

## 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

July 25, 2022

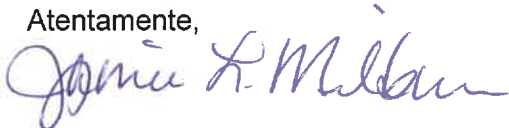
Estimado padre, madre o tutor:

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 con los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza por la participación previa en actividades de derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje estadounidense de señas, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa podría estar disponible en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete la Forma de Quejas de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra por internet en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en la forma. Para solicitar una copia de la forma de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe la forma completada o la 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 elect.: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución ofrece 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: 100%; border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 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.