



Departamento de Nutrición Infantil de DeSoto ISD

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN DE ALERGIA ALIMENTARIA/DISCAPACIDAD



El formulario debe ser completado por un profesional médico autorizado. Devuelva el formulario completo a la Oficina de Nutrición Infantil de DeSoto ISD. Dirección de envío: 200 E. Belt Line Rd, DeSoto, TX 75115

Es posible que el Departamento de Nutrición Infantil de DeSoto ISD no reciba información enviada a los Servicios de Salud en el momento de la inscripción, incluidas las alergias e intolerancias alimentarias. Un Formulario de Solicitud de Sustitución por Discapacidad/Alergia a Alimentos completo es un registro integral que el Departamento de Nutrición Infantil recibe y usa para documentar cualquier necesidad dietética especial.

PARTE 1: PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR

Nombre del estudiante:	Identificación del Estudiante #:	
Escuela:	Nivel de grado:	Fecha de nacimiento:
Nombre del Padre de Familia/Guardian:	Relación con el estudiante:	
Correo electrónico:	Teléfono durante el día #:	
Dirección de envío:	Ciudad:	Código postal:
¿Qué comidas comerá su estudiante de la cafetería de la escuela? <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda después de la escuela		

PARTE 2: DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATADOR DEL ESTUDIANTE (IMPRIMA)

¿Tiene el estudiante una discapacidad identificada, alergia alimentaria o intolerancia alimentaria que requiera una dieta especial?

Si la respuesta es **SÍ**: Complete la **PARTE 2** ↓ Si **NO**: No se requiere una dieta especial

- ALERGIA SEVERA:** El estudiante tiene una alergia alimentaria que es severa o causa una reacción anafiláctica
- ALERGIA LEVE:** El estudiante tiene una alergia alimentaria que es menos severa o no causa una reacción anafiláctica ALIMENTO
- INTOLERANCIA:** El estudiante tiene una intolerancia alimentaria que requiere una dieta modificada
- DISCAPACIDAD:** El estudiante tiene una discapacidad que requiere una dieta modificada

Elija alimentos para omitir de la dieta de un estudiante durante el día escolar (seleccione todos los que correspondan).

Lácteos

Huevos

Soja

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa | <input type="checkbox"/> Huevos enteros (es decir, revueltos, duros) | <input type="checkbox"/> Proteína de soja |
| <input type="checkbox"/> Sólo Leche Líquida Láctea | <input type="checkbox"/> Todos los platos del menú con huevo como ingrediente | <input type="checkbox"/> Aceite de soja |
| <input type="checkbox"/> All Plain Dairy Products Only (milk, cheese, yogurt, ice cream) | | <input type="checkbox"/> Todos los elementos del menú con ingredientes de soja |
| <input type="checkbox"/> All menu items with dairy as an ingredient | | (incluida la lecitina de soja y el aceite) |
| <input type="checkbox"/> Juice is an acceptable substitute for fluid milk for a milk allergy or intolerance | | |

Nueces

Pescados/Mariscos

Gluten de trigo

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Miseria | <input type="checkbox"/> Pescados | <input type="checkbox"/> Todos los platos del menú con trigo como ingrediente |
| <input type="checkbox"/> Nueces de árbol | <input type="checkbox"/> Mariscos | <input type="checkbox"/> Celíaco |

Otro: Por favor especifique: _____

Modificación de la textura: especifique (mezclado, picado, espesante, etc.): _____

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente requiere sustitutos de alimentos como se describe anteriormente debido a su discapacidad, alergia a los alimentos o intolerancia a los alimentos.

Nombre de la autoridad médica (en letra de imprenta):	Número de teléfono:
Firma de la autoridad médica:	Fecha:

El Departamento de Nutrición Infantil de DeSoto ISD intentará acomodar las sustituciones según lo solicitado, pero se reserva el derecho de modificar el menú según la disponibilidad del producto.

Según la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias. o represalias por actividades anteriores de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse al USDA por: 1. correo: Departamento de Agricultura de EE. UU., Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o 2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o 3. correo electrónico: program.intake@usda.gov.