

Declaración de Dieta Especial

Las instituciones u organizaciones que patrocinan y operan un Programa de Nutrición Infantil financiado por el gobierno federal deben hacer sustituciones razonables a las comidas y / o refrigerios caso por caso para los participantes que se considera que tienen una discapacidad que restringe su dieta: Programa de Nutrición Escolar –7 CFR 210.10(m), Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos – 7 CFR 226.20(g), Programa de Servicio de Alimentos de Verano – 7 CFR 225.16(f)(4). De acuerdo con la Ley de Enmiendas de la ADA, la mayoría de los impedimentos físicos y mentales que limitan o afectan sustancialmente una o más actividades importantes de la vida o funciones corporales constituirán una discapacidad.

Los patrocinadores no están obligados a acomodar solicitudes dietéticas especiales que no constituyan una discapacidad, incluidas las solicitudes relacionadas con convicciones religiosas o morales o preferencias personales. Si se atienden estas solicitudes, los patrocinadores deben asegurarse de que se cumplan todos los requisitos de nutrientes y patrones de comidas del USDA.

Este formulario debe ser completado por un médico con licencia, asistente médico o una enfermera registrada de práctica avanzada, como una enfermera practicante certificada. Las actualizaciones de este formulario solo se requieren cuando cambian las necesidades de un participante.

Nota para los distritos/escuelas: Los padres/tutores pueden proporcionar una solicitud por escrito de leche reducida en lactosa sin la firma de un médico.

Envíe esta declaración de dieta especial completa a: _____

Información del Participante

Nombre del participante: _____ Fecha de hoy: _____
Última/primer/inicial media

Nombre de la escuela/centro/sitio al que asiste: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Información Requerida: Adaptación Dietética

1. Indique el alérgeno o alimento que debe evitarse:

2. Breve explicación de cómo la exposición a este alimento afecta al participante:

3. Enumere los alimentos específicos que ben omitirse y sustituirse.

Adjunte una hoja con instrucciones adicionales según sea necesario.

Alimentos que deben omitirse	Alimentos a sustituir

Información Adicional

Modificación de textura: Puré de trozos Molidos del tamaño de un bocado

Los demás: _____

de alimentación por sonda

Nombre de la fórmula de alimentación por sonda: _____

Administración de instrucciones: _____

Alimentación oral: No Sí

En caso afirmativo, especifique los alimentos: _____

Otras modificaciones dietéticas o instrucciones adicionales (describa): _____

Firma

El médico con licencia, asistente médico o enfermera registrada de práctica avanzada, como una enfermera practicante certificada, debe firmar y devolver una copia de este documento.

Credenciales de la autoridad prescriptora (imprimir): _____ Fecha: _____

Firma: _____ Clínica/Hospital: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Autorización Voluntaria

Nota para los padres/tutores/participantes: Puede autorizar al director de la escuela/centro/sitio a aclarar esta Declaración de Dieta Especial con el médico firmando la siguiente sección de Autorización Voluntaria:

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, por la presente autorizo a

_____ (nombre del médico/autoridad médica) a divulgar dicha información de salud protegida según sea necesario para el propósito específico de Información de dieta especial a (nombre del

programa) y doy mi consentimiento para permitir que el médico/autoridad médica intercambie libremente la información que figura en este formulario y en sus registros sobre mí, con el programa según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin afectar la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mí. Entiendo que el permiso para divulgar esta información puede rescindirse en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya divulgado. Opcional: mi permiso para divulgar esta información vencerá el _____ (**fecha**). Esta información se divulgará con el propósito específico de información sobre dietas especiales. El abajo firmante certifica que él/ella es el padre, tutor o representante autorizado del participante que figura en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de ese participante.

Padre/tutor: _____ Fecha: _____

O Firma del participante (cuidado de adultos): _____

No Discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (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 idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o 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, un demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA que se puede obtener en línea en: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Formulario de queja-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Formulario%20de%20queja-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.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 Secretario Adjunto 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 ser enviado al USDA por:

Envíe su formulario o carta completa al USDA por:

(1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos

Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.