

OCDC - Family Day Care Homes

Formulario de solicitud de preferencia de comidas

Nombre del sitio/proveedor:	Envíe este formulario a: OCDC – Family Day Care Homes 1345 Center Drive #F Medford OR 97501 FAX 971-224-1355
------------------------------------	--

Parte I A rellenar por el padre/tutor, participante adulto o OCDC - Family Day Care Homes

Nombre del participante: _____
Nombre del padre, madre o tutor: _____ Teléfono: _____

Parte II A rellenar por el padre/tutor o participante adulto

Nota: Este formulario es para las solicitudes de preferencia de comidas no médicas. Si se requiere una adaptación médica para la comida, se debe completar una Declaración Médica en su lugar.

1. Marque una o varias casillas: En el reverso de este formulario encontrará instrucciones adicionales		
<input type="checkbox"/> A. El participante solicita un sustituto de la leche nutricionalmente equivalente ⁵		
Sustituto de la leche nutricionalmente equivalente disponible: _____ (Lista de marcas/sabores completos)		
<input type="checkbox"/> B. El participante solicita otras adaptaciones no médicas ⁵ de comida, rellene la sección siguiente		
Alimento(s) que debe(n) omitirse:	Sustitución sugerida:	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
2. Firma y fecha del padre/tutor o participante adulto:		
_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha

Parte III OCDC - Family Day Care Homes **Uso exclusivo**

Adaptaciones realizadas: _____

Firma del patrocinador: _____ Fecha: _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Instrucciones para rellenar el formulario de solicitud de preferencia de comidas:

1. **Nombre de la organización:** Incluya el nombre de la organización patrocinadora que proporciona el formulario
2. **Nombre del sitio/proveedor:** Escriba el nombre del lugar donde se servirán las comidas (por ejemplo, Escuela ABC, Guardería XYZ)
3. **Envíe este formulario a:** Incluya el nombre y la información de contacto del personal de la organización que recogerá el formulario cumplimentado
4. **Parte I:** Esta sección puede ser completada por el **padre/tutor, participante adulto u organización**
 - a. **Nombre del participante:** Escriba el nombre y el apellido del niño o del adulto participante
 - b. **Nombre del padre/tutor:** Escriba el nombre y los apellidos del padre o tutor. Esto no es necesario para los participantes adultos.
 - c. **Núm. de teléfono:** Incluya un número de teléfono para los padres/tutores en caso de preguntas
5. **Parte II:** Esta sección debe ser completada por el **Padre/Tutor o Participante Adulto** excepto por la sección Sustituto de Leche Nutricionalmente Equivalente Disponible.
 - a. En la sección 1 - **marque una o más casillas:** Marque todas las casillas que correspondan.
 - i. **Un Sustituto de la leche nutricionalmente equivalente** se define como un sustituto no lácteo que es nutricionalmente equivalente a la leche de vaca, como se indica en la norma del Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) en 7 CFR 210.10(d)(3). No todos los sustitutos no lácteos cumplen este requisito. Para más información y una lista de sustitutos aceptables, consulte la página de adaptaciones y modificaciones de comidas de ODE CNP.
 - ii. **Sustituto de la leche nutricionalmente equivalente disponible:** La Organización Patrocinadora incluirá el nombre completo y el sabor del Sustituto de la Leche Nutricionalmente Equivalente que está disponible según la política de la Organización. Si está disponible, debe proporcionarse sin costo adicional para los participantes.
 - iii. **Una adaptación alimentaria no médica** puede incluir cualquier adaptación alimentaria debida a una preferencia religiosa, cultural o personal (por ejemplo, vegetariana, Kosher, etc.)
 - iv. Si se marca la opción de alimentos no médicos, incluya tanto los alimentos **que deben omitirse como la(s) sustitución(es) sugerida(s)**. Las Organizaciones Patrocinadoras pueden omitir todos los alimentos que se soliciten y también pueden adaptar las sustituciones sugeridas de acuerdo con las políticas de su organización.
 - b. En la sección 2 - **Firma y fecha del padre/tutor o participante adulto:** Escriba el nombre completo del padre/tutor o del participante adulto que solicita la adaptación, firme y ponga la fecha. Este formulario se considerará incompleto si no se rellena esta sección.
6. **Parte III:** Esta sección debe ser completada por la Organización Patrocinadora después de completar las Partes I y II.
 - a. **Adaptaciones realizadas:** El personal de la Organización patrocinadora indicará qué adaptaciones se harán para las solicitudes presentadas en la Parte II. Todas las sustituciones de alimentos no médicas que se sirvan deben cumplir con el patrón de comidas para que sean reembolsables.
 - b. **Firma del patrocinador y fecha:** El personal de la organización patrocinadora firmará y fechará el formulario. Este formulario se considerará incompleto si no se rellena esta sección.

Este formulario es sólo para solicitudes de preferencia de comidas no médicas y las adaptaciones están sujetos a las políticas establecidas por la Organización Patrocinadora. Los participantes que necesiten una comida por motivos médicos deberán recibir una declaración médica que deberá ser rellena por un profesional médico autorizado.

Nutritionally Equivalent Milk Substitutions

Fluid milk is a required component of most meals within the Child Nutrition Programs. In the CACFP, Sponsoring Organizations may choose to make nutritionally equivalent milk substitutions available for non-disabled participants who cannot consume fluid milk ([7 CFR 210.10\(m\)](#)).

Table: Nutritional Standards for Nutritionally Equivalent Milk Substitutes

Nutrient	Per cup (8 fl oz)
Calcium	276 mg.
Protein	8 g.
Vitamin A	500 IU.
Vitamin D	100 IU.
Magnesium	24 mg.
Phosphorus	222 mg.
Potassium	349 mg.
Riboflavin	0.44 mg.
Vitamin B-12	1.1 mcg.

A nutritionally equivalent milk substitute must meet the nutritional standards for fortification of calcium, protein, vitamin A, vitamin D, and other nutrients to levels found in cow's milk.

Sponsoring Organizations may use the ODE Child Nutrition Programs (ODE CNP) developed list of approved nutritionally equivalent milk substitutes shown below. All milk substitutes listed meet the nutritional standards for nutritionally equivalent milk substitutes.

ODE CNP Approved Nutritionally Equivalent Milk Substitutes*:

- 8th Continent Soy Milk (plain and vanilla)
- Kikkoman Pearl Smart Organic Soy Milk, 8.25 ounce individual pack only (Smart Creamy Vanilla and Smart Chocolate)
- Kirkland Organic Soymilk (plain)
- Pacific Soy Ultra (plain and vanilla)
- Silk Original Soymilk (plain, very vanilla, chocolate)
- Sunrich Naturals Organic Soymilk (plain and vanilla)
- Walmart Great Value Soymilk (original)
- Westsoy Organic Plus (plain and vanilla)

***Notes:**

Any products that do not match the items listed above will require additional documentation from the manufacturers.

This list is not all-inclusive of all beverages that may be available in the retail or commercial grocery marketplace. ODE CNP provides the list of nutritionally equivalent milk substitutes based on information received from Sponsors and/or manufacturers and is not an endorsement of the product.

The specific products and flavors listed above will meet the nutritional standards to be nutritionally equivalent to cow's milk. Manufacturers may have several different products with similar packaging and product names but different nutritional make-up.

Sponsoring Organizations serving children **ages 5 and younger on the CACFP meal pattern can only use plain/unflavored milk substitutes** as part of a reimbursable meal.

If the milk substitute requested is not one of the ODE CNP Approved Nutritionally Equivalent Milk Substitutes, the exercise and worksheet on the next page may be used to help Sponsoring Organizations identify nutritionally equivalent milk substitutes that meet the standards shown in the chart above.