DE COMIDAS DEBIDO A RAZONES RELIGIOSAS, ÉTNICAS O DE ESTILO DE VIDA QUE NO SE DEBEN A ALERGIAS, INTOLERANCIAS U OTRAS DISCAPACIDADES.

El padre/tutor la debe completar. Todos los campos son obligatorios. El proveedor de cuidado infantil solo puede reclamar las comidas de este niño para el reembolso del CACFP cuando los sustitutos cumplen con los requisitos del patrón de comidas del CACFP y el padre/tutor elige proporcionar cero o un componente de comida para este cambio dietético.

Especificar el cambio _____

Razón para el cambio _____

Sustituto(s) _____

Nombre del padre _____ Firma _____ Fecha _____

Las sustituciones serán suministradas por: el proveedor el padre/tutor

SOLICITUD DE CAMBIO ALIMENTICIO POR ALERGI, INTOLERANCIA U OTRA DISCAPACIDAD.

Debe ser completado y firmado por uno de los siguientes profesionales médicos: médico, asistente médico o enfermero médico (APNP). Todos los campos son obligatorios. El proveedor de cuidado infantil debe ofrecer suministrar una modificación razonable para adaptarse a la discapacidad de este niño y brindar igualdad de oportunidades para participar en CACFP. El proveedor de cuidado infantil puede reclamar las comidas de este niño para el reembolso del CACFP, ya sea que la modificación cumpla o no con los requisitos del patrón de comidas del CACFP, siempre que esté respaldada por la información detallada a continuación por el profesional médico y el proveedor suministre al menos uno de los componentes de la comida.

Descripción de alergia/intolerancia/otra discapacidad: _____

Cómo afecta la exposición al alérgeno al niño(a): _____

Cómo restringe la dieta: _____

Suplentes/Cómo acomodar: _____

Nombre del profesional médico en letra imprenta _____ Firma del profesional médico _____

Nombre de la clínica _____ Teléfono # _____ Fecha _____