

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

1. School/Agency Name	2. Site Name	3. Site Telephone Number											
4. Name of Child or Adult 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 that <b>requires</b> a special meal and/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.</p> <p><input type="checkbox"/> Participant does not have a disability, but is requesting a special meal or accommodation due to a food intolerance or other medical reason. Food preferences are not an appropriate use of this form. Schools and agencies participating in federal nutrition programs are encouraged to accommodate reasonable requests.</p> <p><b>A licensed physician, physician assistant, or nurse practitioner must complete and sign this form.</b></p>													
9. The participant's disability or medical condition requiring a special meal or accommodation:													
10. If participant has a disability, provide a brief description of his/her 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):													
<p><b>12. Indicate food texture for above participant:</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 (please list specific foods to be omitted and suggested substitutions. You may attach a sheet with additional information as needed):</b></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 to be used:													
15. Signature of Recognized Medical Authority*	16. Printed Name	17. Telephone Number	18. Date										

**\*For this purpose, a recognized medical authority in California is a licensed physician, physician assistant, or nurse practitioner.**

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

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by mail: 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; or email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). This institution is an equal opportunity provider.

## 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 the recognized medical authority.
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, wheel-chair accessible furniture, etc.).
15. **Signature of Medical Authority:** Signature of medical authority requesting the special meal or accommodation.
16. **Printed Name:** Print name of medical authority.
17. **Telephone Number:** Telephone number of medical authority.
18. **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, 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.

**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.

## DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Nombre de la escuela o agencia	2. Nombre del lugar	3. Teléfono del lugar											
4. Nombre del niño o adulto participante		5. Edad o fecha de nacimiento											
6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Teléfono											
<p><b>8. Marque una opción:</b></p> <p><input type="checkbox"/> El participante tiene una discapacidad, enfermedad o trastorno y <b>requiere</b> comida especial o una adaptación. (Consulte las definiciones en el reverso de este formulario). Las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición deben acceder a las solicitudes de comidas especiales y cualquier equipo de adaptación.</p> <p><input type="checkbox"/> El participante no tiene una discapacidad, pero solicita comida especial o una adaptación debido a que tiene una intolerancia alimentaria o por otras razones médicas. Especificar preferencias alimentarias no es un uso adecuado de este formulario. Se alienta a las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición a aceptar las solicitudes razonables.</p> <p><b>Un médico con licencia, auxiliar de médico o enfermero/a practicante debe firmar este formulario.</b></p>													
9. Discapacidad, enfermedad o trastorno del participante por el que se requiere comida especial o una adaptación:													
10. Si el participante tiene alguna discapacidad, proporcione una breve descripción de las actividades principales de su vida que se ven afectadas por dicha discapacidad:													
11. Dieta prescrita o adaptación (describa en detalle para asegurar su implementación-use páginas extras según sea necesario):													
<p>12. Indique la textura de los alimentos para el participante mencionado:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Normal                      <input type="checkbox"/> Picada                      <input type="checkbox"/> Molida                      <input type="checkbox"/> Puré             </p>													
<p>13. Los alimentos que deben excluirse y sus sustituciones: (Enumere los alimentos específicos que deben excluirse y las sustituciones sugeridas. Puede adjuntar una hoja con información adicional según sea necesario)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center; border: none;">A. Alimentos que deben excluirse</th> <th style="width: 50%; text-align: center; border: none;">B. Sustituciones sugeridas</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>				A. Alimentos que deben excluirse	B. Sustituciones sugeridas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A. Alimentos que deben excluirse	B. Sustituciones sugeridas												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
14. Equipo de adaptación que se debe usar:													
15. Firma de una autoridad médica reconocida*	16. Nombre en letra de imprenta	17. Teléfono	18. Fecha										

\*Para este fin, una autoridad médica reconocida en California es un médico con licencia, un auxiliar de médico o un enfermero/a practicante.

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

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA) prohíbe la discriminación hacia sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, temor a represalias y, según corresponda, creencia política, estado civil, condición familiar o paternal, orientación sexual, si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los motivos prohibidos se aplicarán a todos los programas o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación de acuerdo con el programa de Derechos Civiles, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form) que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (los sitios web están en inglés) o en cualquier oficina del USDA, o llame al 866-632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al 202-690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). 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; o al 800-845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

## INSTRUCCIONES

- Nombre de la escuela o agencia:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
- Nombre del lugar:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas (por ejemplo, escuela, guardería o centro de cuidado infantil).
- Teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas. Vea el punto 2.
- Nombre del participante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o adulto participante a quien pertenece la información.
- Edad del participante:** Escriba con letra de imprenta la edad del participante. Para los bebés, utilice la fecha de nacimiento.
- Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del participante.
- Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el teléfono del padre, madre o tutor.
- Marque una opción:** Marque (✓) una casilla para indicar si el participante tiene una discapacidad o no.
- Discapacidad, enfermedad o trastorno por el que se requiere comida especial o una adaptación:** Describa la enfermedad o trastorno por el que se requiere comida especial o una adaptación (por ejemplo, diabetes juvenil o alergia a los cacahuates, etc.).
- Si el participante tiene alguna discapacidad, proporcione una breve descripción de las actividades principales de su vida que se ven afectadas por dicha discapacidad:** Describa cómo el impedimento físico, trastorno o enfermedad afecta la discapacidad (por ejemplo, la alergia al cacahuete provoca una reacción que puede ser mortal).
- Dieta prescrita o adaptación:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por una autoridad médica reconocida.
- Indique la textura:** Marque (✓) una casilla para indicar el tipo de textura de los alimentos que se requiere. Si el participante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
- A. Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).
- B. Sustituciones sugeridas:** Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
- Equipo de adaptación:** Describa el equipo específico necesario para ayudar a los participantes a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas).
- Firma de la autoridad médica:** Firma de la autoridad médica que solicita las comidas especiales o la adaptación.
- Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta de la autoridad médica.
- Teléfono:** Número de teléfono de la autoridad médica.
- Fecha:** Fecha en la que la autoridad médica firmó el formulario.

**Citas extraídas del artículo 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.

Se han añadido **funciones corporales principales** a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; 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 mal clasificado) como que tiene tal impedimento.

*[As a form of assistance to schools, the CDE offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that users confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit local needs. Comments regarding the translation should be directed to the Clearinghouse for Multilingual Documents at [cmd@cde.ca.gov](mailto:cmd@cde.ca.gov).]*