

MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

1. School Southern Kern Unified School District	2. Site Name	3. Site Phone Number	
4. Name of Child		5. Age of Child	
6. Name of Parent or Guardian		7. Phone Number	
8. Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected:			
9. Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation:			
10. Indicate Food Texture for Above Child:			
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chopped <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Pureed			
11. Foods to be Omitted and Appropriate Substitutions:			
Foods To Be Omitted		Suggested Substitutions	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
12. Adaptive Equipment to be Used:			
13. Signature of State Licensed Healthcare Professional*	14. Printed Name	15. Phone Number	16. Date

***For this purpose, a state licensed healthcare professional in California is a licensed physician, a physician assistant, or a nurse practitioner.**

The information on this form should be updated to reflect the current medical and/or nutritional needs of the participant.

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, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals 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 mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; or email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

DECLARACION MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES Y / O MODIFICADAS

1. Escuela Distrito Unificado Escolar de Southern Kern	2. Nombre de Sitio	3. Numero de Telefono de Sitio	
4. Nombre del Estudiante		5. Edad del Estudiante	
6. Nombre del Padre/Guardian		7. Numero de Telefono	
8. Descripción del impedimento Afectado del Estudiante Físico o Mental:			
9. Explicación de la Dieta Prescrita y/o las Modificaciones para Asegurar la Implicación Apropiada:			
10. Indique la Textura de Comida Para el Estudiante:			
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Picado <input type="checkbox"/> Molido <input type="checkbox"/> Puré			
11. Comidas que Deben Ser Evitadas y los Substitutos Apropiados:			
Comidas Que Se Deben Evitar		Substituciones Sugeridas	
12. Equipo Adaptivo que se Debe Usar:			
13. Firma del Profesional de Salud Licenciado del Estado*	14. Nombre Imprimido	15. Numero de Telefono	16. Fecha

***Por este propósito, un Profesional de Salud Licenciado del Estado es un Médico Licenciado, un asistente de médico, o una enfermera.**

La información en este formulario debe actualizarse para reflejar la información y/o las necesidades nutritivas del participante.

De acuerdo con las Leyes Federales de Derechos Civiles y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) regulaciones de derechos civiles y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados, e instituciones participando en, o administrando programas del USDA prohíben discriminación contra raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, o relación con actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o fundada por el USDA.

Personas discapacidades quienes requieren otros métodos de comunicación para obtener información del programa (ej. Braille, impresión de letras grandes, cinta de audio, lenguaje de señas, etc.), debe contactar la Agencia (Estatad o local) en donde aplicaron por sus beneficios. Individuales quienes son sordos, con problemas de audición o tienen discapacidad de lenguaje pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service al (800) 877-8339. Adicionalmente, información del programa puede ser obtenido en otros idiomas más de Ingles.

Para ser un reclamo de queja de discriminación contra el programa, complete la forma de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en el sitio web: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o mande una carta escrita al USDA y asegure de incluir toda la información requerida en la forma. Para solicitar una copia de la queja, llame al (866) 632-9992. Envie la forma completa o la carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electronico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de oportunidades de igualdad.

INSTRUCTIONS

1. **School:** Print the name of the school that is providing the form to the parent.
2. **Site:** Print the name of the school site where meals will be served.
3. **Site Phone Number:** Print the telephone number of site where meal will be served.
4. **Name of Child:** Print the name of the child to whom the information pertains.
5. **Age of Child:** Print the age of the child.
6. **Name of Parent or Guardian:** Print the name of the person requesting the child's medical statement.
7. **Phone Number:** Print the telephone number of parent or guardian.
8. **Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected:** Describe how the physical or mental impairment restricts the child's diet.
9. **Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation:** Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by the state healthcare professional.
10. **Indicate Texture:** If the participant does not need any modification, check "Regular".
11. **Foods to be Omitted:** List specific foods that must be omitted (e.g., exclude fluid milk).
Suggested Substitutions: List specific foods to include in the diet (e.g., calcium-fortified juice).
12. **Adaptive Equipment to be Used:** Describe specific equipment required to assist the child with dining (e.g., sippy cup, large handled spoon, wheel-chair accessible furniture, etc.).
13. **Signature of State Licensed Healthcare Professional:** Signature of state licensed healthcare professional requesting the special meal or accommodation.
14. **Printed Name:** Print name of state licensed healthcare professional.
15. **Phone Number:** Telephone number of state licensed healthcare professional.
16. **Date:** Date state licensed healthcare professional signed form.

Citations are from Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, and ADA Amendment Act of 2008:

A person with a disability is defined as any person who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities, has a record of such impairment, or is regarded as having such an impairment.

Physical or mental impairment means (a) any physiological disorder or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more of the following body systems: neurological; musculoskeletal; special sense organs; respiratory; speech; organs; cardiovascular; reproductive, digestive, genito-urinary; hemic and lymphatic; skin; and endocrine; or (b) any mental or psychological disorder, such as mental retardation, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disabilities.

Major life activities include, but are not limited to, caring for oneself, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, communicating, and working.

Major bodily functions have been added to major life activities and include the functions of the immune system; normal cell growth; and digestive, bowel, bladder, neurological, brain, respiratory, circulatory, endocrine, and reproductive functions.

"Has a record of such an impairment" means a person has, or has been classified (or misclassified) as having, a history of mental or physical impairment that substantially limits one or more major life activities.

INSTRUCCIONES

1. **Escuela:** Imprima el nombre de la escuela que le provee la forma al padre.
2. **Sitio:** Imprima el nombre de la escuela 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 Estudiante:** Imprima el nombre del estudiante a quien se refiere la información.
5. **Edad del Estudiante:** Imprima la edad del estudiante.
6. **Nombre del Padre/Guardián:** Imprima el nombre del Padre/Guardián solicitando la declaración médica del estudiante.
7. **Número de Teléfono:** Imprima el número de teléfono del Padre/Guardián.
8. **Explicación de la Dieta Prescrita y/o las Modificaciones para Asegurar la Implicación Apropiaada:** Describa como el impedimento físico o mentar restringe la dieta del estudiante.
9. **Explicación de la Dieta Prescrita y/o las Modificaciones para Asegurar la Implicación Apropiaada:** Describa la dieta especifica o las modificaciones que han sido prescritas por el medico profesional de salud del estado.
10. **Indique la Textura:** Si el participante no requiero una modificación, indique "Regular".
11. **Comidas que Deben ser Evitadas:** Enumere comidas específicas que deben ser evitadas (ej., la leche).
Substituciones Sugeridas: Enumere comidas específicas que se puedan incluir a la dieta (ej., jugo con calcio).
12. **Equipo Adaptivo que se Debe Usar:** Describa equipo especifico requerido para que el estudiante pueda (ej., taza de entrenamiento, cuchara grande, muebles que asistan silla de rueda, etc.).
13. **Firma del Medico Profesional de Salud Licenciado del Estado:** Firma del Medico Profesional de Salud Licenciado del Estado cual requiera lo comida específica o la modificación.
14. **Nombre Imprimido:** Imprima el nombre del Medico Profesional de Salud Licenciado del Estado.
15. **Número de Teléfono:** Imprima el número de teléfono del Medico Profesional de Salud Licenciado del Estado.
16. **Fecha:** Fecha en cual el Medico Profesional de Salud licenciado firmo la forma.

Citaciones de la Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973, Acta de Americanos con Discapacidades (ADA) of 1990, and ADA Acta de Enmienda del 2008:

Una persona con discapacidad es definida como una persona que tiene una discapacidad mental o física cual limita una o más de las actividades principales de la vida, tiene un registro de tales discapacidades, o es reconocido con tener tales impedimentos.

Discapacidad física o mental significa (a) cualquier desorden o condición psicológica, desfiguración cosmética, o perdida anatómica que afecta uno o más de los siguientes sistemas neurológicos del cuerpo; musculo esquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorias; lenguaje; órganos; cardiovascular; reproductivos, digestivos, genitourinario; hemic y linfático; piel; y endocrino; o (b) cualquier desorden mental o físico, tal como la retardación mental, sindroma del órgano cerebral, emocional o enfermedad mental, y discapacidad de aprendizaje especifica.

Actividades principales de la vida incluye, pero no limite, cuidado de sí mismo, realizar tareas manuales, mirar, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar, agachar, hablar, respirar, aprender, leer, concentrar, pensar, comunicar, y trabajar.

Funciones principales del cuerpo han sido agregadas a las actividades principales de la vida e incluyen el sistema inmune; crecimiento normal de las células; y digestivo, intestino, vejiga, neurológico, cerebral, respiratorio, circulatorio, endocrino, y funciones reproductivos.

Tener un "registro de tales discapacidades", significa que una persona tiene o ha sido clasificada (o mal clasificada) como tener un historial de emparamento mental o física que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida.