

Documento de Solicitud de Modificación/Ajuste de Comidas del Programa de Servicio de Alimentos de Verano (SFSP)

Estimado a Padre/Tutor:

Este patrocinador participa en el Programa de Servicio de Comidas de Verano (SFSP) y debe servir comidas y meriendas que cumplan con los requisitos del SFSP. Si un participante tiene una discapacidad documentada que restringe su dieta, el patrocinador debe hacer modificaciones razonables a las comidas y/o meriendas caso por caso para los participantes que se consideran tener una discapacidad que restringe su dieta según lo prescrito por un profesional de la salud con licencia estatal reconocido.

Si un participante tiene una discapacidad física o mental documentada que restringe su dieta, el patrocinador debe tener un certificado médico de un profesional de la salud con licencia. El patrocinador, a su discreción, puede proporcionar una sustitución al plan de comidas y/o modificación al servicio de comida, incluyendo las ayudas y servicios necesarios. Por favor, pida a su profesional de la salud con licencia estatal que complete y firme esta declaración y la devuelva al sitio del patrocinador de verano en el que participa su hijo.

Nota: Los padres/tutores pueden presentar una solicitud por escrito para leche sin lactosa sin la firma de un profesional de la salud.

Enviar la declaración completada a: _____ (Nombre del sitio del programa)

Información del participante/hogar:

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre de la escuela/centro/sitio al que asistió: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/tutor:

Número de teléfono de casa:

Número de teléfono del trabajo:

Marque si se trata de una adaptación dietética solicitada

1. Indique el alérgeno o alimento que debe evitarse: _____

Breve explicación de cómo la exposición a alérgenos o alimentos afecta al participante: _____

Enumere los alimentos específicos que se deben omitir y sustituir. Adjunte una hoja con instrucciones adicionales si es necesario.

Alimentos que deben omitirse:

Alimentos a sustituir:

Marque si se trata de una modificación de textura solicitada

Las modificaciones de textura y líquido deben alinearse con las recomendaciones de IDDSI (<https://iddsi.org/Framework>)

Comida: Regular(7) Fácil de masticar(7) Suave y tamaño bocado(6) Picado y húmedo(5) Puré(4) Licuado(3)

Líquidos: Fino(0) Ligeramente espeso(1) Poco espeso(2) Moderadamente espeso(3) Extremadamente espeso(4)

Alimentación per sonda - Nombre de la fórmula: _____

Instrucciones de administración:

Alimentación oral: No Yes Sí En caso afirmativo, especifique el/los alimento(s): _____

Otras modificaciones dietéticas o instrucciones adicionales {describir}: _____

Firma

El médico autorizado, el asistente médico, el enfermero registrado de práctica avanzada o el dietista registrado deben firmar y conservar una copia de este documento.

Credenciales de la autoridad de prescripción (impresas): _____

Fecha: _____

Firma: _____

Clínica/Hospital: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Autorización voluntaria: Nota para el tutor/padre: Puede autorizar al director de la escuela/centro/sitio a aclarar esta Declaración de Adaptación de Modificación de Comidas con el Proveedor de Atención Médica firmando el siguiente Sección de 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, por la presente autorizo a _____ (nombre del médico/autoridad médica) a divulgar dicha información médica protegida según 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/autoridad médica intercambie libremente la información que figura en este documento y en sus registros sobre mí, con el programa según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que esto afecte la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mí. Entiendo que el permiso para divulgar esta información puede rescindirse en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya divulgado. Opcional: Mi permiso para divulgar esta información expirará el (fecha) _____. Esta información se divulgará para el propósito específico de la información de la Dieta Especial. El abajo firmante certifica que es el padre, tutor o representante autorizado del participante que figura en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de ese participante.

Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

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 EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles.

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

Para presentar una queja por discriminación en el programa, un 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/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-2817Fax2Mail.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 y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA a través de:

- (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.

**Instrucciones para completar el
formulario médico declaración para los
participantes del SFSP solicitar
modificaciones de comidas**

Nombre del patrocinador: proporcione el nombre legal tal como aparece en la solicitud en línea/mapa del sitio del SFSP.

Información del participante:

1. Proporcione el nombre del participante que necesita la comida modificada.
2. Complete la fecha de hoy como MM/DD/AAAA
3. Complete el sitio/organización a la que asiste el niño.
4. Proporcione la fecha de nacimiento del participante como MM/DD/AAAA.
5. Indique el nombre del padre/tutor
6. Proporcione el mejor número para casa (o celular) y trabajo, según corresponda

Información requerida: Adaptación dietética

1. Enumere los alérgenos o alimentos que deben evitarse.
2. Describa brevemente cómo la exposición a este alimento/alérgeno afecta al participante.
3. Enumere los alimentos que deben omitirse en el lado izquierdo de la tabla. Para cada alimento que debe omitirse de la lista de dietas del participante se encuentra un sustituto alternativo en el lado derecho del cuadro.

Información adicional:

Si se requiere modificar la textura de la comida, seleccione la modificación de textura o especifique otra.

Si es necesaria la alimentación por sonda, especifique el nombre de la fórmula y complete las instrucciones de administración.

Si hay información adicional que el patrocinador necesita saber sobre la alimentación oral, seleccione sí y especifique el alimento y las instrucciones.

Si es posible, indique otras modificaciones dietéticas y/o describa claramente instrucciones adicionales.

Firma:

El proveedor de atención médica autorizado completará las credenciales de autoridad para prescribir, la fecha de firma, la firma, la clínica/oficina/hospital y el número de teléfono/fax.

Autorización voluntaria:

Esta sección permite al padre/tutor autorizar al patrocinador a aclarar la declaración de dieta especial con el médico para atender mejor las necesidades especiales del participante. El padre/tutor deberá completar esta sección en su totalidad, siempre que sea posible.

Nota: Discapacidad (anteriormente conocida como Participante Discapacitado) o Condición Médica del Título 7 del CFR Subtítulo A, Sección 15b.3(i)

Las definiciones incluyen:

(i) Una persona con una "discapacidad" significa cualquier persona que tenga un "impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida de dicho individuo; tiene antecedentes de dicho impedimento o se considera que tiene dicho impedimento. •

(ii) La Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 (ADAAA) amplió la lista de "Actividades Principales de la Vida" para identificar a las personas con discapacidad, se agregó una nueva categoría denominada "Funciones Corporales Principales". Según la enmienda de la ADAAA, las Actividades Vitales Principales ahora también incluyen las Funciones Corporales Principales.