Summit Public Schools
SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

1. School/Agency Name	2. Site Name	3. Site Telephone Number
Summit Public Schools		
4. Name of Student (First and Last)		**5. Date of Birth**
6. Name of Parent or Guardian		**7. Telephone Number**

8. Check One:

☐ Participant has a disability or a medical condition and *requires* 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. **A licensed physician must sign this form.**

☐ 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. **A licensed physician, physician's assistant, or nurse practitioner must sign this form.**

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: (*Please describe in detail to ensure proper implementation-use extra pages as needed*)

12. Indicate texture:

☐ Regular ☐ Chopped ☐ Ground ☐ Pureed

13. Foods to be omitted and substitutions: (*Please list specific foods to be omitted and suggested substitutions. You may attach a sheet with additional information as needed*)

A. Foods To Be Omitted	B. Suggested Substitutions

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.

The U.S. Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.)

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, 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 (e.g., 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 (e.g., 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 (e.g., exclude fluid milk).
    B. **Suggested Substitutions:** List specific foods to include in the diet (e.g., calcium-fortified juice).
14. **Adaptive Equipment:** Describe specific equipment required to assist the participant with dining (e.g., sippy cup, large handled spoon, wheelchair 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.

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, genitourinary; 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.

ESCUELAS PÚBLICAS SUMMIT
COMIDAS ESPECIALES Y/O ACOMODACIONES

1. Escuela/Nombre de la Agencia	2. Nombre del sitio	3. Número de teléfono de la escuela:
Summit Public Schools		
4. Nombre del estudiante (Nombre, Apellido)		5. Fecha de Nacimiento
6. Nombre del Padre o Tutor legal		7. Número de Teléfono

8. Seleccione uno:

☐ El participante tiene una discapacidad o una condición médica que requiere que tenga comidas especiales o acomodaciones. (Consulte las definiciones en el reverse de este formulario) Escuelas y agencias participantes en el programa de nutrición federal tiene que cumplir con peticiones de comidas especiales y cualquier equipo de adaptación. **Un médico con licencia debe firmar este formulario.**

☐ El participante no tiene una discapacidad, pero solicita comidas especiales o acomodaciones dado a su intolerancia(s) a comida u otras razones médicas. Preferencias alimentarias no son un uso apropiado de este formulario. Se les anima a las escuelas y agencias participantes en el programa de nutrición federal a honrar solicitudes razonables. **Un médico con licencia, un asistente médico, o enfermera debe de firmar este formulario.**

9. Discapacidad o condición médica que requiere comidas especiales o acomodaciones:

10. Si el participante tiene una discapacidad, proporcione una descripción breve de las actividades principales que son afectadas por la discapacidad en la vida del participante:

11. Prescripción dietética y/o acomodación: (Por favor describe con detalle para asegurar una implementación apropiada- utilice hojas adicionales si es necesario)

12. Indique la textura:

☐ Regular ☐ Picado ☐ Molido ☐ Hecho Puré

13. Alimentos omitidos o sustituciones: (Por favor liste los alimentos específicos que tienen que ser omitidos o sugiera sustituciones. Puede incluir una hoja con información adicional si es necesario)

A. Alimentos que deben ser Omitidos	B. Sustituciones Sugeridas

14. Equipo adaptado:

15. Firma del Preparador*	16. Nombre	17. Número de Teléfono	18. Fecha
19. Firma de la autoridad Médica *	20. Nombre	21. Número de Teléfono	22. Fecha

*** La firma de un doctor es requerida para participantes con discapacidad. Para participantes sin una discapacidad un médico con licencia, un asistente médico, o enfermera debe de firmar el formulario.**

La información en este formulario tiene que ser actualizada para reflejar la condición médica actual y/o las necesidades nutricionales del participante.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo en base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, genero, identidad de género, religión, retaliación, y donde es relevante, creencias políticas, estado marital, estado familiar o parental, orientación sexual, o que todo o parte del ingreso del individuo sea derivado de cualquier programa de asistencia pública, o proteger la información genética en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el departamento. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas y/o actividades de empleo)

INSTRUCCIONES

1. **Escuela/Agencia:** Escriba el nombre de la escuela o agencia que proporciona este formulario al padre.
2. **Sitio:** Escriba el nombre del sitio en donde se sirven los alimentos. (ej. sitio escolar, centro de cuidado infantil, etc.)
3. **Número de Teléfono del Sitio:** Escriba el número de teléfono del sitio en donde se sirven los alimentos.
4. **Nombre del Participante:** Escriba el nombre del niño o adulto participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del Participante:** Escriba en la edad del participante. Para los bebés, utilice la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del Padre o Tutor Legal:** Escriba el nombre de la persona que solicita la declaración médica del participante.
7. **Número de Teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre o tutor legal.
8. **Marque uno:** Marque (✓) un cuadro que indica si el participante tiene una discapacidad o no tiene una discapacidad.
9. **Discapacidad o Condición Médica que Requiere Alimentos Especiales o Acomodaciones:** Describa la condición médica que requiere comida especial o acomodación (ej. diabetes juvenil, alergias a los cacahuates, etc.)
10. **Si el participante tiene una discapacidad, proporcione una descripción breve de las actividades principales que son afectadas por la discapacidad en la vida del participante:** Describa como física o condición médica afecta la discapacidad. (Ej. Alergia a los cacahuates causan una reacción que pone en riesgo la vida).
11. **Prescripción Dietética y/o Acomodación:** Describa la dieta específica o acomodación que ha sido recetada por un médico, o describa la modificación de dieta solicitada por una condición no discapacitada (ej. Todas las comidas deben de estar en un estado líquido o hecho puré. El participante no puede consumir ningún tipo de alimento sólido).
12. **Indique la Textura:** Marque (✓) un cuadro indicando el tipo de textura requerido en el alimento. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque “Regular.”
13. A. **Alimentos que deben ser omitidos:** Liste alimentos específicos que deben ser omitidos (ej. excluya leche líquida)
    B. **Sustituciones Sugeridas:** Liste alimentos específicos que tiene que ser incluidos en la dieta (ej. jugo fortificado de calcio)
14. **Equipo Adaptivo:** Describa el equipo especial requerido para asistir al participante a comer (ej., vasito entrenador, cuchara con mango grande, mobiliario que sean accesible en silla de ruedas, etc.)
15 **Firma del Preparador:** Firma de la persona que llenó el formulario.
16. **Nombre:** Escriba el nombre de la persona que llenó el formulario.
17. **Número de Teléfono:** Número de teléfono de la persona que llenó el formulario.
18. **Fecha:** Fecha en que la forma fue llenada.
19. **Firma de la Autoridad Médica:** Firma de la autoridad médica solicitando alimentación especial o acomodaciones.
20. **Nombre:** Escriba el nombre de la autoridad médica.
21. **Número de Teléfono:** Número de Teléfono de la autoridad médica.
22. **Fecha:** Fecha de cuando la autoridad médica firmó el formulario.

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

Una persona con una discapacidad es definida como cualquier persona quien tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene un historial de tal impedimento, o es considerado que tiene tal impedimento.

Impedimento físico o mental significa (a) cualquier desorden psicológico o condición, desfiguración cosmética, o pérdida anatómica de uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico; músculo esquelético; órganos se sensoria especial; respiratorio; lenguaje; órganos; cardiovascular; reproductivo; digestivo; genitourinario; hemático o linfático; piel; y endocrino; o (b) cualquier desorden mental o psicológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental, o discapacidades específicas de aprendizaje.

Las actividades principales de la vida incluyen, pero no están limitadas a, el cuidado de uno mismo, realización de tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, doblarse, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar.

Las principales funciones corporales se han agregado a las actividades principales e incluyen las funciones del sistema inmunológico; crecimiento normal de células; y digestivo, intestino, vejiga, neurológico, cerebro, respiratorio, circulatorio, endocrino, y funciones reproductivas.

“Tiene un historial de tal discapacidad” significa que una persona tiene, o ha sido clasificada (o clasificada incorrectamente), un historial de discapacidad mental o física que limita sustancialmente a una o más actividades importantes en la vida.