

## MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

1. School/Agency Name	2. Site Name	3. Site Telephone Number											
4. Name of Participant		5. Age or Date of Birth											
6. Name of Parent or Guardian		7. Telephone Number											
<p><b>8. Check One:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Participant has a disability or a medical condition and <i>requires</i> a special meal or accommodation. (Refer to definitions on reverse side of this form.) Schools and agencies participating in federal nutrition programs must comply with requests for special meals and any adaptive equipment. <b>A licensed physician must sign this form.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Participant does not have a disability, but is requesting a special meal or accommodation due to food intolerance(s) or other medical reasons. Food preferences are not an appropriate use of this form. Schools and agencies participating in federal nutrition programs are encouraged to accommodate reasonable requests. <b>A licensed physician, physician's assistant, or nurse practitioner must sign this form.</b></p>													
9. Disability or medical condition requiring a special meal or accommodation:													
10. If participant has a disability, provide a brief description of participant's major life activity affected by the disability:													
11. Diet prescription and/or accommodation: <i>(please describe in detail to ensure proper implementation-use extra pages as needed)</i>													
<p><b>12. Indicate texture:</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Regular                      <input type="checkbox"/> Chopped                      <input type="checkbox"/> Ground                      <input type="checkbox"/> Pureed         </p>													
<p><b>13. Foods to be omitted and substitutions:</b> <i>(please list specific foods to be omitted and suggested substitutions. you may attach a sheet with additional information as needed)</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"><b>A. Foods To Be Omitted</b></td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"><b>B. Suggested Substitutions</b></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table>				<b>A. Foods To Be Omitted</b>	<b>B. Suggested Substitutions</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>A. Foods To Be Omitted</b>	<b>B. Suggested Substitutions</b>												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
14. Adaptive Equipment:													
15. Signature of Preparer*	16. Printed Name	17. Telephone Number	18. Date										
19. Signature of Medical Authority*	20. Printed Name	21. Telephone Number	22. Date										

\* Physician's signature is required for participants with a disability. For participants without a disability, a licensed physician, physician's assistant, or nurse practitioner must sign the form.

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

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 or call (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339, or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

## MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

### INSTRUCTIONS

1. **School/Agency:** Print the name of the school or agency that is providing the form to the parent.
2. **Site:** Print the name of the site where meals will be served (e.g., school site, child care center, community center, etc.)
3. **Site Telephone Number:** Print the telephone number of site where meal will be served. See #2.
4. **Name of Participant:** Print the name of the child or adult participant to whom the information pertains.
5. **Age of Participant:** Print the age of the participant. For infants, please use Date of Birth.
6. **Name of Parent or Guardian:** Print the name of the person requesting the participant's medical statement.
7. **Telephone Number:** Print the telephone number of parent or guardian.
8. **Check One:** Check (✓) a box to indicate whether participant has a disability or does not have a disability.
9. **Disability or Medical Condition Requiring a Special Meal or Accommodation:** Describe the medical condition that requires a special meal or accommodation (e.g., juvenile diabetes, allergy to peanuts, etc.)
10. **If Participant has a Disability, Provide a Brief Description of Participant's Major Life Activity Affected by the Disability:** Describe how physical or medical condition affects disability. For example: "Allergy to peanuts causes a life-threatening reaction."
11. **Diet Prescription and/or Accommodation:** Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by a physician, or describe diet modification requested for a non-disabling condition. For example: "All foods must be either in liquid or pureed form. Participant cannot consume any solid foods."
12. **Indicate Texture:** Check (✓) a box to indicate the type of texture of food that is required. If the participant does not need any modification, check "Regular".
13. **A. Foods to Be Omitted:** List specific foods that must be omitted. For example, "exclude fluid milk."  
**B. Suggested Substitutions:** List specific foods to include in the diet. For example, "calcium fortified juice."
14. **Adaptive Equipment:** Describe specific equipment required to assist the participant with dining. (Examples may include a sippy cup, a large handled spoon, wheel-chair accessible furniture, etc.)
15. **Signature of Preparer:** Signature of person completing form.
16. **Printed Name:** Print name of person completing form.
17. **Telephone Number:** Telephone number of person completing form.
18. **Date:** Date preparer signed form.
19. **Signature of Medical Authority:** Signature of medical authority requesting the special meal or accommodation.
20. **Printed Name:** Print name of medical authority.
21. **Telephone Number:** Telephone number of medical authority.
22. **Date:** Date medical authority signed form.

### DEFINITIONS\*:

**"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, including 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.

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

(\*Citations from Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and Americans with Disabilities Act of 1990)

## DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Escuela o agencia	2. Nombre del lugar	3. Teléfono del lugar	
4. Nombre del niño o participante		5. Edad o fecha de nacimiento	
6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Teléfono	
8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:			
9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:			
10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
11. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:			
<b>Alimentos que deben excluirse</b>		<b>Sustituciones sugeridas</b>	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
12. Equipo de adaptación que se debe usar:			
13. Firma del profesional de la salud con licencia del estado*	14. Nombre con letra de imprenta	15. Teléfono	16. Fecha

**\*Para este propósito, un profesional de la salud con licencia del estado en California es un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia.**

**La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y nutricionales actuales del participante.**

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por correo postal: 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 electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## INSTRUCCIONES

1. **Escuela o agencia:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
2. **Lugar:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas.
3. **Teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas.
4. **Nombre del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta la edad del niño o participante. Para bebés, use la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño o participante.
7. **Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, madre o tutor.
8. **Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño o participante.
9. **Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un profesional de la salud con licencia del estado.
10. **Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:** Si el niño o participante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
11. **Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).  
**Sustituciones sugeridas:** Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
12. **Equipo de adaptación que se debe usar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño o participante a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas).
13. **Firma del profesional de la salud con licencia del estado:** Firma del profesional de la salud con licencia del estado que solicita la comida especial o adaptación.
14. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta del profesional de la salud con licencia del estado.
15. **Teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud con licencia del estado
16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud con licencia del estado firmó el formulario.

### **Citas extraídas de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990 y la Ley de Enmiendas a la ADA (ADA Amendment Act) de 2008:**

**Una persona con discapacidad** se define como toda persona que tiene un impedimento físico o mental que limita una o más de las actividades principales de su vida, tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.

**Impedimento físico o mental** significa (a) cualquier condición o trastorno fisiológico, desfiguramiento cosmético o pérdida anatómica que afecta uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculoesquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorio; órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; sanguíneo y linfático; de la piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad mental o emocional y discapacidades específicas de aprendizaje.

**Actividades principales de la vida** incluyen, pero no se limitan a cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicar y trabajar.

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

**"Tiene un historial de tal impedimento"** significa que la persona tiene un historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida, o ha sido clasificado (o clasificado erróneamente) como que tiene tal impedimento.