

Departamento de Nutrición Escolar de Atlanta Public Schools
Formulario de Solicitud de Dieta Especial

Se deben completar todas las secciones. El Departamento de Nutrición Escolar de APS no aceptará formularios incompletos. Escriba "n/a" si la sección no corresponde.

PARTE A: Padre de familia/Tutor Legal	
Nombre del estudiante (por favor imprima):	Número de identificación del estudiante:
Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Escuela:
Grado:	Nombre del maestro/a:
Nombre(s) del padre(s)/tutor(es) (por favor imprima):	
Número telefónico del padre/tutor:	Correo electrónico del padre/tutor:
<p align="center">¿Qué comidas consumirá el estudiante en la cafetería? <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Normalmente trae comida de la casa</p>	
<p align="center">¿Su niño/estudiante necesita leche sin lactosa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p align="center">Por favor describa la solicitud nutricional de leche sin lactosa de su niño/estudiante: Mi niño/estudiante necesita leche sin lactosa por las siguientes razones:</p>	
<p>*Por favor tenga en cuenta: Una solicitud de leche sin lactosa no requiere la firma de un proveedor médico. Sin embargo, una solicitud de alternativas a la leche (leche de almendra, leche de soja, etc.) SÍ REQUIERE la firma de un proveedor médico. Si usted solicita una alternativa a la leche, por favor pídale al proveedor médico del niño/estudiante que complete el resto de este formulario.</p>	
Doy permiso al Departamento de Nutrición de APS de hablar con el proveedor médico de mi niño/estudiante para analizar las necesidades dietéticas que se describen a continuación. He leído la información sobre la Solicitud de Dieta Especial del Departamento de Nutrición de APS que se encuentra al dorso de esta página.	
Firma del padre/tutor:	Fecha:
PARTE B: Discapacidad* o Alergia/Intolerancia Alimentaria	
<p align="center">Para ser completado por un PROVEEDOR MÉDICO LICENCIADO</p> <p><small>*Según la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, una persona con una "discapacidad es cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades de la vida", incluyendo alergias o intolerancias alimentarias.</small></p>	
Explique cómo la discapacidad restringe la dieta del estudiante:	
Principal actividad diaria afectada (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Cuidarse a uno mismo <input type="checkbox"/> Tareas manuales <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Aprender y trabajar <input checked="" type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Respirar <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otro:	Alimento(s) que se debe(n) evitar (marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> Cacahuates <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Frutos secos <input type="checkbox"/> Leche fluida <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Todos los lácteos <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Otro:
Por favor enumere los alimentos que pueden ser sustituidos: _____ _____	
¿Puede el niño consumir alimentos cuando los alérgenos figuran como ingredientes en el producto alimenticio? (Ejemplo: se omiten los huevos enteros y los huevos revueltos, pero se permite el huevo como ingrediente en los panqueques y los waffles.) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Explique (sea específico): _____ _____	
Enumere cualquier modificación de textura que deba realizarse (picar, hacer puré, etc.):	Orden de Dieta Terapéutica – INCLUYA PRESCRIPCIÓN ESPECÍFICA:
Nombre de la autoridad médica (impreso):	Fecha:
Firma de la autoridad médica:	Credenciales (i.e. MA, NP, PA):
Clínica/Nombre de la institución:	Número de teléfono:

Por favor, devuelva a: Dietista Registrada – Departamento de Nutrición Escolar de APS:

linda.ankner@apsk12.org

Por favor recuerde que los administradores de la cafetería no pueden procesar ningún documento. Consulte la última página de este documento para obtener información adicional.

DOCUMENTACIÓN

Para obtener adaptaciones de dieta especial para un estudiante, el Formulario de Solicitud de Dieta Especial del Departamento de Nutrición Escolar de APS deberá ser completado y firmado por una autoridad médica reconocida y con licencia.

Según el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, se **requiere** la siguiente información para brindar adaptaciones:

Niños con Discapacidades

- Identificación del estudiante como una persona que tiene una discapacidad (discapacidad física o mental)
- Explicación de cómo la discapacidad limita la dieta del niño
- Enumerar las principales actividades de la vida diaria afectadas por la discapacidad
- Alimentos que se deben omitir
- Alimentos o selección de alimentos que deben ser sustituidos

El Departamento de Nutrición Escolar de APS no aceptará formularios incompletos; por favor recuerde que, si la documentación recibida está incompleta o requiere mayor aclaración, las adaptaciones dietéticas no comenzarán hasta que se proporcione toda la información.

Las notas escritas por los padres o los Formularios de Dieta Especial sin la firma de un médico o de una autoridad médica no son documentación aprobada y no se aceptarán. Excepto cuando solicite leche sin lactosa.

Los cambios a las adaptaciones dietéticas existentes y la alerta en la cuenta de un estudiante no se eliminarán ni cambiarán sin documentación por escrito del padre/tutor o de la autoridad médica. Si es necesario eliminar alguna adaptación actualmente vigente, el departamento de Nutrición Escolar requiere que se presente una solicitud por escrito al Dietista Registrado.

No es necesario presentar un nuevo formulario de Dieta Especial en cada escuela a menos que haya cambios en el Formulario de Dieta Especial actual del estudiante.

PERIODO DE TIEMPO

Las adaptaciones dietéticas pueden tardar hasta 1 semana en procesarse, especialmente al comienzo del año escolar. El Dietista Registrado de APS se comunicará con las familias dentro de las 24 horas posteriores a que el Dietista Registrado reciba el formulario completo.

INFORMACIÓN SOBRE ALÉRGENOS

Sólo se harán sustituciones de alimentos específicas para estudiantes con una discapacidad y/o alergia alimentaria según lo indicado por la autoridad médica.

El Departamento de Nutrición Escolar de APS no controla los alérgenos de las compras a la carta realizadas por los estudiantes.

Aunque el Departamento de Nutrición Escolar de APS intenta estar completamente libre de la presencia de nueces, algunos productos pueden llevar una declaración de advertencia como "procesado en las instalaciones" o "puede contener...". Por lo tanto, el departamento es Cauteloso con las Nueces (*Nut-Cautious*). Por favor, consulte los alérgenos enumerados en línea en el sitio web MealViewer.

El Departamento de Nutrición Escolar de APS hace todo lo posible para identificar los ingredientes que pueden causar reacciones en personas con alergias alimentarias. La información sobre alérgenos publicada se basa en la información que el Departamento de Nutrición Escolar tiene actualmente archivada. La información sobre alérgenos está sujeta a cambios según los fabricantes y APS no siempre recibe notificación de estos cambios.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o causar represalias o retaliación por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar un 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/ad-3027.pdf>, desde 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 del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o **correo electrónico:** Program.Intake@usda.gov Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.