

Proceso para Solicitar Acomodaciones para Necesidades Dietéticas Especiales

Cumple con la pautas del USDA para proporcionar acomodaciones de dietas especiales para los estudiantes. De acuerdo con los criterios establecidos en [7 CFR Parte 15b](#), los estudiantes que no pueden comer la comida de la escuela debido a una discapacidad/ necesidad médica/ o deterioro se acomodan, sin cargo adicional. Necesidades dietéticas debido al estilo de vida y razones religiosas son importantes para nuestra escuela, pero no un requisito por USDA para hacer adaptaciones. Nuestra escuela tratará de acomodar el estilo de vida y las necesidades religiosas a través de nuestras opciones de menú actuales. Por favor revise la siguiente información si su hijo requiere una consideración de dieta especial.

De acuerdo con [Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973](#), los padres tienen el derecho a una evaluación de su hijo si el distrito tiene razones para creer que su hijo tiene un impedimento mental o física que limita sustancialmente una actividad importante de la vida, que pueda implicar comer/ digerir. Usted tiene derecho a esta evaluación antes de cualquier plan de acomodación.

Los pasos en el proceso para solicitar acomodaciones especiales son 1) para el padre(s)/ cuidador(s) para completar el formulario de declaración médica de necesidades dietéticas especiales y regresar inmediatamente a la escuela; 2) la escuela revisará y procesará la solicitud; 3) el formulario puede ser devuelto al padre/tutor para firmas médicas adicionales. Por ejemplo, si las instituciones necesarias para las acomodaciones quedan fuera del patrón de comida USDA, el formulario de declaración médica debe ser firmado por una autoridad médica autorizada con privilegios prescriptivos en el estado de Indiana, y 4) las acomodaciones serán ajustadas conforme a la revisión.

Salvaguardias Procesales

Si el hogar siente que las acomodaciones no satisfacen, tiene derecho a ponerse en contacto con el Coordinador 504 y:

- Presentar una queja si cree que se ha cometido una infracción con respecto a la solicitud de una modificación razonable;
- Recibir una pronta y equitativa resolución de la queja;
- Solicitar y participar en una audiencia imparcial para resolver sus quejas;
- Ser representado por un abogado en la audiencia;
- Examinar el expediente; y
- Recibir notificación de la decisión final y un procedimiento de revisión, es decir, el derecho a apelar la decisión de la audiencia.

Coordinador de Acomodaciones

- La seguridad de su hijo es lo primero. Si usted tiene un niño con una discapacidad/ necesidad médica o impedimento, por favor envíe su solicitud de acomodaciones completando este formulario y envíe a [Insert School's Special Dietary Needs Main Contact Name]
- Para más información sobre las acomodaciones para los comedores escolares y el servicio de comedores para los estudiantes con discapacidades en (School Name/District), por favor de contactar a: (Insert School's Special Dietary Needs Main Contact Name and Contact Information).

Declaración de No Discriminación del USDA

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, discapacidad, edad, 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 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf 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;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Declaración Médica de Necesidades Dietéticas Especiales

Esta escuela/instalación participa en un programa de nutrición infantil financiado por el gobierno federal y cualquier comida, leche y bocadillos servidos deben cumplir con los requisitos del programa. Las comidas razonables deben hacerse cuando el alojamiento solicitado se deba a una discapacidad o impedimento. Si está solicitando un alojamiento o sustitución de comidas, por favor complete y firme este formulario. Es posible que se requiera una nota o declaración del médico. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto _____ a _____.

Padres/ tutores:

Nombre del estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado/Aula	Nombre de Escuela/Sitio
Nombre de Padres/Tutor		Número de teléfono de Padre/Tutor	
Por favor proporcione una explicación a continuación de como el impedimento físico o mental del estudiante restringe la dieta del estudiante.			
Alergias e intolerancias	¿Qué alimento(s)/ tipo(s) de alimentos deben omitirse? Por favor, sea lo más específico posible.		
	Enliste los alimentos que se sustituirán.		
Firma de padres/tutores		Fecha	

Autoridad Médica:

Modificaciones de texturas	El niño requiere que los alimentos seas: <input type="checkbox"/> Hechos Puré <input type="checkbox"/> Cortados en cubitos/ finamente molido <input type="checkbox"/> Cortados en trozos pequeños <input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar): _____	Los líquidos deben ser: <input type="checkbox"/> Pudín espeso <input type="checkbox"/> Miel/ néctar espesa <input type="checkbox"/> Diluidos <input type="checkbox"/> Otros (por favor especificar): _____
Alimentación sustitutable	Proporcionar una explicación de cómo el estudiante daño físico o mental del estudiante restringe la dieta del estudiante.	
Información adicional	Describe los detalles adicionales para aclarar tales como el equipo adaptivo especial necesario:	
Nombre del médico/ Autoridad Medica y Titulo (favor imprima)		Número de teléfono del proveedor
Firma del médico/ Autoridad Medica		Fecha

La firma de la siguiente sección es opcional, pero puede evitar retrasos al permitir que el personal de la escuela hable con la autoridad médica.

Exención de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPPA)

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas de los Seguros de Salud de 1996 y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), autorizo a _____ (autoridad medica) para compartir tal información de salud protegida de mi hijo como es necesario para el propósito específico de la información de la dieta especial para _____ (school/program), y consiento permitir que el medico/autoridad médica para intercambiar libremente la información que aparece en este formulario y sus expedientes referentes a mi niño, con el programa de escuela segura sea necesario. Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización sin impacto a la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hijo. Entiendo que el permiso para compartir esta información puede ser rescindido en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido liberada. Mi permiso para compartir esta información expira en _____ (fecha). Esta información debe ser compartida para el propósito específico de la información de la dieta especial. El abajo firmante certifica que él/ella es el padre/tutor/ o representante de la persona listada en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de esa persona.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

School/Faculty Use Only:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Form Received on _____. | <input type="checkbox"/> Accommodation will begin on _____. |
| <input type="checkbox"/> Accommodations within meal pattern. | <input type="checkbox"/> Accommodations not within meal pattern. |
| <input type="checkbox"/> Form incomplete. Parent contacted on _____. | |
| <input type="checkbox"/> Form complete. Accommodation will not be made. | <input type="checkbox"/> Request not reasonable. <input type="checkbox"/> 504 coordinator contacted |

Date

Signature of Food Service Director/Contact