



Información sobre adaptaciones a las comidas escolares para estudiantes con discapacidad médica

El Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP, por sus siglas en inglés) y el Programa de Desayuno Escolar (SBP, por sus siglas en inglés) deben proporcionar adaptaciones razonables para los estudiantes con discapacidades médicas.

El Código de Regulaciones Federales (7 CFR, Parte 15b) define a una persona con discapacidad como (1) que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida y (2) que tiene un historial o se considera que tiene un impedimento físico o mental.

Las escuelas también pueden proporcionar adaptaciones para necesidades médicas o dietéticas especiales que restringen la dieta de un estudiante, pero no se consideran una discapacidad médica.

Para que un sitio NSLP o SBP brinde adaptaciones para comidas a un estudiante con una discapacidad médica, el padre o tutor debe proporcionar una declaración médica firmada por una autoridad médica autorizada por el Estado para recetar medicamentos. Para este propósito, el Estado se define como el Estado de Texas. Cualquier autoridad médica cuya receta se permita surtir por una farmacia ubicada en Texas según la ley y la regulación de Texas puede proporcionar una declaración médica para una adaptación de comidas.

La declaración médica debe incluir la siguiente información para que la entidad contratante realice la adaptación de comidas:

1. Declaración explicando la discapacidad médica del estudiante que incluye una descripción que es suficiente para permitirle a la escuela entender cómo esta condición restringe la dieta del estudiante
2. Descripción de la adaptación a realizar: alimentos o ingredientes a omitir, ingredientes de alimentos a sustituir, textura modificada de alimentos y / u otra adaptación

Si la declaración médica requiere sustituciones, la declaración médica debe incluir una lista de alimentos o bebidas que sean sustituciones apropiadas. También tenga en cuenta que una escuela no está obligada a proporcionar un producto de marca si otro producto con las mismas especificaciones está disponible.

Si la autoridad médica con licencia no proporciona una declaración médica que incluya la información mencionada anteriormente, la escuela no puede hacer una adaptación de comida.

Cuando una escuela cree que la declaración médica no es clara o carece de detalles suficientes, la escuela debe solicitar una aclaración adecuada para que se pueda proporcionar una comida adecuada y segura. Cuando se proporciona una aclaración, cualquier cambio en la declaración médica debe proporcionarse por escrito antes de que la escuela realice los cambios.

Declaración de No Discriminación:

De acuerdo a la Ley Federal y a la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en Inglés), a esta institución, sus Agencias, oficinas y empleados o instituciones que participan o administran programas de USDA se le prohíbe discriminar basado en la raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que tienen discapacidades auditivas o tienen problemas de lenguaje pueden contactarse con USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al teléfono (800) 877-8339. Además, información sobre el programa puede ser disponible en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación, llene el formulario *USDA Program Discrimination Complaint Form*, (AD-3027) el cual se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y proporcione en la carta toda la información que se pide en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario completo o carta a 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 ofrece igualdad de oportunidades

Request for Dietary Accommodation

Galena Park ISD Solicitud para
Acomodaciones Dietéticas Distrito
Escolar Independiente Galena Park ISD

Instructions: Parent or Guardian completes PART A. Physician completes PART B. School Nurse completes PART C. Nurse to keep a copy. Make copy for cafeteria or scan and e-mail to cafeteria. Cafeteria will contact and send to food service office. Parent or Guardian and School Nurse will be notified after request is evaluated. Form is required annually.

Instrucciones: Padre o Tutor completa PARTE A. El Médico completa PARTE B. Enfermera Escolar completa PARTE C. Padre o Tutor y Enfermera de la escuela serán notificados después de evaluar la solicitud. Se requiere la forma anualmente.

PART A / PARTE A		
Student's Name (Nombre del estudiante):	Age (Edad):	Student ID (Identificación del estudiante):
School (Escuela):	Grade (Grado) :	Classroom (Salón):
Printed Parent or Guardian's Name(Nombre de impresa del Padre o Tutor):	E-mail (Dirección Electrónica):	
	Phone (Teléfono):	
PART B / PARTE B		
Physician licensed to practice medicine in the state of Texas is required to complete PART B and sign.		
1. Does the Child have a disability recognized by the American's with Disability Act (ADA)?	YES	NO
If No, skip to Question # 3		
2. If YES, please identify the disability and describe the major life activities affected by the disability.		
3. If the Child does not have a disability, does the child have a food allergy that results in an anaphylactic reaction when exposed to the food(s) to which they have problems?	YES	NO
4. If the Child does not have a disability and does not have a food allergy that results in an anaphylactic reaction when exposed to food, does the child have a food intolerance?	YES	NO
5. If the answer to Questions 1, 2 OR 3 is YES, please circle the following that affect the child. Dairy _____ Egg _____ Egg White _____ Gluten _____ Nut(s) _____ Soy _____ PKU _____ Other: _____ Any additional information:		
6.. For food texture modification. List the foods that need the following change in texture. If all foods need to be prepared in this manner, indicate "all" (a) Cut up or chopped into bite size pieces. (b) Finely ground (c) Pureed or Blended		
7. Indicate any other comments about the child's eating or feeding patterns.		
Licensed physician's printed or stamped name	Office Phone:	Office Fax:
Licensed physician's signature:	Date:	
PART C / PARTE C		
School Nurse:	Phone:	
8. Does the Child have "Individualized Health Care Plan" (IHCP).	YES	NO
9. Does the Child have a 504 Plan?	YES	NO