



# Declaración para solicitar adaptaciones para Necesidades Dietéticas Especiales a Nutrición Escolar del Condado de Hall

*Lea la guía y las instrucciones en la página 3 antes de completar este formulario*

## **Parte 1: A ser completado por el padre/tutor**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Parte 2: Discapacidades: complete todas las secciones correspondientes (a ser completadas por un médico con licencia):**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Proporcione una descripción del impedimento físico o mental del niño y cómo restringe la dieta del niño:

Explique cómo adaptarse a la discapacidad:

Especifique cualquier restricción dietética o instrucciones de dieta especial para las comidas escolares:

Enumere los alimentos que deben omitirse de la dieta:

Enumere los alimentos que se sustituirán:

¿Puede consumir alimentos por la boca?    Sí     No

¿Puede consumir líquidos por vía oral?    Sí     No

¿Puede el estudiante comer en la cafetería con supervisión?:    Sí     No

Designe las modificaciones de textura necesarias para todos los alimentos:

- Líquido claro  Totalmente líquida  Líquido licuado  Puré  Dieta normal   
Mecánica blanda  Cortada en cubitos/molida finamente  Picada/cortada en trozos del tamaño de un bocado

Designe la consistencia de los líquidos:

- Normal  Delgada  Similar al néctar  Similar a la miel

Tan espeso que pueda tomarse con una cuchara

Otro: \_\_\_\_\_

¿Hay algún límite en la ingesta oral (líquidos u otros)? En caso afirmativo, especifique:

Instrucciones para espesar líquidos:

Enumere los alimentos que deben omitirse y los sustitutos sugeridos:

Describa la posición del asiento o cualquier precaución especial durante la alimentación:

Indique cualquier otra cuestión sobre los patrones de alimentación o alimentación del niño:

Enumere cualquier equipo especial o utensilios necesarios:

Comentarios adicionales sobre los patrones de alimentación o alimentación del niño:

**Parte 3: Firma a continuación (consulte la guía e instrucciones en la página 3) Se requiere para adaptaciones fuera del patrón de comidas:**

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional de la salud con licencia estatal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
*Escriba con letra de imprenta:* Nombre, cargo y número de teléfono del profesional de la salud con licencia estatal

\_\_\_\_\_  
Fecha

# GUÍA E INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR ADAPTACIONES PARA NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES EN LOS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR

La declaración médica en la página 1 debe completarse y enviarse a Nutrición Escolar del Condado de Hall antes de que se puedan hacer sustituciones de comidas. Si se necesitan cambios, se requiere que el padre/tutor presente un nuevo formulario.

## GUÍA

### Discapacidad

Según la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADAAA) de 2008, "una persona con una discapacidad" significa cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene antecedentes de tal 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, entre otras, cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar objetos, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse, y trabajar. Las principales actividades de la vida también incluyen el funcionamiento de una función corporal importante, incluyendo, entre otras, las funciones del sistema inmunitario, el crecimiento celular normal, las funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

Las regulaciones del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) requieren 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 adaptaciones para solicitudes dietéticas especiales que se pueden hacer dentro de los requisitos del patrón de comidas del Programa no requieren una declaración médica. El Distrito Escolar del Condado de Hall puede requerir que se presente una declaración médica firmada por un profesional de la salud con licencia estatal para llevar a cabo la solicitud.

**Un profesional de la salud con licencia estatal** es un profesional que está autorizado para escribir recetas médicas según la ley estatal, y puede incluir un médico, una enfermera practicante o un asistente médico. Consulte el **Cuadro de prescriptores de Georgia** de la Asociación Médica de Georgia: <http://www.mag.org/sites/default/files/downloads/georgia-prescribers-chart.pdf>.

## INSTRUCCIONES

**Parte 1:** A ser completado por el padre/tutor para todas las solicitudes dietéticas especiales.

**Parte 2:** Proporcione suficientes detalles para que el servicio de alimentos de la escuela haga las adaptaciones apropiadas. 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 alimentación escolar y/u otro miembro del equipo trabajarán con usted para gestionar el proceso de modificación de las comidas.

**Firma:** Se requiere la firma de un profesional de la salud con licencia estatal cuando la modificación razonable no cumple con los requisitos del patrón de comidas del Programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia o venganza por una conducta de derechos civiles anterior.

La información del Programa puede estar disponible en otros idiomas además 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 estadounidense), debe 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, el Denunciante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, de 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 supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse 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; o
2. **Fax:**  
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Correo electrónico:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)