

Dietary Preference Form for Meal Modification

This form shall be used to request meal modifications for children who have a medical need that falls within USDA's meal pattern requirements or are requesting modification due to religious, ethical or cultural reasons that do not rise to the level of a disability.

Example of a medical need that falls within the USDA's meal requirements.

- Child is allergic to strawberries and a different fruit can be substituted.
- Child is allergic to beef and a different meat/meat alternate can be substituted.

Fluid Milk substitutes must be USDA-approved. Juice and water may not be substituted for fluid milk as part of the reimbursable meal without a medical statement signed by licensed healthcare professional.

Modification due to religious, ethical or cultural reasons that do not rise to the level of a disability: A school/site has the option to make meal modifications at the request of a parent/guardian due to religious, ethical or cultural reasons.

Fill parts A-C out completely. Incomplete Dietary Preference Forms will be returned to the parent/guardian. The meal modifications will continue until a parent/legal guardian request that the modifications be changed or stopped on the Discontinuation Form. It is strongly recommended that the Dietary Preference Form is updated annually.

Part A: Student and Parent/Guardian Information		
Student Name:	Birthdate:	
School/Site:	Grade:	
Parent/Guardian Name:	Parent/Guardian Phone:	
Part B: Check Meal Modification Request(s)	Check Omitted Foods	Check Substituted Foods
<input type="checkbox"/> No Fluid Milk	<input type="checkbox"/> Fluid Milk	<input type="checkbox"/> Lactose-Free Milk -or- <input type="checkbox"/> Dairy-Free Milk
<input type="checkbox"/> Milk Allergy <input type="checkbox"/> Egg Allergy <input type="checkbox"/> Fish Allergy <input type="checkbox"/> Sesame Allergy <input type="checkbox"/> Shellfish Allergy <input type="checkbox"/> Soy Allergy <input type="checkbox"/> Wheat Allergy <input type="checkbox"/> Peanut Allergy <input type="checkbox"/> Tree Nut Allergy <input type="checkbox"/> Other: Does the student have a prescribed epi-pen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Milk & Dairy Products <input type="checkbox"/> Egg <input type="checkbox"/> Fish <input type="checkbox"/> Sesame <input type="checkbox"/> Crab/Lobster/Shrimp <input type="checkbox"/> Soy (oil/lecithin okay) <input type="checkbox"/> Soy Products <input type="checkbox"/> Wheat <input type="checkbox"/> Peanuts <input type="checkbox"/> Tree Nuts <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Allergen-Free Meat <input type="checkbox"/> Allergen-Free Grains <input type="checkbox"/> Allergen-Free Combo Foods <input type="checkbox"/> Allergen-Free Condiments/Sides <input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> No Beef (Religious/Ethical/Cultural Reason)	<input type="checkbox"/> Beef	<input type="checkbox"/> Other Meat/Meat Alternate
<input type="checkbox"/> No Pork (Religious/Ethical/Cultural Reason)	<input type="checkbox"/> Pork	<input type="checkbox"/> Other Meat/Meat Alternate
<input type="checkbox"/> Vegetarian (Religious/Ethical/Cultural Reason)	<input type="checkbox"/> Dairy <input type="checkbox"/> Eggs <input type="checkbox"/> Meat <input type="checkbox"/> Poultry <input type="checkbox"/> Fish/Seafood	<input type="checkbox"/> Other Meat/Meat Alternate
Other specified meal modification request: <input type="checkbox"/> Medical Need: -or- <input type="checkbox"/> Religious/Ethical/Cultural Reason:	List Omitted Foods:	List Substituted Foods:
Part C: Parent/Legal Guardian Permission		
I give permission for school/site personnel responsible for implementing my child's requested meal modification with any appropriate school/site staff.		
Parent/Guardian Signature:	Date:	

In accordance with federal civil rights law and USDA civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident. 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 state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at How to File a Program Discrimination Complaint 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, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; 2. Fax: (202) 690-7442; or 3. Email: program.intake@usda.gov. *USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.*

Medical Statement for Meal Modification

Fill parts A-D out completely. Incomplete Medical Statement forms will be returned to the parent/guardian. Sections B-C shall be completed by a licensed physician, nurse practitioner, physician assistant, or registered dietitian.

The meal modifications will continue until a licensed physician, nurse practitioner, physician assistant, or registered dietitian requests that the modifications be changed or stopped on the Discontinuation Form.

It is strongly recommended that the prescribed diet order is updated annually with a new form.

Part A: Student and Parent/Guardian Information		
Student Name:	Birthdate:	
School/Site:	Grade:	
Parent/Guardian Name:	Parent/Guardian Phone:	
Part B: Identification of Disability/Medical Needs		
Disability/Medical Need:	How Disability/Medical Need Restricts Diet:	
Major Life Activity Impacted: <input type="checkbox"/> Caring for Oneself <input type="checkbox"/> Performing Manual Tasks <input type="checkbox"/> Seeing <input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Eating <input type="checkbox"/> Sleeping <input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Standing <input type="checkbox"/> Lifting <input type="checkbox"/> Bending <input type="checkbox"/> Speaking <input type="checkbox"/> Breathing <input type="checkbox"/> Learning <input type="checkbox"/> Reading <input type="checkbox"/> Concentrating <input type="checkbox"/> Thinking <input type="checkbox"/> Communicating <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Other: Major Bodily Function Impacted: <input type="checkbox"/> Immune System <input type="checkbox"/> Cell Growth <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Bladder <input type="checkbox"/> Neurological <input type="checkbox"/> Brain <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Circulatory <input type="checkbox"/> Endocrine <input type="checkbox"/> Reproductive <input type="checkbox"/> Other:		
Part C: Check Meal Modification Request & Fill in Blanks as Applicable		
<input type="checkbox"/> Modified Texture of Foods	<input type="checkbox"/> Easy Chew <input type="checkbox"/> Soft & Bite Size <input type="checkbox"/> Minced & Moist <input type="checkbox"/> Pureed <input type="checkbox"/> Liquidised	
<input type="checkbox"/> Modified Thickness of Liquids	<input type="checkbox"/> Extremely Thick <input type="checkbox"/> Moderately Thick <input type="checkbox"/> Mildly Thick <input type="checkbox"/> Slightly Thick <input type="checkbox"/> Thin	
<input type="checkbox"/> Special Feeding Equipment	<input type="checkbox"/> Adaptive Equipment Needed:	
<input type="checkbox"/> Different Portion Sizes	<input type="checkbox"/> Specify Portion Size:	
Food Allergy	List Omitted Foods	List Substituted Foods
<input type="checkbox"/> Milk <input type="checkbox"/> Egg <input type="checkbox"/> Fish <input type="checkbox"/> Shellfish <input type="checkbox"/> Soy <input type="checkbox"/> Peanut <input type="checkbox"/> Tree Nut <input type="checkbox"/> Wheat <input type="checkbox"/> Sesame <input type="checkbox"/> Other: Does the student have a prescribed epi-pen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Food Intolerances	List Omitted Foods	List Substituted Foods
Other Specified Meal Modification Request	List Omitted Foods	List Substituted Foods
Medical Authority Certification of Disability and/or Medical Need		
Signature:		Address:
Printed Name:		Phone: Date:
Part D: Parent/Legal Guardian Permission		
I give permission for school/site personnel responsible for implementing my child's requested meal modification with any appropriate school/site staff. I also give permission for my child's medical authority to further clarify the prescribed diet order on this form if requested to do so by school/site personnel.		
Parent/Guardian Signature:		Date:

In accordance with federal civil rights law and USDA civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident. 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 state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, [AD-3027](#), found online at How to File a Program Discrimination Complaint 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, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; 2. Fax: (202) 690-7442; or 3. Email: program.intake@usda.gov. USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.

Meal Modification Discontinuation Form

If your student no longer requires meal accommodation, please fill out the form below. If the student has a medical statement for meal modification the discontinuation shall be filled out by a physician/medical authority. If the student has a dietary preference form for meal modification a parent/legal guardian may fill out the discontinuation form.

Part A: Student and Parent/Guardian Information		
Student Name:	Birthdate:	
School/Site:	Grade:	
Parent/Guardian Name:	Parent/Guardian Phone:	
Part B: Physician/Medical Authority Discontinuation of Meal Modification		
I certify that the student names above are no longer in need of the previously prescribed meal modifications.		
Signature:	Printed Name:	
Address:	Phone:	Date:

-Or-

Part C: Parent/Legal Guardian Discontinuation of Meal Modification	
I certify that the student names above are no longer in need of the previously prescribed meal modifications.	
Signature:	Date:

In accordance with federal civil rights law and USDA civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident. 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 state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, [AD-3027](#), found online at How to File a Program Discrimination Complaint 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, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; 2. Fax: (202) 690-7442; or 3. Email: program.intake@usda.gov. *USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.*

Formulario de preferencias dietéticas para la modificación de comidas

Este formulario se debe utilizar para solicitar modificaciones de comidas para niños que tienen una necesidad médica que se encuentra dentro de los requisitos del patrón de comidas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA) o que solicitan una modificación debido a razones religiosas, éticas o culturales que no llegan al nivel de una discapacidad.

Ejemplo de una necesidad médica que se encuentra dentro de los requisitos de comida del USDA.

- o El niño es alérgico a las fresas; la fruta se puede sustituir por otra.
- o El niño es alérgico a la carne de res; la carne se puede sustituir por otra o por una alternativa.

Los sustitutos de leche líquida deben estar aprobados por el USDA. El jugo y el agua no pueden sustituir la leche líquida como parte de la comida reembolsable sin una declaración médica firmada por un profesional de la salud autorizado.

Modificación por motivos religiosos, éticos o culturales que no alcancen el nivel de discapacidad: las escuelas/los sitios pueden realizar modificaciones en las comidas a pedido de un padre, una madre o un tutor por motivos religiosos, éticos o culturales. Complete todos los campos de las partes A a la C. Los formularios de preferencias dietéticas incompletos se devolverán al padre, a la madre o al tutor. Las modificaciones de las comidas continuarán hasta que el padre, la madre o el tutor legal solicite un cambio o la interrupción de las modificaciones en el formulario de interrupción. Se recomienda encarecidamente que el formulario de preferencias dietéticas se actualice anualmente.

Parte A: Información para estudiantes, padres, madres y tutores		
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	
Escuela/sitio:	Grado:	
Nombre del padre, la madre o el tutor:	Teléfono del padre, la madre o el tutor:	
Parte B: marque solicitudes de modificación de comidas	Marque los alimentos omitidos	Marque los alimentos sustituidos
<input type="checkbox"/> Sin leche líquida	<input type="checkbox"/> Leche líquida	<input type="checkbox"/> Leche sin lactosa o <input type="checkbox"/> Leche sin lácteos
<input type="checkbox"/> Alergia a la leche <input type="checkbox"/> Alergia al huevo <input type="checkbox"/> Alergia al pescado <input type="checkbox"/> Alergia al sésamo <input type="checkbox"/> Alergia a los mariscos <input type="checkbox"/> Alergia a la soja <input type="checkbox"/> Alergia al trigo <input type="checkbox"/> Alergia al maní <input type="checkbox"/> Alergia a los frutos secos <input type="checkbox"/> Otra: ¿Al estudiante se le ha recetado un autoinyector de epinefrina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Leche y productos lácteos <input type="checkbox"/> Huevo <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Sésamo <input type="checkbox"/> Cangrejo/langosta/camarones <input type="checkbox"/> Soja (aceite/lecitina aceptable) <input type="checkbox"/> Productos de soja <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Maní <input type="checkbox"/> Frutos secos <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Carne sin alérgenos <input type="checkbox"/> Granos sin alérgenos <input type="checkbox"/> Alimentos combinados sin alérgenos <input type="checkbox"/> Condimentos/guarniciones sin alérgenos <input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Sin carne de res (motivo religioso/ético/cultural)	<input type="checkbox"/> Carne de res	<input type="checkbox"/> Otra carne/alternativa a la carne
<input type="checkbox"/> Sin cerdo (motivo religioso/ético/cultural)	<input type="checkbox"/> Cerdo	<input type="checkbox"/> Otra carne/alternativa a la carne
<input type="checkbox"/> Vegetariano (motivo religioso/ético/cultural)	<input type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/> Huevo <input type="checkbox"/> Carne <input type="checkbox"/> Aves <input type="checkbox"/> Pescado/mariscos	<input type="checkbox"/> Otra carne/alternativa a la carne
Otra solicitud de modificación de comida especificada: <input type="checkbox"/> Necesidad médica: o <input type="checkbox"/> Motivo religioso/ético/cultural:	Enumere los alimentos omitidos:	Enumere los alimentos sustituidos:
Parte C: autorización del padre, la madre o el tutor legal		
Autorizo al personal de la escuela o del sitio para implementar la modificación de comida solicitada para mi hijo y para compartir esta información con cualquier otro personal de la escuela o del sitio que sea apropiado.		
Firma del padre, la madre o el tutor:	Fecha:	

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los plazos para presentar quejas y peticiones varían según el programa o incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letras grandes, cintas de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del servicio de retransmisión de telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, [AD-3027](#), disponible en línea en la sección "Cómo presentar una queja por discriminación en el programa" (How to File a Program Discrimination Complaint) y en cualquier oficina del USDA. Alternativamente, puede redactar una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completados al USDA mediante estas opciones: 1. Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; 2. Fax: (202) 690-7442; o 3. Correo electrónico: program.intake@usda.gov. El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Declaración médica para la modificación de comidas

Complete todos los campos de las partes A a la D. Los formularios de declaración médica incompletos se devolverán al padre, a la madre o al tutor. Las secciones B y C debe completarlas un médico, un enfermero practicante, un asistente médico o un dietista registrado con licencia.

Las modificaciones de las comidas continuarán hasta que un médico, un enfermero especializado, un asistente médico o un dietista registrado con licencia solicite que las modificaciones se cambien o se suspendan en el formulario de interrupción.

Se recomienda encarecidamente que el régimen alimenticio prescrito se actualice anualmente con un nuevo formulario.

Parte A: Información para estudiantes, padres, madres y tutores		
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	
Escuela/sitio:	Grado:	
Nombre del padre, la madre o el tutor:	Teléfono del padre, la madre o el tutor:	
Parte B: Identificación de discapacidades y necesidades médicas		
Discapacidad/necesidad médica:	Cómo la discapacidad/necesidad médica restringe el régimen alimenticio:	
Actividad importante de la vida afectada: <input type="checkbox"/> Cuidarse a sí mismo <input type="checkbox"/> Realizar tareas manuales <input type="checkbox"/> Ver <input type="checkbox"/> Escuchar <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Estar de pie <input type="checkbox"/> Levantar objetos <input type="checkbox"/> Agacharse <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Respirar <input type="checkbox"/> Aprender <input type="checkbox"/> Leer <input type="checkbox"/> Concentrarse <input type="checkbox"/> Pensar <input type="checkbox"/> Comunicarse <input type="checkbox"/> Trabajar <input type="checkbox"/> Otras:		
Principales funciones corporales afectadas: <input type="checkbox"/> Sistema inmunitario <input type="checkbox"/> Crecimiento celular <input type="checkbox"/> Sistema digestivo <input type="checkbox"/> Vejiga <input type="checkbox"/> Sistema neurológico <input type="checkbox"/> Cerebro <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio <input type="checkbox"/> Sistema circulatorio <input type="checkbox"/> Sistema endocrino <input type="checkbox"/> Función reproductiva <input type="checkbox"/> Otras:		
Parte C: Marque la solicitud de modificación de comidas y complete los espacios en blanco según corresponda		
<input type="checkbox"/> Textura de los alimentos modificada	<input type="checkbox"/> Fácil de masticar <input type="checkbox"/> Suave y del tamaño de un bocado <input type="checkbox"/> Picado y húmedo <input type="checkbox"/> En puré <input type="checkbox"/> Licuado	
<input type="checkbox"/> Viscosidad de líquidos modificada	<input type="checkbox"/> Extremadamente viscoso <input type="checkbox"/> Moderadamente viscoso <input type="checkbox"/> Levemente viscoso <input type="checkbox"/> Ligeramente viscoso <input type="checkbox"/> Aguado	
<input type="checkbox"/> Equipo de alimentación especial	<input type="checkbox"/> Se necesita equipo de adaptación:	
<input type="checkbox"/> Diferentes tamaños de porciones	<input type="checkbox"/> Especifique el tamaño de la porción:	
Alergia alimentaria	Enumere los alimentos omitidos	Enumere los alimentos sustituidos
<input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Huevo <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Maní <input type="checkbox"/> Frutos secos <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Sésamo <input type="checkbox"/> Otro: ¿Al estudiante se le ha recetado un autoinyector de epinefrina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Intolerancias alimentarias	Enumere los alimentos omitidos	Enumere los alimentos sustituidos
Otra solicitud de modificación de comida especificada	Enumere los alimentos omitidos	Enumere los alimentos sustituidos
Certificación de discapacidad o necesidad médica por parte de la autoridad médica		
Firma:	Dirección:	
Nombre en letra de imprenta:	Teléfono:	Fecha:
Parte D: autorización del padre, la madre o el tutor legal		
Autorizo al personal de la escuela o del sitio para implementar la modificación de comida solicitada para mi hijo y para compartir esta información con cualquier otro personal de la escuela o del sitio que sea apropiado. También autorizo a la autoridad médica de mi hijo para que aclare con más detalle el régimen alimenticio prescrito en este formulario si así lo solicita el personal de la escuela o del centro.		
Firma del padre, la madre o el tutor:		Fecha:

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los plazos para presentar quejas y peticiones varían según el programa o incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letras grandes, cintas de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del servicio de retransmisión de telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, AD-3027, disponible en línea en la sección "Cómo presentar una queja por discriminación en el programa" (How to File a Program Discrimination Complaint) y en cualquier oficina del USDA. Alternativamente, puede redactar una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completados al USDA mediante estas opciones: 1. Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; 2. Fax: (202) 690-7442; o 3. Correo electrónico: program.intake@usda.gov. El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Formulario de interrupción de modificación de comidas

Si su estudiante ya no necesita una adaptación en las comidas, por favor complete el formulario a continuación. Si el estudiante tiene una declaración médica para la modificación de las comidas, la cancelación deberá completarla un médico o una autoridad médica. Si el estudiante tiene un formulario de preferencia alimentaria para la modificación de las comidas, el padre, la madre o el tutor legal puede completar el formulario de cancelación.

Parte A: información para estudiantes, padres, madres y tutores		
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	
Escuela/sitio:	Grado:	
Nombre del padre, la madre o el tutor:	Teléfono del padre, la madre o el tutor:	
Parte B: cancelación de la modificación de comidas por un médico/una autoridad médica		
Certifico que el estudiante mencionado anteriormente ya no necesita las modificaciones de comidas previamente prescritas.		
Firma:	Nombre en letra de imprenta:	
Dirección:	Teléfono:	Fecha:

O

Parte C: cancelación de la modificación de comidas por el padre, la madre o el tutor Legal	
Certifico que el estudiante mencionado anteriormente ya no necesita las modificaciones de comidas previamente prescritas.	
Firma:	Fecha:

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los plazos para presentar quejas y peticiones varían según el programa o incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letras grandes, cintas de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del servicio de retransmisión de telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, [AD-3027](#), disponible en línea en la sección "Cómo presentar una queja por discriminación en el programa" (How to File a Program Discrimination Complaint) y en cualquier oficina del USDA. Alternativamente, puede redactar una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completados al USDA mediante estas opciones: 1. Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; 2. Fax: (202) 690-7442; o 3. Correo electrónico: program.intake@usda.gov. *El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.*