



10 de julio de 2019

Padres, madres o encargados

[Enlace Firmado](#)

Eligio Hernández Pérez, Ed. D.  
Secretario

## DIETAS MODIFICADAS PARA NIÑOS Y JÓVENES CON NECESIDADES ESPECIALES, AÑO ESCOLAR 2019-2020

La Autoridad Escolar de Alimentos tiene la responsabilidad de ofrecer una alimentación adecuada, balanceada y gratuita a los niños y jóvenes en Puerto Rico, desde el nivel preescolar hasta el superior, que participan de los servicios de alimentos escolares. Igualmente, tiene la disposición de sustituir o modificar la alimentación del estudiante en caso de que, por alguna condición médica, el estudiante no pueda consumir los alimentos que, regularmente, se ofrecen en el comedor escolar.

La Ley Pública 111-296, *Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010*, los reglamentos del Programa de Almuerzos Escolares y del Programa de Desayunos Escolares, establecen que el director de la escuela tiene que informar a los padres, madres o encargados sobre la disposición de sustituir o modificar la alimentación del estudiante. Estas deben satisfacer las necesidades de estos niños y jóvenes (algunos pueden necesitar modificaciones en la consistencia o textura de los alimentos, entre otras). Es importante que conozcan sobre el procedimiento que debe seguirse para solicitar este servicio.

Los padres, madres o encargados, que entiendan que no se ha atendido a su hijo de acuerdo con la modificación en la alimentación prescrita, pueden presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles y completar el *USDA Program Discrimination Complaint Form* (Formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que pueden encontrar en la siguiente página web: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html).

P. O. Box 190759 San Juan PR 00919 Tel: (787) 773-6273



De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (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 realizada o financiada por el USDA. Las personas 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. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el formulario de denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax al (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

También puede solicitar el formulario en cualquiera de las oficinas del USDA o mediante llamada al: 866 632 9992. De igual forma, puede escribir una carta con toda la información que solicita el formulario de queja y enviarlo por fax al: 202 690 7442 o por correo electrónico a: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov), por correo postal a:

U.S. Department of Agriculture  
Director, Office of Adjudication  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, DC 20250-9410

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del *Federal Relay Service* (Servicio Federal de Transmisión) a los teléfonos: 800 877 8339 y 800 845 6136 (en español).

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

Es responsabilidad de los directores de escuela entregar a cada padre, madre o encargado, la información descrita en esta comunicación. Se incluye el boleto que deberá cumplimentar, certificando que la comunicación fue entregada. El director de la escuela deberá devolver el boleto debidamente cumplimentado a la Autoridad Escolar de Alimentos, nivel central, por medio del supervisor de la oficina regional educativa (ORE) correspondiente.

AOR/env

Apéndices



## INFORMACIÓN SOBRE MODIFICACIÓN DE DIETA PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN FEDERAL 7 CFR SECCIÓN 220, SECCIÓN 210.10 (m)(2), LA AUTORIDAD ESCOLAR DE ALIMENTOS OFRECE UNA DIETA MODIFICADA PARA AQUELLOS ESTUDIANTES QUE ASÍ LO SOLICITEN Y QUE ESTÉN CERTIFICADOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD O CONDICIÓN NUTRICIONAL.

La política de no discriminación del Departamento de Agricultura Federal, según el reglamento CFR 15 b.3 y la reglamentación federal bajo la cual se rigen los programas de Desayuno Escolar (7CFR 220) y Almuerzo Escolar (7CFR 210), establece que se harán las modificaciones en las comidas servidas a niños cuya discapacidad requiere restricciones en la dieta, siempre y cuando un médico licenciado así lo certifique.

Un nutricionista dietista licenciado del Departamento de Educación realiza la modificación dietética requerida. Además, la intervención del personal de la Autoridad Escolar de Alimentos, del director de la escuela, de maestros y de padres, madres o encargados del estudiante afectado es necesaria para lograr su integración a la escuela.

### ¿Cómo solicitar los servicios de alimentación modificada?

1. El padre, la madre o el encargado deberá notificar al director de la escuela la condición nutricional del estudiante.
2. El director de la escuela orientará al padre, la madre o el encargado sobre la documentación requerida y se comunicará con el personal de comedores escolares para solicitar los servicios necesarios y tramitar los documentos requeridos.

### ¿Qué tres documentos se requieren para atender la dieta prescrita del estudiante?

1. La prescripción médica de la dieta ordenada, deberá incluir:
  - a. código del diagnóstico,
  - b. dieta prescrita (con el requerimiento calórico, si es necesario),
  - c. sustitución de alimento(s), si alguno,
  - d. suplemento nutricional a comprar, si alguno,

- e. modificación en la consistencia del alimento, de ser requerido.
2. Llenar el Informe Médico para solicitar Dietas Especiales o Acomodo Razonable debidamente firmado (apéndice 4) por un médico licenciado.
3. Plan de alimentación trabajado por un nutricionista dietista licenciado.
  - a. Se requiere el desglose del requerimiento calórico por día y el desglose de las raciones por grupo de alimentos.

Una vez sometidos, los documentos requeridos, **¿cuándo comienza el estudiante a recibir el servicio de alimentos, según establecido en su dieta modificada?**

El servicio de alimentos, según establecido en su dieta modificada, comenzará luego de que:

1. el nutricionista dietista de la Autoridad Escolar de Alimentos trabaje lo establecido en el documento del patrón alimentario del estudiante con el propósito de:
  - a. ordenar la compra de los alimentos o suplementos, si alguno,
  - b. ordenar la compra, así como el equipo necesario y requerido para la preparación de los alimentos, si fuera necesario,
  - c. preparar un documento del patrón alimentario con los alimentos ofrecidos en el comedor escolar, el cual se entregará al supervisor de la ORE y al profesional de servicios de alimentos II, además de la orientación y asesoría que requiera el personal.
2. la compra de los alimentos, suplementos o equipo requerido para la preparación, confección y servicio de la dieta modificada se haya entregado al comedor escolar.

### **Responsabilidades del personal de la Autoridad Escolar de Alimentos**

- El nutricionista dietista y el supervisor de la ORE trabajarán las gestiones, en coordinación y con premura, con el personal del componente fiscal para la adquisición de alimentos, suplementos y equipo necesario y requerido en la dieta modificada (si alguno).
- El personal del componente fiscal trabajará con diligencia el trámite descrito en el punto anterior.
- El nutricionista dietista y el supervisor de la ORE trabajarán en coordinación para orientar al profesional de servicios de alimentos II, a padres, madres o encargados y a maestros, si fuera necesario, sobre la dieta modificada del estudiante.
- El profesional de servicios de alimentos II supervisará y se asegurará de que la preparación y servicio de la dieta modificada se realice de acuerdo con las recomendaciones sometidas por el nutricionista dietista licenciado de la Autoridad Escolar de Alimentos. Cumplimentará el formulario *Seguimiento del Plan de Alimentación en el comedor escolar*, si lo amerita.

### **Responsabilidades del padre, la madre o el encargado del estudiante**

- Entregar la documentación requerida y descrita en esta comunicación al director de la escuela.
- Asistir a las orientaciones convocadas por personal de la Autoridad Escolar de Alimentos.
- Colaborar en la orientación y motivación al estudiante para el consumo de la dieta modificada.
- Seguir las indicaciones de la dieta especial en la preparación de los alimentos en el hogar.
- Actualizar y entregar anualmente la documentación requerida (prescripción médica y plan de alimentación).

### **Responsabilidades del estudiante**

- Es responsable de asistir al comedor escolar diariamente y consumir los alimentos que se preparan según su dieta modificada.
- Notificará a la encargada del comedor escolar cualquier situación que surja en relación con su dieta.

AOR/env



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Autoridad Escolar de Alimentos

Apéndice 2
VHV/env-dic./06

SEGUIMIENTO PLAN DE ALIMENTACIÓN – COMEDOR

NOTIFICACIÓN

Aviso núm. Ref: Dieta

modificada

Esta notificación permitirá atender con premura situaciones en las que el estudiante presente dificultad para seguir el plan de alimentación asignado por su condición nutricional.

Form fields for Nombre, Escuela, Grado, and Oficina regional educativa

Indique la situación que debe atenderse por el bien del estudiante (puede marcar más de una):

Table with 3 columns: Situación, (✓), and Comentarios. Rows include: No asiste al comedor, No le gusta el alimento (sustituto), Llega al comedor, toma la bandeja pero no la come, Se ausenta, ocasionalmente, del comedor escolar.

Otras:

Blank lines for additional notes

Discutido con (Maestro) el día

Firma del encargado del comedor día, mes, año

El encargado del comedor escolar cumplimentará este documento.

\*Este aviso se entregará al padre, madre o encargado por medio del maestro o del director de la escuela. Se retendrá una copia en el comedor escolar.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
Autoridad Escolar de Alimentos

Apéndice 3

### CERTIFICACIÓN

Región: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Certifico que he entregado la comunicación sobre dietas para niños y jóvenes con necesidades especiales a todos los padres, madres o encargados de la escuela de la comunidad:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la escuela)

\_\_\_\_\_  
Nombre del director

\_\_\_\_\_  
Firma del director

\_\_\_\_\_  
Fecha



**INFORME MÉDICO PARA SOLICITAR DIETAS ESPECIALES O ACOMODO RAZONABLE**

La información en este formulario debe ser actualizada para que refleje las necesidades médicas o nutricionales del participante.

1. Nombre de escuela/agencia:		2. Nombre escuela o sitio:		3. Núm. teléfono escuela o sitio:	
4. Nombre del participante:				5. Edad o fecha de nacimiento	
6. Nombre del padre o tutor:				7. Número teléfono: E-mail:	
<p><b>8. Marque Uno:</b></p> <p><input type="checkbox"/> El participante tiene <b>una discapacidad o una condición médica que requiere una dieta especial o acomodo razonable.</b> (Refiérase a las instrucciones al reverso de este formulario). Agencias y escuelas que participen en un programa de nutrición federal deben cumplir con la solicitud de dietas especiales y cualquier equipo necesario para esta. <b>Un médico licenciado debe firmar este formulario.</b></p> <p><input type="checkbox"/> El participante <b>no</b> tiene una <b>discapacidad, pero requiere una dieta especial o acomodo razonable debido a intolerancia a alimento (s) u otra razón médica.</b> Este documento no se utiliza para preferencias de alimentos. Se recomienda a las agencias y escuelas que participen en un programa de nutrición federal que atiendan las solicitudes de acomodo razonable. <b>Un médico licenciado debe firmar este formulario.</b></p> <p><input type="checkbox"/> El participante <b>no</b> tiene una <b>discapacidad, pero por una condición médica, requiere un acomodo razonable</b> para un <b>sustituto de leche fluida</b> que cumple con los requisitos nutricionales para bebidas libres de lactosa ofrecidas como sustituto de leche. Se recomienda a las agencias y escuelas que participen en un programa de nutrición federal que atiendan las solicitudes de acomodo razonable. <b>Un médico licenciado debe firmar este formulario.</b></p>					
9. Discapacidad o condición médica que requiere una dieta especial o acomodo razonable:					
10. Si el participante tiene una discapacidad, describa brevemente las actividades cotidianas que, mayormente, se ven afectadas por el mismo:					
11. Dieta prescrita o acomodo razonable (favor describir detalladamente para asegurar una implantación o uso correcto. Utilice páginas adicionales, de ser necesario):					
12. Alimentos a omitir y sustituciones (favor enumerar los alimentos específicos a omitir y sustituciones sugeridas. Incluya una hoja adicional, de ser necesario):					
A. Alimentos a omitir			B. Sustituciones sugeridas		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
13. Indique textura: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Trozada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré					
14. Equipo especial:					
15. Firma de la persona que completa el documento		16. Nombre en letra de molde		17. Número de teléfono	18. Fecha
19. Firma del médico y número de licencia		20. Nombre en letra de molde		21. Número de teléfono	22. Fecha



## Instrucciones para solicitar dietas especiales o acomodo razonable

1. **Escuela/agencia:** Escriba el nombre de la escuela o agencia que provee el formulario a los padres.
2. **Lugar:** Escriba el nombre del sitio en el que se servirán las comidas (por ejemplo, escuela, centro de cuidado, centro comunitario, etc.)
3. **Número de teléfono del sitio:** Escriba el número de teléfono del lugar donde se servirán las comidas. Vea #2
4. **Nombre del participante:** Escriba el nombre del niño o adulto participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del participante:** Escriba la edad del participante. Para infantes, favor indicar fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre o tutor:** Escriba el nombre de la persona que solicita el certificado médico del participante.
7. **Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre o tutor.
8. **Marque uno:** Marque (✓) el encasillado que corresponda para indicar si el participante tiene una discapacidad o no.
9. **Discapacidad o condición médica que requiere una dieta especial o acomodo razonable:** Describa la condición médica que requiere una dieta especial o acomodo razonable (por ejemplo, diabetes juvenil, alergia al maní, etc.)
10. **Si el participante tiene una discapacidad, describa brevemente la actividad cotidiana principal que se ve afectada:** Describa cómo la condición física o médica afecta la discapacidad del participante. Por ejemplo: "La alergia al maní causa una reacción altamente peligrosa que puede poner en riesgo la vida".
11. **Dieta prescrita o acomodo razonable:** Describa las especificaciones de la dieta o acomodo razonable que han sido prescritas por el médico o la dieta modificada requerida para una condición no incapacitante, por ejemplo: Todos los alimentos deben servirse de forma líquida o como puré. El participante no puede consumir ningún alimento sólido.
12. a) **Los alimentos a omitir:** Enumere los alimentos específicos que deben ser omitidos. Por ejemplo, "excluir la leche fluida".  
b) **Sustitutos sugeridos:** Enumere los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta. Por ejemplo, "jugo fortificado con calcio".
13. **Indicar textura:** marque (✓) el encasillado que corresponda para indicar el tipo de textura requerida para los alimentos. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "Regular".
14. **Equipo especial:** Describa el equipo especial necesario que ayudará al participante a consumir los alimentos. (Algunos ejemplos pueden ser: taza o vaso con sorbeto, una cuchara grande con mango especial, mueble con acceso para silla de ruedas, etc.).
15. **Firma:** Firma de la persona que completa el formulario.
16. **Nombre en letra de molde:** Escriba el nombre de la persona que completa el formulario.
17. **Número de teléfono:** Número de teléfono de la persona que completa el formulario.
18. **Fecha:** Fecha en que se preparó el formulario.
19. **Firma del médico y número de licencia:** Firma del médico y el número de licencia.
20. **Nombre en letra de molde:** Escribir el nombre del médico en letra de molde.
21. **Número de teléfono:** Número de teléfono del médico.
22. **Fecha:** Fecha que el médico firmó el formulario.

La Enmienda a la Ley Americana para Personas con Discapacidad (LAPD) define una discapacidad, en parte, como una limitación física o mental que restringe sustancialmente las actividades cotidianas o funciones corporales de un individuo. (Para información adicional sobre la definición de discapacidad, favor de referirse a la sección 504 de la Ley de Rehabilitación del 1973 y La Enmienda a la Ley Americana para Personas con Discapacidad del 2008). La información sobre LAPD, la cual amplía la definición de discapacidad, puede encontrarse en: <http://www.law.georgetown.edu/archiveada/documents/comparisonofadaandadaaa.pdf>



**MEDICAL STATEMENT TO REQUEST  
SPECIAL MEALS OR ACCOMMODATIONS**

1. School/Agency Name		2. Site Name		3. Site Telephone Number	
4. Name of Participant				5. Age or Date of Birth	
6. Name of Parent or Guardian				7. Telephone Number	
<p><b>8. Check One:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Participant has a disability or a medical condition and <i>requires</i> a special meal or accommodation. (Refer to instructions on reverse side of this form.) Schools and agencies participating in federal nutrition programs must comply with requests for special meals and any adaptive equipment. <b>A licensed physician must sign this form.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Participant does not have a disability, but is requesting a special meal or accommodation due to food intolerance(s) or other medical reasons. Food preferences are not an appropriate use of this form. Schools and agencies participating in federal nutrition programs are encouraged to accommodate reasonable requests. <b>A licensed physician must sign this form.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Participant does not have a disability, but is requesting a special accommodation for a <b>fluid milk substitute</b> that meets the nutrient standards for non-dairy beverages offered as milk substitutes. Food preferences are not an appropriate use of this form. Schools and agencies participating in federal nutrition programs are encouraged to accommodate reasonable requests. <b>A licensed physician must sign this form.</b></p>					
9. Disability or medical condition requiring a special meal or accommodation:					
10. If participant has a disability, provide a brief description of participant's major life activity affected by the disability:					
11. Diet prescription and/or accommodation: (please describe in detail to ensure proper implementation-use extra pages as needed)					
12. Foods to be omitted and substitutions: (please list specific foods to be omitted and suggested substitutions, you may attach a sheet with additional information as needed)					
<b>A. Foods To Be Omitted</b>			<b>B. Suggested Substitutions</b>		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
13. . Indicate texture:					
<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Chopped		<input type="checkbox"/> Ground	
<input type="checkbox"/> Pureed					
14. Adaptive Equipment:					
15. Signature of Preparer		16. Printed Name		17. Telephone Number	
19. Signature of Medical Authority and license number		20. Printed Name		21. Telephone Number	
				18. Date	
				22. Date	

The information on this form should be updated to reflect the current medical and/or nutritional needs of the participant.

**REQUEST  
SPECIAL MEALS OR ACCOMMODATIONS**

**INSTRUCTIONS**

1. **School/Agency:** Print the name of the school or agency that is providing the form to the parent.
2. **Site:** Print the name of the site where meals will be served (e.g., school site, child care center, community center, etc.).
3. **Site Telephone Number:** Print the telephone number of site where meal will be served. See # 2.
4. **Name of Participant:** Print the name of the child or adult participant to whom the information pertains.
5. **Age of Participant:** Print the age of the participant. For infants, please use date of birth.
6. **Name of Parent or Guardian:** Print the name of the person requesting the participant's medical statement.
7. **Telephone Number:** Print the telephone number of parent or guardian.
8. **Check One:** Check (✓) a box to indicate whether participant has a disability or does not have a disability.
9. **Disability or Medical Condition Requiring a Special Meal or Accommodation:** Describe the medical condition that requires a special meal or accommodation (e.g., juvenile diabetes, allergy to peanuts, etc.)
10. **If Participant has a Disability, Provide a Brief Description of Participant's Major Life Activity Affected by the Disability:** Describe how physical or medical condition affects disability. For example: "Allergy to peanuts causes a life-threatening reaction."
11. **Diet Prescription or Accommodation:** Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by a physician, or describe diet modification requested for a non-disabling condition. For example: "All foods must be either in liquid or pureed form. Participant cannot consume any solid foods."
12. **Indicate Texture:** Check (✓) a box to indicate the type of texture of food that is required. If the participant does not need any modification, check "Regular".
13. **A. Foods to Be Omitted:** List specific foods that must be omitted. For example, "exclude fluid milk."  
**B. Suggested Substitutions:** List specific foods to include in the diet. For example, "calcium fortified juice."
14. **Adaptive Equipment:** Describe specific equipment required to assist the participant with dining. (Examples may include a sippy cup, a large handle spoon, wheel-chair accessible furniture, etc.).
15. **Signature of Preparer:** Signature of person completing form.
16. **Printed Name:** Print name of person completing form.
17. **Telephone Number:** Telephone number of person completing form.
18. **Date:** Date preparer signed form.
19. **Signature of licensed physician:** Signature and license number of licensed physician requesting the special meal or accommodation.
20. **Printed Name:** Print name of licensed physician.
21. **Telephone Number:** Telephone number of medical authority.
22. **Date:** Date licensed physician signed form.

The American with Disabilities Act Amendment Act (ADAAA) defines a "disability", in part, as a physical or mental impairment that substantially limits a major life activity or major bodily function of an individual.

(For additional information on the definition of disability, please refer to Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and the Americans with Disabilities Act Amendments Act (ADAAA) of 2008), Information regarding the ADAAA, which expanded the definition of disability, can be found at:  
<http://www.law.georgetown.edu/archiveada/documents/ComparisonofADAandADAAA.pdf>

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, nationality, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination ComplaintForm, (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). This institution is an equal opportunity provider.