

Solicitud Anual de Comidas modificada para los alumnos con necesidades dietéticas especializadas

Con el fin de servir mejor a nuestros alumnos con necesidades dietéticas especiales, una planilla modificada de Solicitud Anual de Comidas debe ser completada cada año escolar. La planilla de Solicitud Anual de Comidas no se traslada de año en año. Se requiere que los padres o custodios entreguen una planilla nueva firmada por el doctor del alumno o alguna autoridad médica. *Autoridades médicas reconocidas incluyen a doctores, asistentes a doctores, enfermeras prácticas, o dietistas registrados.* **Si un alumno no come o sigue el menú de la dieta modificada por 5 días escolares, la(s) comida(s) modificada(s) se cancelarán.** No se puede servir comidas modificadas para acomodar a las preferencias religiosas, modificaciones de dieta personal o comidas que no les gusten.

Instrucciones:

- 1) Los padres o custodios completan la porción de arriba de la planilla y la firma.
 - 2) La autoridad médica completa la sección de abajo y la firma.
 - 3) Mande por fax al (317) 226-4677 o déselo al Personal de la Cafetería de la escuela de su hijo.
- La solicitud se procesará por la Dietista Registrada del Departamento de Alimentos de IPS.
 - Favor de verificar cada sección antes de entregarla. Las solicitudes incompletas no se honrarán.
 - Se mandará una comida modificada al Personal de la Cafetería dentro de 3 días escolares.
 - Para recibir una comida modificada el primer día de clases, favor de entregar una nueva Solicitud Anual de Comidas una semana antes del primer día de clases.

GUÍAS

Discapacidades:

Bajo la Sección 504 de la Ley Federal de Rehabilitación del 1973, y de la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) del 1990, una "persona con una discapacidad" se refiere a una persona que tenga una discapacidad física o mental que limita substancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene un archivo de tal discapacidad, o se considera tener una discapacidad.

Actividades importantes de la vida incluyen cuidado para sí mismo, comer, ejecutar trabajos manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.

Las regulaciones USDA 7 CFR Parte 15b requieren modificaciones en las comidas para los alumnos con discapacidades que causan las modificaciones en la dieta. Un niño con una discapacidad debe de ser provisto con sustituciones de la comida cuando la necesidad está apoyada por una declaración firmada por un doctor.

Los niños con alergias a las comidas o intolerancias no tienen discapacidad y el servicio de alimentos puede, pero no se requiere que haga, sustituciones en las comidas. Sin embargo, si una alergia resulta en una reacción severa y anafiláctica, la condición del alumno se considera por su definición "discapacidad" y las sustituciones recetadas por el doctor tienen que llevarse a cabo.

Necesidades dietéticas especiales que no tienen una Discapacidad:

El Departamento de Alimentos puede hacer sustituciones de alimentos, a su discreción, para los niños que necesitan una dieta especial por motivos médicos, de alergia o intolerancias alimenticias. Esas determinaciones se hacen solamente examinando cada caso. Cada pedido de dieta especial debe de estar apoyado por la planilla de una *Solicitud Anual de Comidas*, la cual explica la sustitución que se pide y está firmada por una autoridad médica.



Solicitud de Modificación Anual de Comidas
Fax to: (317) 226-4677 or Return to Your Student's School

- New Modified Meal Request Change Current Modified Meal Request
 Modified Meal Request Renewal Temporary Modified Meal Request Start date : _____ End date : _____

PARA LOS PADRES COMPLETAR

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|---------------------|---------------|
| Fecha | Escuela | Primer nombre del alumno | Apellido del alumno | |
| Fecha de nacimiento | Dirección | | Ciudad, Estado | Código Postal |
| Teléfono de los padres o custodios | | Numero del celular | Correo electrónico | |
| Mi hijo requiere una modificación del menú durante: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo | | | | |

Entiendo que es mi responsabilidad de renovar este formulario antes de cada año escolar y cada vez que cambian las necesidades médicas o de salud de mi hijo.

Nombre en letra de molde de los padres

Firma de los padres/custodios

TO BE COMPLETED BY MEDICAL AUTHORITY

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <p>Diet Order: (If this child's condition limits a major life activity such as walking or breathing, please fill out Physical Disability below)</p> | | | | <p>Food Allergy/Intolerance:</p> | |
| <input type="checkbox"/> | Carbohydrate | School Breakfast CHO _____g | <input type="checkbox"/> | Fat | School Breakfast Fat _____g |
| <input type="checkbox"/> | Restriction | School Lunch CHO _____g | <input type="checkbox"/> | Restriction | School Lunch Fat _____g |
| <input type="checkbox"/> | Calorie | School Breakfast Fat _____kcal | <input type="checkbox"/> | Protein | School Breakfast Protein _____g |
| <input type="checkbox"/> | Restriction | School Lunch Fat _____kcal | <input type="checkbox"/> | Restriction | School Lunch Protein _____g |
| <input type="checkbox"/> | Other List: _____ | | <input type="checkbox"/> | Other List: _____ | |
| | | | | <p>Provide additional information or comments below*. (Ex. Restrict all gluten food products.)</p> | |
| | | | | <p>Will this food allergy result in severe, life-threatening reaction if the food is ingested?</p> | |
| | | | | <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <p>Texture Modification (if applicable):</p> <p> <input type="checkbox"/> Mechanical Soft Chopped <input type="checkbox"/> Mechanical Soft Ground <input type="checkbox"/> Pureed </p> | <p>Physical Disability _____</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|

* Additional information or comments related to diet (attach additional information if needed):

| | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Prescribing Physician or Medical Authority Name Printed | Prescribing Physician/Medical Authority Signature |
| Telephone | _____ |

Contact Indianapolis Public Schools Foodservice Department at (317) 226-4772 with questions or concerns.