

Letter to Parent/Guardian Explaining Requirements for School Meal Modification Requests

USD 217 Rolla Schools 203 Van Buren P.O. Box 167 Rolla, Ks 67954 (620)-593-4345

August 1, 2023

Estimado padre, madre o tutor:

La escuela de su hijo/a estudiante hará modificaciones a las comidas recetadas por una autoridad médica habilitada que está autorizada por la ley estatal de Kansas a expedir recetas médicas (MD, DO, PA o APRN) para ajustarse a una discapacidad. Se adjunta a esta carta un modelo de *Declaración del médico para solicitar modificación a comidas escolares* y se puede utilizar para pedir una modificación a comidas.

IMPORTANTE: En caso de estudiantes sin discapacidad, se pueden pedir modificaciones a las comidas y la escuela PUEDE optar por hacer sustituciones. Cualquier modificación de este tipo debe satisfacer el patrón de comidas reembolsables.

Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame a Jamie Milburn al (620)-593-4345.

Atentamente,



Jamie Milburn
JH/HS Secretary

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar 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 reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or
- (2) **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Declaración del médico para solicitar modificación a comidas

Modificaciones para ajustarse a una discapacidad: Las modificaciones a las comidas recetadas por una autoridad médica se deben realizar para ajustarse a la discapacidad de un/a participante.

Definición de discapacidad: Bajo la Sección 504, la ADA y el Reglamento Departamental de la parte 15b del 7 CFR se define a una persona con discapacidad como alguien que tiene un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más actividades principales de la vida, tiene un historial de dicho impedimento o se considera que tiene tal impedimento. Las “actividades principales de la vida” se definen de forma general e incluyen, a título enunciativo pero no limitativo, cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Las “actividades principales de la vida” también incluyen el funcionamiento de una función corporal principal, que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, funciones del sistema inmune, crecimiento celular normal, funciones digestivas, intestinales, de la vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

Esta forma debe ser completada por una “autoridad médica” que está autorizada por la ley estatal de Kansas a expedir recetas médicas: médico habilitado (MD o DO) O un auxiliar médico (PA) o una enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) autorizados por el médico habilitado a cargo.

Parte A. Información del participante, padre, madre o tutor y contacto en la instalación – Para ser completada por un padre, madre o tutor o persona de contacto en la instalación.		
Nombre del Participante:	Fecha de Nacimiento:	Instalación:
Nombre del padre, madre o tutor:	Teléfono del padre, madre o tutor:	
Nombre del contacto en la Instalación:	Teléfono del contacto en la Instalación:	
Parte B. Orden de dieta recetada – Esta parte debe ser completada por una autoridad médica como se especificó antes.		
1. Descripción del impedimento físico o mental relacionado con la orden de dieta recetada y la actividad principal de la vida afectada. <i>Ejemplo: La alergia a los cacahuates afecta la capacidad para respirar.</i>		
2. Explicación de qué se debe hacer para ajustarse a la discapacidad (describa en forma detallada para garantizar la implementación correcta):		
Omitir los alimentos indicados a continuación:	Sustituir los alimentos indicados a continuación:	
Textura modificada: <input type="checkbox"/> No corresponde	<input type="checkbox"/> Picados	<input type="checkbox"/> Molidos <input type="checkbox"/> Pisados (puré)
Espesor modificado de líquidos: <input type="checkbox"/> No corresponde	<input type="checkbox"/> Néctar	<input type="checkbox"/> Miel <input type="checkbox"/> Espesor para cuchara o de pudín
Equipo especial para alimentación: <input type="checkbox"/> No corresponde	<input type="checkbox"/> Equipo especial para alimentación: <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> <i>(por ejemplo, cuchara con mango grande, taza hermética con popote etc.)</i>	
3. Información de la autoridad médica:		
Firma:	Título:	
Aclaración:	Teléfono:	Fecha:
Parte C. Autorización del padre, madre o tutor – Para ser completada por el padre, madre o tutor		
Autorizo al personal de la instalación responsable de implementar la orden de dieta recetada a hablar de las adaptaciones especiales a la dieta con cualquier miembro del personal que corresponda y a seguir la orden de la dieta recetada para las comidas. También autorizo a la autoridad médica a aclarar en más detalle la orden de dieta recetada en esta forma si el personal de la instalación así lo solicitare.		
Firma del padre, madre o tutor:	Fecha:	

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.