Solicitar acomodaciones para el Procedimiento y el Proceso de Necesidades Dietéticas Especiales

Holy Redeemer Catholic School cumple con las pautas del USDA para proporcionar acomodaciones de dietas especiales para los estudiantes. Una "modificación razonable" es un cambio o alteración en las prácticas o procedimientos para acomodar una discapacidad que asegura que los estudiantes con discapacidades tengan la misma oportunidad de participar o beneficiarse del programa. De acuerdo con los criterios establecidos en 7 CFR Parte 15b, aquellos estudiantes que no pueden comer la comida escolar debido a una discapacidad, necesidad médica y / o impedimento se acomodan, sin cargo adicional. Las modificaciones de las comidas deben estar relacionadas con la discapacidad o las limitaciones causadas por la discapacidad. Las regulaciones del USDA para los programas de nutrición escolar no requieren modificaciones de comidas para niños cuyas necesidades dietéticas especiales no constituyen una discapacidad, incluidas las relacionadas con convicciones religiosas o morales, preocupaciones generales de salud y preferencias alimentarias personales.

De acuerdo con Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, los padres/tutores tienen el derecho a una evaluación de sus estudiantes si el distrito tiene razones para creer que su hijo tiene un impedimento mental o física que limita sustancialmente una actividad importante de la vida, que pueda implicar comer/ digerir. Los estudiantes tienen derecho a esta evaluación antes de cualquier plan de acomodacion. Los padres/tutores deben se asegurar de que se ponen en contacto con la escuela si consideran que una evaluación sería apropiada.

Los padres/tutores deben completar la información necesaria en el formulario de declaración médica para solicitar una adaptación para su estudiante. La escuela puede comunicarse con el estudiante y los padres/tutores para obtener información adicional según sea necesario. Por ejemplo, si las sustituciones necesarias para las adaptaciones quedan fuera del patrón de comidas del USDA, el formulario debe estar firmado por una autoridad médica autorizada con privilegios prescriptivos en el estado de Indiana.

Salvaguardias Procesales

Si el hogar siente que las acomodaciones no satisfacen, tiene derecho a ponerse en contacto con el Coordinador 504 y:

- Presentar una queja si cree que se ha cometido una infracción con respecto a la solicitud de una modificación razonable;
- Recibir una pronta y equitativa resolución de la queja;
- Solicitar y participar en una audiencia imparcial para resolver sus quejas;
- Ser representado por un abogado en la audiencia;
- Examinar el expediente; y
- Recibir notificación de la decisión final y un procedimiento de revisión, es decir, el derecho a apelar la decisión de la audiencia.

Coordinador de Acomodaciones

- La seguridad de su hijo es lo primero. Si usted tiene un niño con una discapacidad/ necesidad médica o impedimento, por favor envié su solicitud de acomodaciones completando este formulario y enviar a Insert Special Dietary Needs Main Contact Name
- Para más información sobre las acomodaciones para los comidas escolares y el servicio de comidas para los estudiantes con discapacidades en Insert School or Facility Name , Por favor de contactar a: Insert Contact Name and Information .

Declaracion de No Discriminacion del USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.
Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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 es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Declaración Medica de Necesidades Dietéticas Especiales

Esta escuela/instalación participa en un programa de nutrición infantil financiado por el gobierno federal y cualquier comida, leche y bocadillos servidos deben cumplir con los requisitos del programa. Las comidas razonables deben hacerse cuando el alojamiento solicitado se deba a una discapacidad o impedimento. Si está solicitando una acomodación o sustitución de comidas, por favor complete y firme este formulario. Es posible que se requiera una nota o declaración del médico. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto Insert Special Dietary Needs Contact a Insert Phone Number and/or email .

Padres/ tutores:

Nombre del estudiante **Fecha de Nacimiento** **Grado/Aula** **Nombre de Escuela/Sitio**

Nombre de Padres/Tutor **Número de teléfono de Padre/Tutor**

Discapacidad/Necesidad médica del estudiante:

- ☐ Alergia
- ☐ Intolerancia
- ☐ Modificación de textura
- ☐ Otro

Alergias e intolerancias

¿Qué alimento(s)/ tipo(s) de alimentos deben omitirse? Por favor, sea lo más específico posible.

Enliste los alimentos que se sustituirán.

Firma de padres/tutores **Fecha**

Por favor, obtenga una firma de médico (DO o MD), enfermero practicante (NP) o asistente médico (PA) si su estudiante requiere un menú especial o modificación de la comida.

Autoridad Médica:

Modificaciones de texturas

El niño requiere que los alimentos deben ser:

- ☐ Hechos Puré
- ☐ Cortados en cubitos/ finamentemolido
- ☐ Cortados en trozos pequeños
- ☐ Otro (por favor especificar):

Los líquidos deben ser:

- ☐ Pudin espeso
- ☐ Miel/ néctar espesa
- ☐ Diluidos
- ☐ Otros (por favor especificar):

Alimentación adaptable

Proporcionar una explicación de cómo el estudiante daño físico o mental del estudiante restringe la dieta del estudiante.

Información adicional

Describa los detalles adicionales para aclarar tales como el equipo adaptivo especial necesario, reaccionesa alergias, etc..:

Nombre del médico/ Autoridad Medica y Titulo (favor imprima) Número de teléfono del proveedor

Firma del médico/ Autoridad Medica Fecha

La firma de la siguiente sección es opcional, pero puede evitar retrasos al permitir que el personal de la escuela hable con la autoridad médica.

Exención de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPPA)

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas de los Seguros de Salud de 1996 y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), autorizo a (autoridad medica) para compartir tal información de salud protegida de mi hijo como es necesario para el propósito específico de la información de la dieta especial para (school/program), y consiento permitir que el medico/autoridad médica para intercambiar libremente la información que aparece en este formulario y sus expedientes referentes a mi niño, con el programa de escuela segura sea necesario. Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización sin impacto a la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hijo. Entiendo que el permiso para compartir esta información puede ser rescindido en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido liberada. Esta información debe ser compartida para el propósito específico de la información de la dieta especial. El abajo firmante certifica que él/ella es el padre/tutor/ o representante de la persona listada en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de esa persona.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha**:_____

- ☐ Form Received on_____.
- ☐ Accommodations within meal pattern.
- ☐ Accommodation will begin on _____.
- ☐ Accommodations not within meal pattern.
- ☐ Form incomplete. Parent contacted on_____.
- ☐ Form complete. Accommodation will not be made.
- ☐ Request not reasonable.
- ☐ 504 coordinator contacted

_____ _____

Date Signature of Food Service Director/Contact