**Niños con Discapacidades y Necesidades Dietéticas Especiales**

Las escuelas que participan en un programa federal de comidas escolares (Programa Nacional de Almuerzo Escolar, Programa Nacional de Desayuno Escolar, Programa de Frutas y Vegetales Frescos, Programa Especial para Leche, y Programa de Meriendas Después de Clases) están requeridas a realizar las acomodaciones razonables para niños que no pueden comer las comidas escolares debido a una discapacidad que restringe sus dietas.

1. **Declaración de la Autoridad Médica Acreditada para Niños con Discapacidades**

Las regulaciones del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) en 7 CFR Parte 15b requieren de substituciones o modificaciones en las comidas escolares para niños cuyas discapacidades restringen sus dietas. Las autoridades escolares para servicios alimenticios deben proveer las modificaciones para estos niños en base a cada caso cuando las solicitudes son apoyadas por una declaración escrita de una autoridad medica estatal acreditada.

La tercera pagina de este documento (“Plan Medico de Cuidado para Servicios Alimenticios Escolares”) puede ser usado para obtener la información requerida de la autoridad medica acreditada. Para este propósito, una autoridad medica acreditada en Pennsylvania incluye a:

* Médico/doctor
* Asistente medico
* Enfermera titulada registrada y certificada
* Dentista

La declaración medica escrita debe incluir:

* Una explicación de cómo el impedimento físico o mental restringe o limita la dieta del niño (a).
* Una explicación de lo que se debe hacer para acomodar al niño (a); y
* El alimento o alimentos que se deben omitir y las alternativas recomendadas, si es apropiado.

1. **Otras necesidades especiales de dieta**

El personal de servicio alimenticio escolar puede hacer las substituciones de alimentos para niños individuales que no tengan una declaración escrita en archivo. Tales determinaciones son hechas en base a cada caso o individuamente y todas las acomodaciones deben ser hechas de acuerdo a los requerimientos en patrón de comidas de USDA. Las escuelas son motivadas, pero no requeridas, a tener la documentación en archivo cuando efectúen las modificaciones al menú dentro del patrón de comidas establecidas.

Las necesidades y solicitudes dietéticas especiales, incluyendo las que van relacionadas a problemas de la salud, preferencias personales, y convicciones o creencias religiosas o morales, no son discapacidades y se consideran opcionales para las autoridades escolares para ser acomodadas. Las modificaciones de comidas debido a razones que no se relacionan a una discapacidad son reembolsables siempre y cuando estas comidas se adhieran a las regulaciones del Programa.

1. **Acto de Rehabilitación de 1973 y el Acto de Americanos con Discapacidades**

Bajo la Sección 504 del *Acto de Rehabilitación de 1972*, el *Acto Americanos con Discapacidades (ADA)* de 1990 y el *Acto de Enmiendas de ADA de 2008*, una persona con discapacidad, incluye a cualquier persona que posea un impedimento físico o mental que limite substancialmente una o mas actividades de vida o funciones corporales principales, que tenga un récord de tal impedimento o que se considere poseer dicho impedimento. Un impedimento físico o mental no necesita ser de amenaza a la vida para poder constituir una discapacidad. Si limita a alguna actividad principal de la vida, entonces se considera como discapacidad.

Entre las actividades principales de vida se incluyen, pero no se limitan a: el cuidado propio, desempeño de actividades manuales, la vista, audición, comer, dormir, caminar, pararse, cargar algo, doblarse por la cintura, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse, y trabajar. Una actividad principal de vida también incluye la operación de una función corporal principal, incluyendo, pero sin limitarse a: funciones del sistema inmunológico, crecimiento normal de células, función digestiva, vesical, neurológica, cerebral, respiratoria, circulatoria, endocrina, y función reproductiva.

1. **Acto de Educación para Individuos con Discapacidades**

Un niño con una discapacidad bajo Parte B del *Acto de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA)* se describe como un niño evaluado en concordancia con IDEA y quien posee uno o mas de las trece categorías de discapacidad reconocidas y quien, por razón de ello, necesita de una educación especial y servicios relacionados. El Programa Educativo Individualizado (IEP) es una declaración escrita para un niño con discapacidad que se desarrolla, se evalúa o examina y se revisa en concordancia con IDEA y sus regulaciones de implementación. Cuando los servicios de nutrición se requieren bajo un IEP de estudiante, los oficiales escolares necesitan asegurar que el personal escolar de servicios alimenticios sea involucrado temprano en las decisiones relacionadas a las comidas especiales. Si un IEP o plan 504 incluye la misma información que es requerida en una declaración médica (ver la sección 1, arriba) entonces no será necesario obtener una declaración médica por separado.

|  |
| --- |
| **Contacto para el Programa de Nutrición Escolar**  Para mayor información sobre la solicitud de acomodaciones a las comidas escolares y el servicio de comidas para estudiantes con discapacidades en (nombre del distrito escolar o escuela), por favor comunicarse con:  \_\_**610.670.0181, ext. 1148**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del contacto |

**Declaración de No Discriminación de USDA**

En concordancia con la ley civil federal y las regulaciones políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), sus agencias, oficinas, y empleados, e instituciones participando en o que son administrados por los programas de USDA están prohibidos de discriminar en base a la raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o de tomar campanas de represalias o retorsión por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o patrocinada por USDA.

Las personas con discapacidades que adquieran medios alternativos de comunicación para información de programas (por ejemplo., Braille, impresión de letra grande, audio cintas, Lenguaje Americano por Signos, etc.), debe contactar a la Agencia (local o estatal) en donde se aplico para los beneficios. Los individuos que son sordos, que tienen impedimento auditivo, o discapacidades del lenguaje hablado pueden contactar a USDA por medio del Servicio Federal de Mensajes al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja o demanda de discriminación, complete el Formulario de Discriminación del Programa USDA (AD-3027) en línea en <http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html> y en cualquiera de las oficinas de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y provea en la carta lka información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja o demanda, llam al (866) 632-9992. Presente su formulario completo o su carta a USDA:

1. Correo: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Ave., SW

Washington, D.C. 20250-9410;

1. Facsimile: (202) 690-7442;
2. Correo electrónico: [program.intake@usda.giv](mailto:program.intake@usda.giv)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

**Plan Médico de Cuidado para el Servicio de Alimentos Escolares**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante | Fecha de nacimiento | | | Grado/aula de clases |
| Nombre de la escuela | | | | |
| Nombre del padre/guardián | | Número telefónico del padre/guardián | | |
| Firma del padre/guardián | | Fecha | | |
| 1. Provea una explicación debajo de como el impedimento físico o mental del estudiante restringe la dieta del estudiante: | | | | |
| 1. Describa la dieta especifica o modificaciones necesarias prescritas por la autoridad medica acreditada para acomodar las necesidades del estudiante: | | | | |
| 1. Enliste los alimentos que deben ser omitidos (por favor sea especifico) y las alternativas recomendadas, si es apropiado.   Alimentos que deben omitirse: | | | | |
| Substituciones sugeridas: | | | | |
| 1. Indique cualquier modificación de la textura de alimento, si es relevante:   □ cortada en trocitos/picado/troceado □ picado en cubitos/molido finamente □ puré □ otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 1. Enliste cualquier equipo adaptativo especial requerido: | | | | |
| Nombre del médico/autoridad acreditada & Titulo (por favor escriba en molde) | | | Número telefónico del proveedor | |
| Firma del médico/autoridad Acreditada | | | Fecha | |

*Su firma en la siguiente sección es opcional, pero podría prevenir cualquier demora en permitirle a la escuela a hablar con el medico/autoridad medica acreditada.*

Dispensa (exención) del Acto de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico

En concordancia con las provisiones del Acto de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Medico de 1996 y el Acto de Privacidad de los Derechos Educativos de la Familia, yo por medio de la presente autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (autoridad medica) a revelar la información medica protegida de mi niño como sea necesario para el propósito especifico de información sobre dieta especial para la escuela/programa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y doy mi consentimiento para permitirle al médico/autoridad médica a intercambiar libremente la información enlistada en este formulario y en sus registros o archivos concernientes a mi niño con el programa escolar como sea necesario. Yo comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización sin ningún impacto sobre la elegibilidad de mi solicitud para dieta especial para mi niño. Comprendo que el permiso para divulgar esta información puede ser rescindido o revocado en cualquier momento excepto cuando la información ya ha sido divulgada. Mi permiso para divulgar esta información expira en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha). Esta información debe ser divulgada con el propósito especifico de información de Dieta Especial.

La persona abajo firmante certifica que el/ella es el padre/madre/guardián o representante de la persona enlistada en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en representación de dicha persona.

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_