

## **Modificaciones en las comidas escolares para niños con discapacidades**

Las escuelas que participan en un programa federal de comidas escolares (Programa Nacional de Almuerzos Escolares, Programa de Desayunos Escolares, Programa de Frutas y Verduras Frescas, Programa Especial de Leche y Programa de Meriendas Después de la Escuela) deben hacer adaptaciones razonables para los niños que no pueden comer la comida escolar debido a una discapacidad que restringe la dieta.

### **1. Declaración del profesional de la salud con licencia estatal para niños con discapacidades**

Las regulaciones del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés) en [7 CFR 210.10 \(m\)](#) y [7 CFR 220.8 \(m\)](#) requieren sustituciones o modificaciones en las comidas escolares para niños cuya discapacidad restringe su dieta. Las autoridades de alimentación escolar deben proporcionar modificaciones para los niños caso por caso cuando las solicitudes estén respaldadas por una declaración escrita firmada por un profesional de la salud con licencia estatal. Para el 1 de julio de 2025, las autoridades de alimentos escolares también deben aceptar una declaración médica firmada por un dietista registrado. La modificación solicitada debe estar relacionada con la discapacidad o las limitaciones causadas por la discapacidad y debe ofrecerse sin costo adicional para el niño o el hogar.

La tercera página de este documento ("Plan Médico de Atención para el Servicio de Alimentación Escolar") se puede utilizar para obtener la información requerida del profesional de la salud con licencia estatal o dietista registrado. En Pensilvania, las siguientes personas pueden firmar la declaración médica:

- Médico
- Asistente médico
- Enfermera practicante registrada certificada
- Dentista
- Dietista registrado

La declaración médica escrita debe incluir:

- Una explicación de cómo el impedimento físico o mental del niño restringe la dieta del niño;
- Una explicación de lo que se debe hacer para acomodar al niño; y
- El alimento o alimentos a omitir y las alternativas recomendadas, si corresponde.

Las comidas modificadas que no cumplen con los requisitos del patrón de comidas del USDA son reembolsables solo cuando están respaldadas por una declaración médica válida para un estudiante con una discapacidad que afecta su dieta. Las sustituciones de comidas que se adhieren a las regulaciones del Programa son reembolsables con o sin una declaración médica.

### **2. Variaciones de comidas por razones no relacionadas con la discapacidad**

Se alienta a las autoridades de alimentos escolares a planificar y preparar comidas y refrigerios después de la escuela que tengan en cuenta las preferencias dietéticas de los niños. Las solicitudes de comidas especiales relacionadas con problemas generales de salud, preferencias personales o culturales y convicciones morales o religiosas no se basan en una discapacidad y son *opcionales* para que las autoridades de alimentos escolares las acomoden. Las modificaciones de comidas por razones no relacionadas con la discapacidad deben cumplir con las regulaciones del Programa.

### **3. Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades**

Según la Sección 504 de la *Ley de Rehabilitación de 1973*, la *Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990*, la *Ley de Enmiendas a la ADA de 2008* y las regulaciones del USDA en [7 CFR Parte 15b](#), una persona con una discapacidad significa cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida o funciones corporales importantes, tiene un registro de tal impedimento, o se considera que tiene tal impedimento.

No es necesario que un impedimento físico o mental ponga en peligro la vida para constituir una discapacidad. Si el impedimento limita una actividad importante de la vida, se considera una discapacidad. *Las principales actividades de la vida* incluyen, pero no se limitan a: cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantar objetos, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Una actividad importante de la vida también incluye la *operación de una función corporal importante*, que incluye, entre otras: funciones del sistema inmunológico, crecimiento celular normal y funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

#### 4. Ley de Educación para Personas con Discapacidades

Un niño con una discapacidad bajo la Parte B de la Ley de Educación para *Individuos con Discapacidades* (IDEA, por sus siglas en inglés) se describe como un niño evaluado de acuerdo con IDEA como teniendo una o más de las trece categorías de discapacidad reconocidas y que, debido a ello, necesita educación especial y servicios relacionados. El Individualizado

El Programa de Educación (IEP, por sus siglas en inglés) es una declaración escrita para un niño con una discapacidad que se desarrolla, revisa y revisa de acuerdo con la Ley IDEA y sus reglamentos de implementación. Cuando se requieren servicios de nutrición bajo el IEP de un niño, los funcionarios escolares deben asegurarse de que el personal del servicio de alimentos escolares participe desde el principio en las decisiones con respecto a las comidas especiales. Si un IEP o un plan 504 incluye la misma información que se requiere en una declaración médica (consulte la sección 1 anterior), entonces no es necesario obtener una declaración médica por separado.

#### **Programa de Nutrición Escolar Contacto**

Para obtener más información sobre cómo solicitar adaptaciones a las comidas escolares y al servicio de comidas para estudiantes con discapacidades, comuníquese con:

*Haz clic aquí para entrar Nombre e información de contacto*

#### **Declaración de no discriminación del USDA**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), 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 en represalia o venganza por actividades previas 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 sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), 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 comunicarse 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/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en 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 demandante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe ser presentado al USDA por:

1. **Correo:**  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU.  
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](mailto:program.intake@usda.gov).

## **Plan Médico de Atención para el Servicio de Alimentación Escolar**

*Por favor, lea las páginas 1 y 2 antes de completar este formulario.*

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Comunícate con la escuela de tu hijo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Comuníquese con la escuela de su niño.

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Nivel de grado/aula
Nombre de la escuela/plantel		
Nombre del Padre/Tutor	Número de teléfono del padre/tutor	
Firma del Padre/Tutor	Fecha	

1. Proporcione una explicación a continuación de cómo el impedimento físico o mental del estudiante restringe la dieta del estudiante:

2. Describa la dieta específica o las modificaciones necesarias prescritas por el profesional de la salud con licencia estatal o el dietista registrado para adaptarse a las necesidades del estudiante:

3. Enumere el alimento o los alimentos que se deben omitir (sea específico) y las alternativas recomendadas, si corresponde.  
Alimentos a omitir:

Sustituciones sugeridas:

4. Indique las modificaciones de textura, si corresponde:  
 Picado/Cortado en trozos pequeños     Picado/Finamente molido     Puré Otros     :

5. Enumere los equipos de adaptación especiales necesarios:

Nombre y credenciales de un profesional de la salud con licencia estatal o dietista registrado (en letra de imprenta)	Número de teléfono del proveedor
Firma de un profesional de la salud con licencia estatal o dietista registrado	Fecha

*Completar la siguiente sección es opcional, pero puede evitar retrasos al permitir que la escuela hable con el profesional de la salud.*

**Exención de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico**

De acuerdo con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ (profesional de la salud) a divulgar la información de salud protegida de mi hijo según sea necesario para el propósito específico de la información de la Dieta Especial para \_\_\_\_\_ (escuela/programa) y doy mi consentimiento para permitir que el profesional de la salud intercambie libremente la información enumerada en este formulario y en sus registros relacionados con mi hijo con el programa escolar según sea necesario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin impacto en la elegibilidad de mi solicitud de una Dieta Especial para mi hijo. Entiendo que el permiso para divulgar esta información puede ser rescindido en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido divulgada. Mi permiso para divulgar esta información expirará el \_\_\_\_\_ (fecha). Esta información se divulgará con el propósito específico de la información sobre dietas especiales.

El abajo firmante certifica que es el padre, tutor o representante de la persona que figura en este documento y tiene la autoridad legal para firmar en nombre de esa persona.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_