

**DECLARACIÓN PARA SOLICITAR  
AJUSTES PARA ATENDER NECESIDADES**

**DIETÉTICAS ESPECIALES  
EN LOS PROGRAMAS DE COMIDAS ESCOLARES**

Lea las guías e instrucciones en la página 2 antes de llenar este formulario.

<b>Parte 1: Debe ser llenado por el padre, madre/tutor</b>			
Nombre del niño	Edad del Niño	Nombre de la escuela	Grado/Aula
Nombre del padre, madre/tutor (escriba en letra imprenta)	Número de teléfono	Dirección de email	
Firma del padre o madre			Fecha
<b>Parte 2: Discapacidades – llene todas las secciones que correspondan.</b>			
Proporcione una descripción de la discapacidad física o mental del niño y cómo restringe la dieta del niño.			
Por favor explique cómo se debe ajustar para atender la discapacidad.			
Escriba una lista de las restricciones dietéticas o las instrucciones de dieta especial en las comidas escolares.			
Enumere los alimentos que deben excluirse de la dieta: _____ _____ _____ _____	Enumere los alimentos que deben sustituirse: _____ _____ _____ _____		
Designe las modificaciones de textura necesarias para todos los alimentos: <input type="checkbox"/> Puré <input type="checkbox"/> Troceado/finamente molido <input type="checkbox"/> Picado/cortado en trozos del tamaño de un bocado	Designar la consistencia de los líquidos: <input type="checkbox"/> Espeso como pudín <input type="checkbox"/> Espeso como el néctar <input type="checkbox"/> Espeso como la miel <input type="checkbox"/> Consistencia fina/normal		
Enumere cualquier equipo o utensilios especiales necesarios:			
Comentarios adicionales sobre los patrones comer o alimentación del niño:			
<b>Firma a continuación (vea la guía e instrucciones en la página 2). Necesario para los ajustes fuera del patrón de alimentación.</b>			
Firma del profesional de la salud con licencia estatal			Fecha

Nombre, título y número de teléfono del profesional de la salud con licencia del estado (por favor, imprima)	Fecha
--	-------

## GUÍA E INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR AJUSTES PARA ATENDER NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES EN LOS PROGRAMAS DE COMIDAS ESCOLARES

La declaración médica en la página 1 debe ser completada y enviada a Chickamauga City Schools antes de que se realice alguna sustitución de comidas. Si se necesitan cambios, el padre, madre/tutor debe enviar un nuevo formulario.

### **Dirección**

#### **Discapacidad**

De conformidad con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Leyes de Enmienda para estadounidenses con Discapacidades (ADAAA) de 2008, "una persona con una discapacidad" significa cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades, tiene un registro de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento. Según la ADAAA, la mayoría de los impedimentos físicos y mentales constituyen una discapacidad.

Las principales actividades de la vida incluyen, pero no se limitan a, cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantarse, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentración, pensar, comunicarse, y trabajar. Las principales actividades de la vida también incluyen el funcionamiento de una función corporal importante, que incluye pero no se limita a, funciones del sistema inmunológico, crecimiento celular normal, digestivo, intestinal, urinaria, neurológico, cerebral, respiratorio, circulatorio, endocrino, y funciones reproductivas.

Las regulaciones del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) contemplan modificaciones razonables a las comidas escolares para acomodar a los niños con discapacidades cuando la discapacidad restringe la dieta del niño. Las modificaciones se determinarán caso por caso.

Las solicitudes para ajustes dietéticos especiales que se pueden adaptar dentro de los requisitos del patrón de comidas del Programa no requieren una declaración médica. La Autoridad de Alimentos Escolares puede solicitar que se presente una declaración médica firmada por un profesional de la salud con licencia estatal para adaptar la solicitud.

**Un profesional de la salud con licencia estatal** es un profesional que está autorizado para emitir recetas médicas de conformidad con la ley estatal, y tal profesional puede ser un médico, un profesional de enfermería o un asistente médico. Por favor remítase a la Asociación Médica de Georgia, **Georgia Prescribers Chart**: <http://www.mag.org/sites/default/files/downloads/georgia-prescribers-chart.pdf>.

### **Instrucciones**

**Parte 1:** Debe ser llenado por el padre, madre/tutor para todas las solicitudes dietéticas especiales.

**Parte 2:** Proporcione detalles suficientes para que el servicio de alimentos de la escuela haga los ajustes apropiados. Esta sección debe ser completada y firmada por un profesional de la salud con licencia estatal cuando la comida modificada no cumpla con los requisitos del patrón de comidas del Programa. El Coordinador de la Sección 504 del distrito, el Profesional del Servicio de Alimentos Escolares y/u otro miembro del equipo trabajará con usted para administrar el proceso de modificaciones de las comidas.

**Firma:** Firma de un Estado profesional de la salud con licencia Es Obligatorio Cuando el razonable Modificación no cumple con los requisitos del patrón de comidas del Programa.

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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando 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: How to File a Complaint. Y 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, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o
- (2) fax: (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.