

MEDICAL STATEMENT

Parent/Guardian: You have requested a meal accommodation for your child that cannot be achieved within the federal meal pattern requirements for school meals (SP 59-2016). Therefore, in order to meet your child's needs, this form must be completed and returned to the school. The form must be completed by a State Licensed Health Care Professional (Physician (MD or DO), Physician's Assistant (PA), Advance Practice Registered Nurse-Nurse Practitioner (APRN-NP), or Chiropractor. A Licensed Medical Nutrition Therapist (LMNT) may also complete and sign when acting under the consultation of the licensed physician.

Name of Child:		Date of Birth:
Name of Parent/Guardian:		Telephone:
Address:	City:	State/Zip:
Email Address:	School Building Child Attends:	Grade:
Description of student's physical or mental impairment that restricts the diet:		
Specify any dietary restrictions or special instructions for meals:		
If applicable, list foods to omit:		If applicable, list foods to substitute:
Texture Modifications:		Thickness Modifications:
Signature of State Licensed Health Care Professional:		Name of referring physician working with LMNT (<i>if applicable</i>):
Printed Name and Title:	Phone Number:	Date:

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individual who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877- 8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) Mail: 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

This institution is an equal opportunity provider.

Internal Use - School Information

Return to: _____

Phone number: _____

Date form received by school: _____

Follow-up: _____

DECLARACIÓN MÉDICA

Estimado padre/madre/tutor: usted solicitó una adaptación para la comida de su hijo/a que no puede llevarse a cabo dentro de los requisitos federales del patrón de comidas para comidas escolares (SP 59-2016). Por lo tanto, con el objetivo de satisfacer las necesidades de su hijo/a, se debe completar este formulario y enviarlo a la escuela. El formulario debe completarse por un profesional de la salud matriculado estatal (doctor en medicina o médico osteópata), ayudante médico (PA), enfermero registrado de práctica avanzada/enfermero registrado (APRN-NP) o médico quiropráctico. Un terapeuta médico matriculado especializado en nutrición (LMNT) también puede completarlo y firmarlo cuando actúe en consulta con el médico matriculado.

Nombre de su hijo/a:		Fecha de nacimiento:
Nombre de padre/madre/tutor:		Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Dirección de correo electrónico:	Escuela a la que el niño/a asiste:	Grado:
Descripción del impedimento físico o mental del estudiante por lo que restringe la dieta:		
Especificar cualquier restricción en la dieta o instrucciones especiales para las comidas:		
Si corresponde, enumere los alimentos que se deben eliminar:	Si corresponde, enumere los alimentos que se deben sustituir:	
Modificaciones de texturas:	Modificaciones de espesor:	
Firma del profesional de la salud matriculado estatal:	Nombre del médico que deriva que trabaja con el LMNT (<i>si corresponde</i>):	
Título y nombre en letra de imprenta:	Número de teléfono:	Fecha:

De acuerdo con las regulaciones y políticas de los derechos civiles de la Ley Federal de Derechos Civiles y del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran los programas del USDA discriminen según raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o tomen represalias por una actividad anterior sobre los derechos civiles en cualquiera de los programas o actividades manejados o patrocinados por el USDA.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para conocer la información del programa (es decir, Braille, letra grande, video con audio, lenguaje estadounidense de señas, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación del Programa del USDA, (AD-3027). Encuéntrelo en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta al USDA donde proporcione toda la información solicitada en el formulario. Si desea obtener una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo 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; o
- (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Para uso interno: información de la escuela

Enviar a: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de recepción del formulario por parte de la escuela: _____

Seguimiento: _____