**FORMULARIO DE INSTRUCCIONES DE SOLICITUD DE CAMBIO DE COMIDA**

**¡Importante!** Determine qué tipo de solicitud necesita (véanse los puntos 1 y 2). A continuación, lea atentamente y siga los pasos correspondientes a ese tipo de solicitud. Si el formulario no está completo, la escuela/agencia se pondrá en contacto con el padre/tutor para tratar la solicitud. **Le recomendamos que guarde una copia del formulario que se entrega a la escuela/agencia**. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, póngase en contacto con la escuela/agencia.

Definiciones:

* Una **"agencia"** puede ser una escuela, una guardería, un centro de día para adultos, un centro de acogida de niños, una organización patrocinadora o una institución.
* Un **"participante"** sería un estudiante, un niño o un adulto (en una guardería) que recibe comidas en una agencia.

**Nota para los padres/tutores/participantes:** Como se requiere en la Instrucción 783 del FNS, Rev. 2, Sección V Cooperación: Cuando se trabaje con una solicitud de cambio de comida, el personal del servicio de comidas debe trabajar estrechamente con el/los padre(s)/tutor(es)/participante(s) o familiar(es) responsable(s) y con todo el resto del personal médico y comunitario que sea responsable de la salud, bienestar y educación de un participante con una condición que limite una actividad importante de la vida para asegurar que se tomen las medidas razonables que permitan la participación del individuo en el servicio de comidas.

**1. Solicitud de Cambio de Comida debido a una condición que limita una actividad importante de la vida:**

* Una escuela o agencia **debe** proporcionar un cambio de comida por una afección que limite una actividad vital importante. A continuación, encontrará más información sobre lo que se considera una actividad vital importante. No es necesario que un participante tenga una discapacidad para necesitar un cambio de comida.
* Si solicita un cambio de comida basado en una afección que limita una actividad vital importante, se requiere un formulario de solicitud de cambio de comida (se admite un formulario alternativo) y debe estar firmado por una autoridad médica reconocida cuando la modificación de la comida se desvíe del patrón de comidas del programa. Una autoridad médica reconocida es un funcionario médico autorizado para recetar medicamentos. Cuando se presente una solicitud de cambio por este motivo, deberán cumplimentarse las siguientes secciones.
  + La parte A de este formulario debe ser completada por el padre/madre/tutor/participante.
  + La Parte B de este formulario debe ser completada por una autoridad médica reconocida cuando el cambio de comida requiera que la escuela/agencia proporcione una comida fuera del patrón de comidas. El personal de la escuela/agencia puede ayudar al padre/tutor/médico a entender lo que requieren los patrones de comidas.
  + Recomendamos encarecidamente que el padre/madre/tutor firme la Parte C del formulario.
* Si la escuela/agencia puede realizar la solicitud de cambio de comidas y seguir cumpliendo con los requisitos del patrón de comidas, no es necesario que el formulario esté firmado por una autoridad médica reconocida. Sin embargo, la escuela/agencia puede solicitar un formulario de cambio de comidas completado y firmado por una autoridad médica reconocida. Si la escuela/agencia solicita un formulario de cambio de comida firmado, la escuela/agencia debe proporcionar la comida alternativa mientras espera el formulario firmado.
* Una solicitud de cambio de comida basada en una condición que limita una actividad importante de la vida será seguida por la escuela/agencia hasta que un padre/tutor/autoridad médica reconocida diga a la escuela/agencia que la solicitud de cambio ya no es necesaria. La escuela/agencia puede pedir una declaración firmada para documentar el fin de la solicitud de cambio de comida.
* Recomendamos encarecidamente que los padres/tutores revisen la solicitud de cambio cada año para asegurarse de que el cambio sigue siendo correcto y necesario.

**1. Solicitud de cambio de comida debido a una elección de estilo de vida, preocupación general por la salud, entre otros:**

* La escuela o la agencia no están obligados a proporcionar un cambio de comida para las solicitudes que se basen en la elección de un estilo de vida, problemas generales de salud, entre otros., y que no afecten a una actividad importante de la vida.
* Si solicita un cambio de comida basado en la elección de un estilo de vida, problemas generales de salud, entre otros., deberá cumplimentar las siguientes secciones cuando presente una solicitud de cambio por este motivo.
  + La Parte A de este formulario debe ser completada por el padre/madre/tutor/participante.
  + La Parte B de este formulario debe ser completada.
  + Recomendamos encarecidamente que el padre/madre/tutor firme la Parte C del formulario.
* Si la escuela/agencia proporciona un cambio de comida por este motivo, el cambio solicitado continuará hasta que un padre/tutor/autoridad médica comunique a la escuela/agencia que la solicitud de cambio ya no es necesaria. La escuela/agencia puede pedir una declaración firmada para documentar el fin de la solicitud de cambio de comida.
* Si la escuela/agencia realiza un cambio de comida por este motivo, recomendamos encarecidamente que los padres/tutores revisen la solicitud de cambio cada año para asegurarse de que el cambio sigue siendo correcto.

**42 USC § 12102 – DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD**

**(1) Discapacidad**

El término "discapacidad" significa, con respecto a un individuo-

**(A)** una deficiencia física o mental que limite sustancialmente una o más actividades vitales importantes de dicha persona;

**(B)** un historial de tal deficiencia; o

**(C)** que se considere que tiene una deficiencia de este tipo (tal como se describe en el apartado (3)).

**(2) Principales actividades**

**(A) Por lo general**

A efectos del apartado (1), las actividades principales de la vida incluyen, entre otras: cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, estar de pie, levantar objetos, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.

**(B) Principales funciones corporales**

A efectos del apartado (1), una actividad vital importante también incluye el funcionamiento de una función corporal importante, incluidas, entre otras, las funciones del sistema inmunitario, el crecimiento celular normal, las funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

**(3) Se considera que tiene tal deficiencia**

A efectos del apartado (1) (C):

1. Una persona cumple el requisito de que "se considere que tiene tal discapacidad" si demuestra que ha sido objeto de una acción prohibida en virtud de este capítulo debido a una discapacidad física o mental real o percibida, independientemente de que limite o se perciba que limita una actividad vital importante.

No es necesario que un participante tenga una "discapacidad" para necesitar un cambio de comida.

**Definición de Autoridad Médica Reconocida**

De acuerdo con los memorandos SP 26-2017, CACFP 14-2017 y SFSP 10-2017 del USDA, un profesional de la salud con licencia estatal autorizado para emitir recetas médicas puede firmar la declaración médica.

Además de los Doctores en Medicina (MD), Doctores en Osteopatía (DO), Enfermeros Practicantes y Asistentes Médicos (PA), la Junta de Examinadores Médicos de Osteopatía de Dakota del Sur identifica a los Enfermeros Practicantes Certificados (CNP) y a las Enfermeras Parteras Certificadas (CNM) como capaces de escribir recetas, por lo tanto, identificados como autoridades médicas reconocidas que pueden firmar una Solicitud de Cambio de Comida.

La autorización de médicos (de conformidad con SDCL 36-4-9) no incluye a quiroprácticos, ópticos, dentistas, ortodoncistas ni fisioterapeutas. Aunque algunos de los proveedores de atención sanitaria mencionados utilizan el título "Dr." delante de su nombre, sólo los médicos con licencia conforme a SDCL 36-4-9 pueden añadir las letras M.D. o D.O. a su nombre (SDCL 36-4-9). Por lo tanto, las firmas en las Solicitudes de Cambio de Comida basadas en condiciones que afectan las actividades principales de la vida se considerarán válidas sólo si el médico usa, o está autorizado a usar, M.D. o D.O. después de su nombre.

Un padre que es un M.D., D.O., PA, CNP, o CNM puede firmar la solicitud de cambio de comida de su propio hijo.

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE COMIDA**

**\* Conserve una copia del formulario completo para su archivo.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parte A - Información de contacto del participante, padres/tutores y escuela/organismo –** A completar por uno de los padres/tutor o persona de contacto de la escuela o agencia - | | | | | | | | | | | |
| **1. Nombre de la Escuela/Agencia** | | | **2. Nombre del centro (si procede)** | | | | | **3. Teléfono del Centro/de la Agencia** | | | |
| **4. Nombre del Participante/Alumno** | | | | | | | | **5. Fecha de nacimiento** | | | |
| **6. Nombre del padre, madre o tutor** | | | | | | | | **7. Teléfono del padre/madre/tutor** | | | |
| **Parte B - Cambio de comidas -**Para ser completado por una autoridad médica (profesional de la salud con licencia del Estado autorizado para escribir recetas) si el cambio está fuera del patrón de comidas. La escuela/agencia puede ayudarle a entender lo que requieren los patrones de comidas. | | | | | | | | | | | |
| **8. Marque Uno:**   a. El participante padece una enfermedad que limita una actividad vital importante.   b. El participante no padece ninguna enfermedad que limite una actividad vital importante. | | | | | | | | | | | |
| **9. Indique la afección, alergia/intolerancia alimentaria, condición médica o motivo por el que se requiere/solicita un cambio de comida (utilice páginas adicionales si es necesario):** | | | | | | | | | | | |
| **10. Si el participante padece una afección que limita una actividad vital importante** (véase la definición en la página de instrucciones)**, describa brevemente la actividad vital importante** (véase la lista en la página de instrucciones) **afectada por la afección** (por ejemplo, la alergia a los cacahuetes afecta a la capacidad de respirar):  Marque si no procede | | | | | | | | | | | |
| **11. Textura Modificada:**      No aplicable   Picado   Molida   Puré | | | | **12. Grosor Modificado:**      No aplicable  Néctar   Miel   Cuchara o Pudín Espeso | | | | | | | |
| **13. Alimentos que deben omitirse y sustituirse: (Enumere los alimentos específicos que deben omitirse y las sustituciones sugeridas. Puede firmar y adjuntar una página aparte con más información si es necesario).**  Marque si no procede  **A. Alimentos que Deben Omitirse** **B. Sustituciones Sugeridas** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | | | |  |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **14. Información adicional: (Como equipo especial de alimentación, tipo de modificación de la comida, entre otros.).** | | | | | | | | | | | |
| **15. Firma del Preparador**  **(Cuando no se requiera autorización médica)** | | **16. Nombre y Apellidos** | | | | | **17. Número de Teléfono** | | | **18. Fecha** | |
| **19. Firma de la Autoridad Médica/Título** | | **20. Nombre y Apellidos** | | | | | **21. Número de Teléfono** | | | **22. Fecha** | |
| **Parte C – Autorización de los padres/tutores –** A rellenar por uno de los padres o tutores (no es obligatorio, pero se recomienda) | | | | | | | | | | | |
| Doy permiso para que el personal de la escuela/agencia responsable de implementar la modificación de la comida de mi hijo(a) discuta el cambio de la comida de mi hijo(a) con cualquier personal apropiado de la escuela/agencia y siga la modificación de la comida para las comidas de la escuela/agencia de mi hijo(a). También doy permiso para que la autoridad médica de mi hijo(a) aclare más la modificación de la comida en este formulario si así lo solicita el personal de la escuela/agencia. | | | | | | | | | | | |
| **23. Firma del padre/madre/tutor:** | | | | | | | | | **24. Fecha:** | | |
| **Parte D – Solicitud de cambio de leche líquida de vaca por motivos de salud general –** A rellenar por los padres o tutores. | | | | | | | | | | | |
| 25. Para un estudiante que no tenga una actividad vital importante afectada, las únicas sustituciones de leche de vaca líquida permitidas por el USDA son:  (a) Leche líquida de vaca sin lactosa o con lactosa reducida,  (b) Leche líquida de cabra,  (c) Suero de leche,  (d) Leche acidificada, o  (e) Bebidas no lácteas con un perfil nutricional equivalente al de la leche de líquida de vaca, tal y como se especifica en la normativa federal.  En lugar de leche líquida de vaca, proporcione a la persona mencionada en la Parte A de este formulario el siguiente sustituto (marque UNO):  Leche sin lactosa  Leche baja en lactosa  Leche líquida de cabra  Suero de leche  Leche acidificada  Bebida no láctea con un perfil nutricional equivalente al de la leche de vaca líquida según la normativa federal  **Si una sustitución láctea no cumple el perfil nutricional equivalente a la leche líquida de vaca, debe estar implicada una actividad vital importante y una autoridad médica reconocida debe cumplimentar la Parte B y firmar el formulario.** | | | | | | | | | | | |
| **26. Firma del Padre/Tutor:** | | | | | | | | | **27. Fecha:** | | |

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, entre otros.) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron las prestaciones. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, rellene el formulario de quejas por discriminación en programas del USDA, (AD-3027) que encontrará en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y facilite en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA mediante:

(1) Correo: Departamento de Agricultura de EE.UU.

Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

(2) Fax: (202) 690-7442; o bien

(3) Email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).   
  
Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.