

Atlanta Public Schools School Nutrition Department Special Diet Request Form

All fields must be completed. The APS School Nutrition Department shall not accept incomplete forms. Write "n/a" if field not applicable.

PART A: Parent/Legal Guardian	
Student's Name (Please Print):	Student ID:
DOB (mm/dd/yyyy):	School:
Grade Level:	Teacher's Name:
Parent/Guardian Name(s) (Please Print):	
Parent/Guardian Phone Number:	Parent/Guardian Email:
Which meal(s) will the student eat from the cafeteria? <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Usually brings from home	
Does your child/student require lactose-free milk? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Please describe your child/student's nutritional request for lactose-free milk: My child/student requires lactose-free milk due to: _____ <i>*Please note: A request for lactose-free milk does not require a medical provider's signature. However, a request for an alternative milk (almond milk, soy milk, etc.) DOES require a medical provider's signature. If requesting an alternative milk, please have child/student's medical provider complete the rest of this form.</i>	
I give APS Nutrition Department permission to speak with my child/student's medical provider to discuss dietary needs described below. I have read the APS Nutrition Department Special Diet Request information found on the back of this page.	
Parent/Guardian Signature:	Date:
PART B: Disability* or Food Allergy/Intolerance To be completed by a LICENSED MEDICAL PROVIDER	
<i>*Under Section 504 of the Rehabilitation Act 1973 and the American with Disabilities Act 1990, a person with a "disability is any person who has a physical or mental impairment that substantially limits one or more life activities", including food allergies or intolerances.</i>	
Explain how the disability restricts the student's diet: _____ _____ _____	
Major life activity(s) affected (check all that apply) <input type="checkbox"/> Caring for self <input type="checkbox"/> Manual Tasks <input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Eating <input type="checkbox"/> Learning & Working <input checked="" type="checkbox"/> Speaking <input type="checkbox"/> Breathing <input type="checkbox"/> Seeing <input type="checkbox"/> Other: _____	Food(s) to be omitted (check all that apply) <input type="checkbox"/> Peanuts <input type="checkbox"/> Shellfish <input type="checkbox"/> Tree Nuts <input type="checkbox"/> Fluid Milk <input type="checkbox"/> Soy <input type="checkbox"/> All Dairy <input type="checkbox"/> Fish <input type="checkbox"/> Egg <input type="checkbox"/> Wheat <input type="checkbox"/> Other: _____
Please list foods that may be substituted: _____ _____ _____	
Can the child consume foods when the allergen(s) is listed as an ingredient in the food product? (Example: Whole eggs and scrambled eggs are omitted but egg as an ingredient in pancakes & waffles is allowed.) Yes No Explain (be specific): _____ _____	
List any texture modifications that need to be made (chopped, pureed, etc.): _____ _____	Therapeutic Diet Order-LIST SPECIFIC PRESCRIPTION: _____ _____
Medical Authority Name (printed):	Date:
Medical Authority Signature:	Credentials (i.e. MA, NP, PA):
Clinic/Facility Name:	Phone Number:

**Please Return to: APS School Nutrition
 Department Registered Dietitian:
linda.ankner@apsk12.org
 Please note that cafeteria managers are unable
 to process any documents. See back page of this
 document for additional information.**

DOCUMENTATION

To obtain special diet accommodations for a student, the APS School Nutrition Department Special Diet Request form shall be completed and signed by a licensed, recognized medical authority.

Per the United States Department of Agriculture the following information is **required** in order to provide accommodations:

Children with Disabilities

- Identification of the student as having a disability (physical or mental impairment)
- Explanation of how the disability restricts the child's diet
- The major life activities affected by the disability
- Foods to be omitted
- Food or choice of foods that must be substituted

The APS School Nutrition Department shall not accept incomplete forms; please note if documentation received is incomplete or requires further clarification, dietary accommodations shall not begin until all information is provided.

Notes written by parents or Special Diet forms without a physician or medical authority's signature are not approved documentation and shall not be accepted. Except when requesting lactose-free milk.

Changes to existing dietary accommodations and the alert on a student's account shall not be removed or changed without documentation in writing from parent/guardian or medical authority. If any accommodation currently in place needs to be removed, the School Nutrition department requires a written request to be submitted to the Registered Dietitian.

A new Special Diet form **does not** need to be submitted each school unless there are changes to the student's current Special Diet Form.

TIME FRAME

Dietary accommodations may take up to 1 week to process, especially at the beginning of the school year. Families will be contacted by APS Registered Dietitian within 24 hours of the Registered Dietitian receiving the completed form.

ALLERGEN INFORMATION

Specific food substitutions shall only be made for students with a disability and/or food allergy as listed by the medical authority.

APS School Nutrition Department does not monitor allergens for any a la carte purchases made by students.

Although the APS School Nutrition Department attempts to be completely nut-free, some products may carry an advisory statement such as "processed in facility" or "may contains...". Therefore, the department is Nut-Cautious and please refer to the allergens listed online in MealViewer.

APS School Nutrition Department makes every attempt to identify ingredients that may cause reactions in people with food allergies. Allergen information posted is based on information that the School Nutrition Department currently has on file. Allergen information is subject to change based on manufacturers and APS is not always notified of these changes

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted 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; or **fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or **email:** Program.Intake@usda.gov This institution is an equal opportunity provider.

Departamento de Nutrición Escolar de Atlanta Public Schools
Formulario de Solicitud de Dieta Especial

Se deben completar todas las secciones. El Departamento de Nutrición Escolar de APS no aceptará formularios incompletos. Escriba "n/a" si la sección no corresponde.

PARTE A: Padre de familia/Tutor Legal	
Nombre del estudiante (por favor imprima):	Número de identificación del estudiante:
Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Escuela:
Grado:	Nombre del maestro/a:
Nombre(s) del padre(s)/tutor(es) (por favor imprima):	
Número telefónico del padre/tutor:	Correo electrónico del padre/tutor:
<p align="center">¿Qué comidas consumirá el estudiante en la cafetería? <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Normalmente trae comida de la casa</p> <p align="center">¿Su niño/estudiante necesita leche sin lactosa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p align="center">Por favor describa la solicitud nutricional de leche sin lactosa de su niño/estudiante: Mi niño/estudiante necesita leche sin lactosa por las siguientes razones:</p>	
<p align="center">*Por favor tenga en cuenta: Una solicitud de leche sin lactosa no requiere la firma de un proveedor médico. Sin embargo, una solicitud de alternativas a la leche (leche de almendra, leche de soja, etc.) SÍ REQUIERE la firma de un proveedor médico. Si usted solicita una alternativa a la leche, por favor pídale al proveedor médico del niño/estudiante que complete el resto de este formulario.</p>	
Doy permiso al Departamento de Nutrición de APS de hablar con el proveedor médico de mi niño/estudiante para analizar las necesidades dietéticas que se describen a continuación. He leído la información sobre la Solicitud de Dieta Especial del Departamento de Nutrición de APS que se encuentra al dorso de esta página.	
Firma del padre/tutor:	Fecha:
PARTE B: Discapacidad* o Alergia/Intolerancia Alimentaria	
<p align="center">Para ser completado por un PROVEEDOR MÉDICO LICENCIADO</p> <p align="center"><small>*Según la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, una persona con una "discapacidad es cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades de la vida", incluyendo alergias o intolerancias alimentarias.</small></p>	
Explique cómo la discapacidad restringe la dieta del estudiante:	
Principal actividad diaria afectada (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Cuidarse a uno mismo <input type="checkbox"/> Tareas manuales <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Aprender y trabajar <input checked="" type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Respirar <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otro:	Alimento(s) que se debe(n) evitar (marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> Cacahuates <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Frutos secos <input type="checkbox"/> Leche fluida <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Todos los lácteos <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Otro:
Por favor enumere los alimentos que pueden ser sustituidos: _____ _____	
¿Puede el niño consumir alimentos cuando los alérgenos figuran como ingredientes en el producto alimenticio? (Ejemplo: se omiten los huevos enteros y los huevos revueltos, pero se permite el huevo como ingrediente en los panqueques y los waffles.) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Explique (sea específico): _____ _____	
Enumere cualquier modificación de textura que deba realizarse (picar, hacer puré, etc.):	Orden de Dieta Terapéutica – INCLUYA PRESCRIPCIÓN ESPECÍFICA:
Nombre de la autoridad médica (impreso):	Fecha:
Firma de la autoridad médica:	Credenciales (i.e. MA, NP, PA):
Clínica/Nombre de la institución:	Número de teléfono:

Por favor, devuelva a: Dietista Registrada – Departamento de Nutrición Escolar de APS:

linda.ankner@apsk12.org

Por favor recuerde que los administradores de la cafetería no pueden procesar ningún documento. Consulte la última página de este documento para obtener información adicional.

DOCUMENTACIÓN

Para obtener adaptaciones de dieta especial para un estudiante, el Formulario de Solicitud de Dieta Especial del Departamento de Nutrición Escolar de APS deberá ser completado y firmado por una autoridad médica reconocida y con licencia.

Según el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, se **requiere** la siguiente información para brindar adaptaciones:

Niños con Discapacidades

- Identificación del estudiante como una persona que tiene una discapacidad (discapacidad física o mental)
- Explicación de cómo la discapacidad limita la dieta del niño
- Enumerar las principales actividades de la vida diaria afectadas por la discapacidad
- Alimentos que se deben omitir
- Alimentos o selección de alimentos que deben ser sustituidos

El Departamento de Nutrición Escolar de APS no aceptará formularios incompletos; por favor recuerde que, si la documentación recibida está incompleta o requiere mayor aclaración, las adaptaciones dietéticas no comenzarán hasta que se proporcione toda la información.

Las notas escritas por los padres o los Formularios de Dieta Especial sin la firma de un médico o de una autoridad médica no son documentación aprobada y no se aceptarán. Excepto cuando solicite leche sin lactosa.

Los cambios a las adaptaciones dietéticas existentes y la alerta en la cuenta de un estudiante no se eliminarán ni cambiarán sin documentación por escrito del padre/tutor o de la autoridad médica. Si es necesario eliminar alguna adaptación actualmente vigente, el departamento de Nutrición Escolar requiere que se presente una solicitud por escrito al Dietista Registrado.

No es necesario presentar un nuevo formulario de Dieta Especial en cada escuela a menos que haya cambios en el Formulario de Dieta Especial actual del estudiante.

PERIODO DE TIEMPO

Las adaptaciones dietéticas pueden tardar hasta 1 semana en procesarse, especialmente al comienzo del año escolar. El Dietista Registrado de APS se comunicará con las familias dentro de las 24 horas posteriores a que el Dietista Registrado reciba el formulario completo.

INFORMACIÓN SOBRE ALÉRGENOS

Sólo se harán sustituciones de alimentos específicas para estudiantes con una discapacidad y/o alergia alimentaria según lo indicado por la autoridad médica.

El Departamento de Nutrición Escolar de APS no controla los alérgenos de las compras a la carta realizadas por los estudiantes.

Aunque el Departamento de Nutrición Escolar de APS intenta estar completamente libre de la presencia de nueces, algunos productos pueden llevar una declaración de advertencia como "procesado en las instalaciones" o "puede contener...". Por lo tanto, el departamento es Cauteloso con las Nueces (*Nut-Cautious*). Por favor, consulte los alérgenos enumerados en línea en el sitio web MealViewer.

El Departamento de Nutrición Escolar de APS hace todo lo posible para identificar los ingredientes que pueden causar reacciones en personas con alergias alimentarias. La información sobre alérgenos publicada se basa en la información que el Departamento de Nutrición Escolar tiene actualmente archivada. La información sobre alérgenos está sujeta a cambios según los fabricantes y APS no siempre recibe notificación de estos cambios.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los 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 causar represalias o retaliación por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con el 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 un 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/ad-3027.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 del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o **correo electrónico:** Program.Intake@usda.gov Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.