

GEORGIA RHETT
District Superintendent

EMMA PEREIDA-MARTINEZ, M.Ed.
Assistant Superintendent

ARVIN UNION SCHOOL DISTRICT

737 Bear Mountain Blvd.
Arvin, CA 93203
(661) 854-6500 • FAX (661) 854-2362



May 2021

Dear Parent or Guardian:

The Arvin Union School District would like to make clear the Federal guidelines for accommodating children with special dietary needs. The District will provide special meals to students with a physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activities such as breathing, seeing, caring for one self or learning. For example: A severe food allergy that results in life-threatening anaphylaxis. Or a neurological disorder which limits the life activity of learning, breathing or speaking. If you would like to make a special meal accommodation request for your child, please have their physician describe the impairment in detail and obtain their signature on the form attached. The Arvin Union School District is requesting all families who require a special meals application to submit a new form for the 2021-22 school year. We are considering this a baseline year and beginning again with applications. You may return the completed special meals form to your child's school office and or the school nurse. If you would like the special meal to begin on the first day of school, please return the form before August 1, 2021.

Arvin Union School District is not required to make food substitutions for children with non-disabling conditions. Each application for special meals or accommodations will be evaluated on a case by case basis. To receive a meal substitution, your child's form must include a statement describing the physical and or mental impairment which is sufficient enough for the District to understand how it restricts your child's diet. To make modifications or substitutions to the school menu, we must have all sections of the form 1 to 13 completed accurately including the explanation and description of your child's impairment and suggested substitutions. The form must be signed by your physician or nurse practitioner.

There is no need to submit a form To Request Special Meals And Or Accommodations if you would like to request that your child not be served pork. The Arvin Union School District does not serve pork meat and has not since 2012.

Please know that the health and wellness of your child is very important to the District. We appreciate your understanding and cooperation. If you have any questions regarding special meal or diet requests, please feel free to contact Kathie Kouklis, at 854-6508. Thank you for your assistance in this matter.

Sincerely,

Kathie Kouklis
Director Student Services

"Every Child Learning, Every Day, No Matter What It Takes!"

MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

1. School or Agency	2. Site Name	3. Site Phone Number	
4. Name of Child or Participant		5. Age or Date of Birth	
6. Name of Parent or Guardian		7. Phone Number	
8. Description of Child or Participant's Physical or Mental Impairment Affected:			
9. Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation:			
10. Indicate Food Texture for Above Child or Participant:			
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chopped <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Pureed			
11. Foods to be Omitted and Appropriate Substitutions:			
Foods To Be Omitted		Suggested Substitutions	
12. Adaptive Equipment to be Used:			
13. Signature of State Licensed Healthcare Professional*	14. Printed Name	15. Phone Number	16. Date

***For this purpose, a state licensed healthcare professional in California is a licensed physician, a physician assistant, or a 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 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, 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:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: 202-690-7442; or

(3) email: program_intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

INSTRUCTIONS

1. **School or 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.
3. **Site Phone Number:** Print the phone number of site where meal will be served.
4. **Name of Child or Participant:** Print the name of the child or participant to whom the information pertains.
5. **Age of Child or Participant:** Print the age of the child or participant. For infants, please use date of birth.
6. **Name of Parent or Guardian:** Print the name of the person requesting the child or participant's medical statement.
7. **Phone Number:** Print the phone number of parent or guardian.
8. **Description of Child or Participant's Physical or Mental Impairment Affected:** Describe how the physical or mental impairment restricts the child or participant's diet.
9. **Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation:** Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by the state healthcare professional.
10. **Indicate Texture:** If the child or participant does not need any modification, check "Regular".
11. **Foods to be Omitted:** List specific foods that must be omitted (e.g., exclude fluid milk).
Suggested Substitutions: List specific foods to include in the diet (e.g., calcium-fortified juice).
12. **Adaptive Equipment to be Used:** Describe specific equipment required to assist the child or participant with dining (e.g., sippy cup, large handled spoon, wheel-chair accessible furniture, etc.).
13. **Signature of State Licensed Healthcare Professional:** Signature of state licensed healthcare professional requesting the special meal or accommodation.
14. **Printed Name:** Print name of state licensed healthcare professional.
15. **Phone Number:** Phone number of state licensed healthcare professional.
16. **Date:** Date state licensed healthcare professional 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.

GEORGIA RHETT
District Superintendent

EMMA PEREIDA-MARTINEZ, M.Ed.
Assistant Superintendent

ARVIN UNION SCHOOL DISTRICT

737 Bear Mountain Blvd.
Arvin, CA 93203
(661) 854-6500 • FAX (661) 854-2362



Mayo 2021

Estimado Padre o Tutor:

El Distrito Escolar Union de Arvin desea dejar en claro las pautas federales para acomodar a niños con necesidades dietéticas especiales. El Distrito proporcionará comidas especiales a los estudiantes con un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, como respirar, ver, cuidar de uno mismo o aprender. Por ejemplo: una alergia alimentaria grave que provoca una anafilaxia potencialmente mortal. O un trastorno neurológico que limita la actividad vital de aprender, respirar o hablar. Si desea hacer una solicitud especial de adaptación de comidas para su hijo, pídale a su médico que describa la discapacidad en detalle y obtenga su firma en el formulario adjunto. El Distrito Escolar Arvin Union está solicitando a todas las familias que requieran una solicitud de comidas especiales que presenten un nuevo formulario para el año escolar 2021-22. Estamos considerando este año de referencia y comenzamos de nuevo con las aplicaciones. Puede devolver el formulario de comidas especiales completado a la oficina de la escuela de su hijo o a la enfermera de la escuela. Si desea que la comida especial comience el primer día de clases, devuelva el formulario antes del 1 de agosto de 2021.

No se requiere que el Distrito Escolar Union de Arvin haga sustituciones de alimentos para niños con condiciones no discapacitantes. Cada solicitud para comidas especiales o adaptaciones se evaluará caso por caso. Para recibir una sustitución de comida, el formulario de su hijo debe incluir una declaración que describa el impedimento físico o mental que sea suficiente para que el Distrito comprenda cómo restringe la dieta de su hijo. Para realizar modificaciones o sustituciones en el menú de la escuela, debemos tener todas las secciones del formulario 1 a 13 completadas con precisión, incluida la explicación y descripción de la discapacidad de su hijo y las sustituciones sugeridas. El formulario debe estar firmado por su médico o enfermera especializada.

No es necesario enviar un formulario para solicitar comidas especiales o adaptaciones si desea solicitar que no se le sirva cerdo a su hijo. El Distrito Escolar Union de Arvin no sirve carne de cerdo y no lo ha hecho desde 2012.

Por favor sepa que la salud y el bienestar de su hijo es muy importante para el Distrito. Agradecemos su comprensión y cooperación. Si tiene alguna pregunta sobre solicitudes de comidas o dietas especiales, no dude en comunicarse con Kathie Kouklis, al 854-6508. Gracias por su ayuda en este asunto.

Sinceramente,

Kathie Kouklis
Directora de Servicios Estudiantiles

DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Escuela o agencia	2. Nombre del lugar	3. Teléfono del lugar	
4. Nombre del niño o participante		5. Edad o fecha de nacimiento	
6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Teléfono	
8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:			
9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:			
10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
11. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:			
Alimentos que deben excluirse		Sustituciones sugeridas	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
12. Equipo de adaptación que se debe usar:			
13. Firma del profesional de la salud con licencia del estado*	14. Nombre con letra de imprenta	15. Teléfono	16. Fecha

*Para este propósito, un profesional de la salud con licencia del estado en California es un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia.

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

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. 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. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por correo postal: 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; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES

1. **Escuela o agencia:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
2. **Lugar:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas.
3. **Teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas.
4. **Nombre del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta la edad del niño o participante. Para bebés, use la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño o participante.
7. **Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, madre o tutor.
8. **Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño o participante.
9. **Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un profesional de la salud con licencia del estado.
10. **Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:** Si el niño o participante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
11. **Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).
Sustituciones sugeridas: Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
12. **Equipo de adaptación que se debe usar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño o participante a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas).
13. **Firma del profesional de la salud con licencia del estado:** Firma del profesional de la salud con licencia del estado que solicita la comida especial o adaptación.
14. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta del profesional de la salud con licencia del estado.
15. **Teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud con licencia del estado
16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud con licencia del estado firmó el formulario.

Citas extraídas de la sección 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.

Las **funciones corporales principales** se añadieron a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; el 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 clasificado erróneamente) como que tiene tal impedimento.