



SOLICITUD PARA ACOMODO DE NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES DE CACFP

La información en este formulario debe actualizarse según sea necesario para reflejar las necesidades actuales del participante.

1. Nombre del proveedor:	2. Número de proveedor ACD:	3. Teléfono:
4. Nombre del niño/la niña:		5. Edad del niño/niña:
6. Nombre del padre/madre/tutor:		7. Teléfono del padre/tutor:

8. Marque una de las siguientes:

- El participante tiene una discapacidad o una condición médica y *requiere* un alimento especial o acomodo especial. (Vea las instrucciones al reverso de este formulario). Las escuelas y agencias que participan en los programas de nutrición federal deben cumplir con los requisitos de comidas especiales y cualquier equipo de adaptación. Uno de los siguientes profesionales médicos con licencia debe firmar este formulario: **médico con licencia (MD o DO), ayudante de médico (PA), o profesional en enfermería (NP).**
- El participante no tiene una discapacidad, pero solicita un alimento especial o acomodo razonable debido a intolerancia(s) alimenticia(s) u otras razones médicas. Las preferencias alimenticias no son un uso apropiado de este formulario. Se motiva a las escuelas y agencias participantes en los programas federales de nutrición a que den acomodo a toda petición razonable. **Debe firmar este formulario un médico con licencia (MD o DO), ayudante de médico (PA), dietista nutricionista registrada y licenciada (RDN), profesional en enfermería (NP) o patólogo del habla.**
- El participante *no tiene una discapacidad*, pero solicita acomodo especial de **sustituto de leche fluída** que cumpla con los estándares de nutrientes del USDA para las bebidas no lácteas ofrecidas como sustitutos de leche. Las preferencias alimenticias no son un uso apropiado de este formulario. Se motiva a las escuelas y agencias participantes de programas federales de nutrición a que den acomodo a toda petición razonable. **Una doctora con licencia, un ayudante de médico, un dietitista nutritionista registrado, un enfermero titulado o el padre o tutor puede firmar este formulario.**

9. Discapacidad o condición médica que requiere un alimento especial o acomodo especial:

10. Si el participante tiene una discapacidad, provea una breve descripción de la actividad principal de la vida cotidiana del participante que está siendo afectada por la discapacidad:

11. Prescripción dietética y/o acomodo: (por favor, describa en detalle para asegurar su adecuada implementación -use páginas extra conforme sea necesario)

12. Alimentos a omitir y sustituciones: (por favor, anote cada uno de los alimentos específicos que se debe omitir y cada una de las sustituciones propuestas; puede anexar una hoja con información adicional según sea necesario.)

A. Alimento(s) a omitir:

B. Sustitución(es) propuesta(s)

13. Indique textura: Regular Picado Molido En puré

14. Equipo de adaptación:

15. Firma del proveedor:	16. Nombre escrito:	17. Teléfono:	18. Fecha:
19. Firma de la Autoridad Médica:	20. Nombre escrito (incluyendo acreditaciones)	21. Teléfono:	22. Fecha:

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD PARA ACOMODO DE NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES

- 1. Nombre de la Escuela/Agencia:** Escriba el nombre de la escuela o agencia que provee este formulario al padre.
- 2. Nombre del sitio:** Escriba el nombre del sitio donde se servirán las comidas (por ejemplo, escuela XYZ, centro de cuidado de niños XYZ, hogar de cuidado de niños XYZ, etc.).
- 3. Teléfono del sitio:** El número de teléfono del sitio donde se servirán las comidas. Ver #2.
- 4. Nombre del Niño/la Niña:** Escriba el nombre del niño o adulto participante a quien pertenece la información.
- 5. Edad del participante:** Escriba la edad del participante. Para un infante, por favor use la fecha de nacimiento.
- 6. Nombre del Padre/Madre/Tutor:** Escriba el nombre de la persona que solicita el certificado médico para el participante.
- 7. Número de teléfono:** Imprima el número de teléfono del padre, la madre o el tutor del niño.
- 8. Marque una opción:** Marque un cuadro () para señalar si es que el participante tiene alguna discapacidad, si es que no tiene ninguna discapacidad, o, si es que no tiene ninguna discapacidad pero solicita acomodo especial de sustituto de leche fluída.
- 9. Discapacidad o condición médica que requiera un alimento especial o acomodo especial:** Describa la condición médica que requiera una comida especial o acomodo especial (por ejemplo, diabetes juvenil, alergia a los cacahuates/maní/, etc.).
- 10. Si el participante tiene una discapacidad, provea una breve descripción de la actividad principal de la vida cotidiana del participante que está siendo afectada por la discapacidad:** Describa cómo es que la condición física o médica afecta al participante. Por ejemplo: "La alergia a los cacahuates/maní causa una reacción potencialmente mortal".
- 11. Prescripción dietética y/o acomodo:** Describa una dieta específica o acomodo particular que haya sido prescrito por un médico o describa la modificación a la dieta requerida para una condición no discapacitante. Por ejemplo, "Todos los alimentos deben encontrarse ya sea en forma líquida o en puré. El participante no puede consumir ningún tipo de alimento sólido".
- 12. (A) Alimento(s) a omitir:** Escriba aquellos alimentos que se deben eliminar. Por ejemplo, "excluir leche de vaca fluída".
(B) Sustitución(es) propuesta(s): Escriba los nuevos alimentos específicos que se van a incluir en la dieta. Por ejemplo, "Una bebida nutricionalmente equivalente a las bebidas no lácteas".
- 13. Indique la textura:** Marque una de las casillas () para indicar la textura requerida del alimento. Si el participante no requiere ninguna modificación, marque la casilla que dice "Regular".
- 14. Equipo de adaptación:** Describa el equipo específico requerido para ayudar al participante con el acto de comer. Algunos ejemplos son: vasito para bebé, cuchara de mango grande, muebles habilitados para que sean accesibles a sillas de ruedas, etc.
- 15. Firma del proveedor:** Se necesita que firme la persona que llenó el formulario.
- 16. Nombre escrito:** Escriba el nombre de la persona que llenó el formulario.
- 17. Teléfono:** Número de teléfono de la persona que llenó el formulario.
- 18. Fecha:** Fecha en que firmó la persona que llenó el formulario.
- 19. Firma de la Autoridad Médica:** Firma de la autoridad médica, quien solicita el alimento o acomodo especial.
SE REQUIERE LA FIRMA SI EL PARTICIPANTE TIENE UNA DISCAPACIDAD.
- 20. Nombre escrito:** Escriba el nombre de la autoridad médica. Incluya sus acreditaciones de ella/él (MD, DO, PA, NP, RDN, etc.).
- 21. Teléfono:** Escriba el número de teléfono de la autoridad médica.
- 22. Fecha:** Escriba la fecha en que la autoridad médica firmó el formulario.

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación: 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.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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: 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 es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (11/2015).