

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT 196  
Rosemount-Apple Valley-Eagan Public Schools

*Educando, desarrollando e inspirando a nuestros estudiantes para el éxito de toda una vida.*

Series Number 710.2.4P Adopted November 2018 Revised \_\_\_\_\_

Title Solicitud de sustitución de comidas

De acuerdo con la Regulación del Distrito 710.2.4AR (Solicitudes de Sustitución de Comidas), el distrito escolar hará sustituciones razonables de las comidas escolares según cada caso para los estudiantes que se considera que tienen una discapacidad que restringe su dieta.

- Los padres/tutores o estudiantes adultos que deseen solicitar sustituciones razonables de las comidas escolares basadas en una discapacidad deben entregar este formulario debidamente relleno a la enfermera de la escuela.
- Este formulario debe estar firmado por, o respaldado por una declaración escrita firmada por un médico con licencia, un asistente médico o una enfermera registrada de práctica avanzada, como una enfermera practicante certificada.

Una vez enviado el formulario, el director de alimentos y nutrición de la escuela puede ponerse en contacto con usted para hablar de la solicitud con más detalle. La información que proporcione en este formulario está sujeta a la sección "Avisos" que aparece más adelante.

**Información del estudiante**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Apellido/nombre/inicial del segundo nombre

Nombre de la escuela o programa \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_

Número de teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

**Modificaciones dietéticas** (Debe ser completado o verificado por un médico autorizado, un asistente médico o una enfermera registrada de práctica avanzada, como una enfermera certificada).

- Indique el alérgeno o el alimento que debe evitarse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Breve explicación de cómo afecta al alumno la exposición a este alimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere los alimentos específicos que deben ser omitidos y sustituidos. Adjunte una hoja con instrucciones adicionales si es necesario. (El distrito escolar no está obligado a proporcionar la sustitución o modificación exacta solicitada, pero trabajará con usted para ofrecer una modificación razonable que se adapte efectivamente a la discapacidad del estudiante).

<b>Alimentos que se deben omitir</b>	<b>Alimentos que deben sustituirse</b>

**Por favor, proporcione alguna información adicional que desee que la escuela conozca:**

---

---

**Firma del profesional de la salud:** He completado o verificado la información de adaptación dietética anterior/**Health Professional Signature:** I have completed or verified the above dietary accommodation information.

Name/(print) \_\_\_\_\_ Title/\_\_\_\_\_

Signature/\_\_\_\_\_ Clinic/hospital\_\_\_\_\_

Phone number \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor o estudiante adulto**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Autorización Opcional:** Usted puede autorizar al personal pertinente del distrito a aclarar este formulario con el profesional de la salud identificado en la casilla anterior, firmando la siguiente sección de Autorización Opcional:

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) de 1996 y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, por la presente autorizo al profesional de la salud arriba identificado a divulgar la información de salud protegida que sea necesaria con el propósito específico de proporcionar información sobre la dieta especial al personal del Distrito 196 con una necesidad legítima de conocer dicha información y doy mi consentimiento para permitir que el profesional de la salud y el Distrito 196 intercambien información relacionada con las necesidades dietéticas especiales de mi estudiante, que -reconozco- puede incluir información considerada como datos educativos privados sobre mi estudiante. Entiendo que permitir el intercambio de dicha información puede ayudar al personal del Distrito 196 a evaluar y adaptar las necesidades dietéticas del estudiante, pero que no estoy obligado a firmar esta autorización. Entiendo que negarme a firmar esta autorización no afecta mi capacidad de solicitar una sustitución razonable de la comida y que el distrito seguirá considerando mi solicitud. Entiendo que el permiso para divulgar esta información puede ser rescindido en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido divulgada.

Firma del padre/tutor/estudiante adulto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Avisos:** La información proporcionada en este formulario se utilizará para determinar si su estudiante es elegible para recibir sustituciones razonables a las comidas debido a una discapacidad. Salvo que la ley lo permita o lo exija una citación u orden judicial, la información suministrada en este formulario sólo se compartirá con el personal del Distrito 196 que tenga una necesidad legítima de conocer dicha información (como la enfermera de la escuela y el personal de Alimentos y Nutrición que participan en la evaluación de las solicitudes de sustitución de comidas). Usted no está obligado a proporcionar la información de este formulario, pero si no lo hace, es posible que el distrito escolar no pueda ofrecer una sustitución razonable de comida para su estudiante. De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), el distrito escolar está prohibido de discriminar por raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género (incluyendo la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/paterno, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias o venganza por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad

realizada o financiada por el USDA (no todas las condiciones se aplican a todos los programas). Para obtener más información, incluidos los detalles sobre los medios alternativos para recibir información sobre el programa por favor visite: <http://> <https://www.district196.org/services/food-and-nutrition-services>

---

**References:** - Administrative Regulation 710.2.4AR, Meal Substitution Requests

Procedure/710.2.4P/11-26-18