

Declaración de Comidas Para Solicitar Comidas Especiales o Adaptaciones en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos

1. Nombre de la Institución:
2. Nombre del sitio:
3. Número de teléfono del sitio:
4. Nombre del niño o participante:
5. Edad o fecha de nacimiento:
6. Nombre del padre o tutor:
7. Número de teléfono:
8. Descripción del impedimento físico o mental del niño o participante afectado:
9. Explicación de la prescripción o adaptación de la dieta para garantizar la implementación adecuada:
10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante superior:

Puré	Molido	Picado	Regular
------	--------	--------	---------
11. Alimentos que deben omitirse:
12. Sustituciones sugeridas apropiadas:
13. Equipo adaptativo para utilizar:
14. Firma de un profesional de la salud con licencia estatal*:
15. Nombre impreso:
16. Número de teléfono:
17. Fecha:

*Para este propósito y según el [Código de Salud y Seguridad de California, Sección 11150](#), el Departamento de Servicios Sociales de California considera que un profesional de la salud con licencia estatal en California es un médico, un dentista o los siguientes profesionales de la salud con licencia cuando actúan dentro del alcance de su capacidad para escribir recetas: asistente médico, enfermera practicante, médico naturópata, enfermera registrada y proveedor fuera del estado. **Las instituciones del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) que operan otro programa federal de nutrición infantil (CNP, por sus siglas en inglés) además del CACFP, deben comunicarse con el agencia de supervisión apropiada para determinar qué profesionales de atención médica con licencia estatal pueden firmar declaraciones médicas para acomodar discapacidades para ese CNP.**

La información de este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas o nutricionales actuales del participante.

INSTRUCCIONES

1. **Nombre de la Institución:** Imprima el nombre de la escuela o agencia que está proporcionando el formulario a los padres.
2. **Sitio:** Imprima el nombre del sitio donde se servirán las comidas.
3. **Número de teléfono del sitio:** Imprima el número de teléfono del sitio donde se servirán las comidas.
4. **Nombre del niño o participante:** Imprima el nombre del niño o participante al que pertenece la información.
5. **Edad del niño o participante:** Imprima la edad del niño o participante (para bebés, use la fecha de nacimiento).
6. **Nombre del padre o tutor:** Imprima el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño o participante.
7. **Número de teléfono:** Imprima el número de teléfono del padre o tutor.
8. **Descripción del Impedimento Físico o Mental del Niño o Participante Afectado:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño o participante.
9. **Explicación de la Prescripción o Adaptación de la Dieta para Garantizar la Implementación Adecuada:** Describa una dieta específica o adaptación que haya sido prescrita por el profesional de la salud estatal.
10. **Indicar Textura:** Si el niño o participante no necesita ninguna modificación, marque Regular.
11. **Alimentos que Deben Omitirse:** Enumere los alimentos específicos que deben omitirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).
12. **Sustituciones Sugeridas:** Enumere los alimentos específicos para incluir en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
13. **Equipo Adaptativo para Usar:** Describa el equipo específico requerido para ayudar al niño o participante con la cena (por ejemplo, taza para sorber, cuchara de mango grande, muebles accesibles para sillas de ruedas, etc.).

14. **Firma del Profesional de la Salud con Licencia Estatal:** Firma del profesional de la salud con licencia estatal que solicita la comida o adaptación especial.
15. **Nombre Impreso:** Imprima el nombre del profesional de la salud con licencia estatal.
16. **Número de Teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud con licencia estatal.
17. **Fecha:** Fecha del formulario firmado por un profesional de la salud con licencia estatal.

Las citas son de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 y la Ley de Enmienda de la ADA de 2008:

Una persona con una discapacidad se define como cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene un registro de dicho impedimento o se considera que tiene tal impedimento.

Deterioro físico o mental significa (a) cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico; musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio; del habla; órganos; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genito-urinario; hemico y linfático; piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como discapacidad intelectual, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental, y discapacidades específicas de aprendizaje.

Las principales actividades de la vida incluyen, pero no se limitan a, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.

Las principales funciones corporales se han agregado a las principales actividades de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; el crecimiento celular normal; y las funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

Tiene un registro de tal impedimento significa que una persona tiene o ha sido clasificada (o clasificada erróneamente) como que tiene un historial de discapacidad mental o física que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

Declaración De No Discriminación Del Departamento De Agricultura De EE.UU.

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 el [Sitio Web de no Discriminación del Servicio de Alimentos y Nutrición](#), 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 Postal:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

2. Fax:

(833) 256-1665 o (202)-690-7442

3. Correo Electrónico:

program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.