

Proceso para Solicitar Acomodaciones para Necesidades Dietéticas Especiales

El distrito escolar Metropolitano de Wayne cumple con las pautas del USDA para proporcionar acomodaciones de dietas especiales para los estudiantes. De acuerdo con los criterios establecidos en 7 CFR Parte 15b, los estudiantes que no pueden comer la comida de la escuela debido a una discapacidad/ necesidad médica/ o deterioro se acomodan, sin cargo adicional. Necesidades dietéticas debido al estilo de vida y razones religiosas son importantes para nuestra escuela, pero no un requisito por USDA para hacer adaptaciones. Nuestra escuela tratara de acomodar el estilo de vida y las necesidades religiosas a través de nuestras opciones de menú actuales. Por favor revise la siguiente información si su hijo requiere una consideración de dieta especial.

De acuerdo con Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, los padres tienen el derecho a una evaluación de su hijo si el distrito tiene razones para creer que su hijo tiene un impedimento mental o física que limita sustancialmente una actividad importante de la vida, que pueda implicar comer/ digerir. Usted tiene derecho a esta evaluación antes de cualquier plan de acomodación.

Los pasos en el proceso para solicitar acomodaciones especiales son 1) para el padre(s)/ cuidador(s) completar el formulario de declaración médica de necesidades dietéticas especiales y regresar inmediatamente a la escuela; 2) la escuela revisará y procesará la solicitud; 3) el formulario puede ser devuelto al padre/tutor para firmas médicas adicionales. Por ejemplo, si las sustituciones necesarias para las acomodaciones quedan fuera del patrón de comida USDA, el formulario de declaración médica debe ser firmado por una autoridad médica autorizada con privilegios prescriptivos en el estado de Indiana, y 4) las acomodaciones serán ajustadas conforme la revisión.

Salvaguardias Procesales

Si el hogar siente que las acomodaciones no satisfacen, tiene derecho a ponerse en contacto con el Coordinador 504 y:

- Presentar una queja si cree que se ha cometido una infracción con respecto a la solicitud de una modificación razonable;
- Recibir una resolución pronta y equitativa de la queja;
- Solicitar y participar en una audiencia imparcial para resolver sus quejas;
- Ser representado por un abogado en la audiencia;
- Examinar el expediente; y
- Recibir notificación de la decisión final y un procedimiento de revisión, es decir, el derecho a apelar la decisión de la audiencia.

Coordinador de Acomodaciones

- La seguridad de su hijo es lo primero. Si usted tiene un niño con una discapacidad/ necesidad médica o impedimento, por favor envíe su solicitud de acomodaciones completando este formulario y enviar a Amanda Deckard, RD al: amanda.deckard@wayne.k12.in.us OR the Child Nutrition Office at 1155 S. High School Rd. Door 1.
- Para más información sobre las acomodaciones para las comidas escolares y el servicio de comidas para los estudiantes con discapacidades en el municipio de Wayne, por favor contacte a Amanda Deckard, RD al 317-988-7955.

Declaracion de No Discriminacion del USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD- 3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

Declaración Médica de Necesidades Dietéticas Especiales

Esta escuela / instalación participa en un Programa de Nutrición Infantil financiado con fondos federales, y todas las comidas, leche y refrigerios servidos deben cumplir requisitos del programa. Se deben hacer arreglos razonables para las comidas cuando se solicite acomodaciones debido a una discapacidad. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de modificar el menú según la disponibilidad del producto. Si solicita una sustitución o acomodación de comida, complete y firme este formulario. Un profesional médico autorizado puede ser requerido para firmar la forma. Si la información a continuación cambia en cualquier momento, es su responsabilidad proporcionar nueva documentación de un médico autorizado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Amanda Deckard, RD al 317-988-7955 o amanda.deckard@wayne.k12.in.us

Nombre del estudiante	Fecha Nacimiento	Grado/ Maestro	Nombre de Escuela/Sitio
Nombre de Padres/Tutor		Número de teléfono de Padre/Tutor	Email Padre/Guardian

<input type="radio"/> Alergia(s)	<input type="radio"/> Dieta Disfagia	<input type="radio"/> Otros
<input type="radio"/> Intolerancia(s)	<input type="radio"/> Desorden Metabólico	
¿Qué alimento(s) deben omitirse?		<input type="radio"/> Excepción Religiosa <input type="radio"/> No Cerdo <input type="radio"/> No Res <input type="radio"/> Otros
¿Qué alimento(s) deben sustituirse?		

Firma de Padres/Tutor X	Fecha X
--------------------------------	----------------

Medical Professional: Obtenga la firma de un profesional médico autorizado si su hijo requiere una modificación especial del menú (por ejemplo: alergias severas múltiples, modificaciones de textura, trastornos metabólicos) Y/O si su hijo tiene una alergia severa que requiere una pluma Epi.

<input type="radio"/> Alergia(s) Reacción: <input type="radio"/> Necesita Pluma Epi <input type="radio"/> No necesita Pluma Epi	<input type="radio"/> Disfagia <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><u>Solidos</u></td> <td style="width: 50%;"><u>Líquidos</u></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Regular</td> <td><input type="radio"/> Espeso extremo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Suave y en trozos</td> <td><input type="radio"/> Espeso moderado</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Humedo/ finamente molido</td> <td><input type="radio"/> Medio espeso</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Hechos Puré</td> <td><input type="radio"/> Pudín espeso</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> Delgadito</td> </tr> </table>	<u>Solidos</u>	<u>Líquidos</u>	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Espeso extremo	<input type="radio"/> Suave y en trozos	<input type="radio"/> Espeso moderado	<input type="radio"/> Humedo/ finamente molido	<input type="radio"/> Medio espeso	<input type="radio"/> Hechos Puré	<input type="radio"/> Pudín espeso		<input type="radio"/> Delgadito
<u>Solidos</u>	<u>Líquidos</u>												
<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Espeso extremo												
<input type="radio"/> Suave y en trozos	<input type="radio"/> Espeso moderado												
<input type="radio"/> Humedo/ finamente molido	<input type="radio"/> Medio espeso												
<input type="radio"/> Hechos Puré	<input type="radio"/> Pudín espeso												
	<input type="radio"/> Delgadito												
<input type="radio"/> Desorden Metabólico													
<input type="radio"/> Otros													

Por favor describa alguna otra acomodación alimenticia:

Name of Physician/Medical Authority & Title (please PRINT)	Provider Phone Number
Signature of Physician/Medical Authority	Date

La siguiente firma es opcional pero puede prevenir retrasos al darle autorización al personal de la escuela para hablar con autoridad médica. Exención de la Ley de **Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPPA)**

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas de los Seguros de Salud de 1996 y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), autorizo a _____ (autoridad médica) para compartir tal información de salud protegida de mi hijo como es necesario para el propósito específico de la información de la dieta especial para _____ (school/program), y consiento permitir que el médico/autoridad médica para intercambiar libremente la información que aparece en este formulario y sus expedientes referentes a mi niño, con el programa de escuela segura sea necesario. Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización sin impacto a la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hijo. Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización sin impacto a la elegibilidad de mi solicitud de una dieta especial para mi hijo. Entiendo que el permiso para compartir esta información puede ser rescindido en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido liberada. Mi permiso para compartir esta información expira en _____ (fecha). Esta información debe ser compartida para el propósito específico de la información de la dieta especial. El abajo firmante certifica que él/ella es el padre/tutor/ o representante de la persona listada en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de esa persona

X **Firma Padre/Guardian:** _____ **Fecha:** _____ X

School/Faculty Use Only:

Form Received on _____ Accommodation will begin on _____

RD contacted Nurse contacted 504 coordinator contacted
 Form incomplete. Parent contacted on _____.
 Form complete. Accommodation will not be made. Request not reasonable.

Date Signature of Food Service Director/Contact