

DECLARACIÓN MÉDICA A SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y / O ALOJAMIENTOS

| | | | |
|---|--------------------|---------------------------------|-----------|
| 1. Agencia Escolar Romoland School District | 2. Nombre de sitio | 3. Numero de telefono del sitio | |
| 4. Nombre del niño o participante | | 5. Edad o fecha de nacimiento | |
| 6. Nombre del padre o tutor | | 7. Número de teléfono | |
| 8. Descripción de la discapacidad física o mental del niño o participante afectada: | | | |
| 9. Explicación de la prescripción y / o acomodación de la dieta para garantizar una implementación adecuada: | | | |
| 10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante anterior: | | | |
| <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Cortado <input type="checkbox"/> Molido <input type="checkbox"/> Puré | | | |
| 11. Alimentos a omitir y sustituciones apropiadas: | | | |
| Alimentos a omitir | | Sustituciones sugeridas | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 12. Equipo adaptativo para ser utilizado: | | | |
| 13. Firma del profesional de la salud con licencia estatal * | 14. Nombre impreso | 15. Número de teléfono | 16. Fecha |

*** Para este propósito, un profesional de la salud con licencia estatal en California es un médico con licencia, un asistente médico o una enfermera practicante.**

La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y / o nutricionales actuales del participante.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por correo: Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU., 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES

1. **Escuela o Agencia:** Escriba el nombre de la escuela o agencia que proporciona el formulario a los padres.
2. **Sitio:** Escriba el nombre del sitio donde se servirán las comidas.
3. **Número de teléfono del sitio:** Escriba el nombre del sitio donde se servirán las comidas..
4. **Nombre del niño o participante:** Escriba el nombre del niño o participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del niño o participante:** Escriba la edad del niño o participante. Para bebés, por favor use la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre o tutor:** Escriba el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño o participante.
7. **Número de teléfono:** Imprima el número de teléfono del padre o tutor.
8. **Descripción de la discapacidad física o mental del niño o participante afectada:** Describa cómo la discapacidad física o mental restringe la dieta del niño o del participante.
9. **Explicación de la prescripción y / o acomodación de la dieta para garantizar una implementación adecuada:** Describa una dieta o acomodación específica que haya sido recetada por el profesional de la salud estatal.
10. **Indicar textura:** Si el niño o participante no necesita ninguna modificación, marque "Regular".
11. **Alimentos a omitir:** Enumere los alimentos específicos que deben omitirse (por ejemplo, excluya la leche líquida).
Sustituciones sugeridas: Enumere alimentos específicos para incluir en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
12. **Equipo adaptativo para ser utilizado:** Describa el equipo específico requerido para ayudar al niño o al participante a cenar (por ejemplo, una taza para sorber, una cuchara con mango grande, muebles accesibles para sillas de ruedas, etc.).
13. **Firma del profesional de la salud con licencia estatal:** Firma de un profesional de la salud con licencia estatal que solicita la comida especial o el alojamiento.
14. **Nombre impreso:** Escriba el nombre del profesional de la salud con licencia estatal.
15. **Número de teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud con licencia estatal.
16. **Fecha:** Fecha firmada por un profesional de la salud con licencia del estado.

Las citas son de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 y la Ley de Enmienda ADA de 2008:

Una persona con discapacidad se define como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene un registro de dicho impedimento o se considera que tiene dicho impedimento.

Discapacidad física o mental significa (a) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio; habla; órganos cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; hemático y linfático; piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje.

Actividades importantes de la vida incluye, entre otros, cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar objetos, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.

Principales funciones corporales se han agregado a actividades importantes de la vida e incluyen las funciones del sistema inmune; crecimiento celular normal; y funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas. **"Tiene un historial de tal impedimento"** significa que una persona tiene, o ha sido clasificada (o clasificada erróneamente) como teniendo un historial de impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.