

Declaración de dieta especial

¿Por qué se me pide que complete este formulario?

Las instituciones u organizaciones que patrocinan y gestionan un Programa de Nutrición Infantil financiado con fondos federales deben hacer reemplazos razonables en las comidas y/o los tentempiés en función de cada caso para los participantes que se considere que tienen una discapacidad que restringe su dieta.* Según la Ley de Enmiendas de la ADA, la mayoría de los impedimentos físicos y mentales que limitan o afectan sustancialmente a una o más actividades diarias importantes o funciones corporales representan una discapacidad.

Los patrocinadores no están obligados a atender las solicitudes alimenticias especiales que no representen una discapacidad. Esto incluye las solicitudes relacionadas con convicciones religiosas o morales o con preferencias personales.

Si se atienden estas solicitudes, los patrocinadores deben asegurarse de que se cumplan todos los requisitos de patrones de comidas y nutrientes del USDA.

Este formulario debe ser completado por un médico autorizado, un asistente médico o un enfermero registrado de práctica avanzada, como un enfermero profesional. **Sólo es necesario actualizar este formulario cuando cambian las necesidades de un participante.**

Nota para los distritos/escuelas: Los padres/madres/tutores pueden presentar una solicitud por escrito para obtener leche sin lactosa sin la firma de un médico. La leche sin lactosa que se sirva debe cumplir con los requisitos del patrón de comidas del programa.

Envíe esta declaración de dieta especial completada a: WOPS Food Service Office or email to stampj@westottawa.net

Información del participante:

Nombre completo del participante: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela/centro/sitio al que asiste: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Información obligatoria: Adaptaciones alimenticias

1. Enumere los alimentos que debe evitar:

2. Explique brevemente cómo afecta al participante la exposición a este alimento:

3. Enumere los alimentos que se deben evitar y reemplazar. Adjunte una hoja con instrucciones adicionales si es necesario.

Alimentos que debe evitar	Alimentos que debe sustituir

Información adicional

☐ Modificación de la textura: ☐ Puré ☐ Molido ☐ Trozos de tamaño de bocado ☐ Otros: _____

☐ Alimentación por sonda Nombre de la fórmula: _____

Instrucciones de administración: _____

Alimentación oral: ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, especifique los alimentos: _____

☐ Otra modificación de la dieta o instrucciones adicionales (describa): _____

Firma requerida

Este formulario debe ser firmado por un médico autorizado, un asistente médico o un enfermero registrado de práctica avanzada, como un enfermero profesional. La persona médica que lo firma debe conservar una copia de este documento en sus archivos.

Nombre de la autoridad que prescribe: (en letra imprenta) _____ Fecha: _____

Firma: _____ Clínica/Hospital: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Autorización voluntaria

De conformidad con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, autorizo a _____ (**nombre del médico/autoridad médica**) para que divulgue la información médica protegida que sea necesaria para el propósito específico de la información de la Dieta Especial a _____ (**nombre del programa**) y doy mi consentimiento para permitir que el médico/la autoridad médica intercambie libremente la información que figura en este formulario y en sus registros relativos a mí con el programa según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que ello repercuta en la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mí. Entiendo que la autorización para divulgar esta información puede ser rescindida en cualquier momento, excepto cuando la información ya haya sido divulgada. **Opcional:** Mi permiso para divulgar esta información termina el _____ (**fecha**). Esta información se divulgará _____ con el propósito específico de informar sobre la dieta especial. El que suscribe certifica que es el padre, la madre, el tutor o el representante autorizado del participante que figura en este documento y que tiene la autoridad legal para firmar en nombre de dicho participante.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

O Firma del participante (SOLO en casos de cuidado de adultos): _____

Declaración de no discriminación

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

Las personas discapacitadas que necesiten medios de comunicación alternativos para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron las prestaciones. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete [el formulario de queja por discriminación del programa del USDA](https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf) (https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf), (AD-3027) que se encuentra en línea en: [How to File a Complaint](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint) (<https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y brinde en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamación, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA a través de:

1. correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
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 brinda igualdad de oportunidades.