

Formulário de solicitação de dieta especial

Este formulário deve ser preenchido quando forem necessárias adaptações nas refeições do Programa de Nutrição Infantil* para uma criança, devido a motivos médicos, deficiências ou alergias graves. O formulário deve ser preenchido por um profissional de saúde credenciado pelo estado e pelos pais/responsáveis, assinado e devolvido a _

Informações do participante: (preenchido pelos pais/responsáveis)

Nome completo do participante: _____ Data: _____

Data de nascimento: _____

Nome da escola/centro/instituição frequentada: _____

Nome do pai/mãe ou responsável: _____

Telefone: (Celular) _____ Outro: _____

Só é necessário atualizar este formulário se as necessidades da criança tiverem mudado.

Informações necessárias: Adaptações alimentares (preenchido pelo profissional de saúde)

1. Liste os alimentos a serem omitidos e substituídos. Anexe uma folha com instruções adicionais, se necessário.

Alimentos a omitir	Alimentos a serem substituídos

2. Explique resumidamente como a exposição ao(s) alimento(s) afeta o participante.

Informações adicionais

Modificação da textura (circule): Purê Picado e umedecido Macio e em pedacinhos

Fácil de mastigar

Alimentação por sonda: _____ Nome da fórmula: _____

Instruções de administração: _____

Outras modificações na dieta ou instruções adicionais: _____

Assinatura obrigatória

O formulário deve ser assinado por um médico licenciado pelo estado (MD ou DO), um assistente médico (PA), um profissional de saúde de prática avançada (enfermeiro de prática avançada ou NP, enfermeiro registrado de prática avançada ou APRN) ou um nutricionista registrado (RD ou RDN).

Nome e credenciais do profissional responsável pela prescrição (em letra de forma): _____

Assinatura: _____ Data: _____

Clínica/Hospital: _____

Telefone: _____ Fax: _____

Autorização voluntária

Observação aos pais/responsáveis/participantes: Você pode autorizar o diretor da escola/centro/unidade a conversar com o profissional de saúde sobre este Formulário de Solicitação de Dieta Especial assinando a seção de Autorização Voluntária:

De acordo com as disposições da Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro Saúde (HIPAA) de 1996 e da Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família, autorizo, por meio deste, _____

_____ **(nome do médico/autoridade médica)** a divulgar as informações de saúde protegidas necessárias para a finalidade específica de informações sobre dietas especiais a _____ **(nome do programa)** e autorizo o médico/autoridade médica a compartilhar livremente com o programa, conforme necessário, as informações constantes deste formulário e dos registros médicos que me dizem respeito. Entendo que posso recusar-me a assinar esta autorização sem que isso afete a elegibilidade do meu pedido de dieta especial. Entendo que a autorização para divulgar essas informações pode ser revogada a qualquer momento, exceto quando as informações já tiverem sido divulgadas. Opcional: A minha autorização para divulgar estas informações expirará em _____ (data). Essas informações devem ser divulgadas com o objetivo específico de fornecer orientações sobre dietas especiais. O(a) abaixo assinado(a) certifica que é pai/mãe, responsável legal ou representante autorizado do participante indicado neste documento e que possui autoridade legal para assinar em nome desse participante.

Pai/Mãe/Responsável: _____ Data: _____
Ou assinatura do participante (APENAS para o Centro de Atendimento Diurno para Adultos): _____

Declaração de Não Discriminação do USDA

De acordo com a legislação federal sobre direitos civis e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade, ou por represália ou retaliação por atividades anteriores relacionadas aos direitos civis.

As informações sobre o programa podem estar disponíveis em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiência que necessitem de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio, Língua de Sinais Americana) devem entrar em contato com a agência estadual ou local responsável pela administração do programa ou com o Centro TARGET do USDA pelo telefone (202) 720-2600 (Voz e TTY) ou entrar em contato com o USDA por meio do Serviço Federal de Retransmissão pelo número (800) 877-8339.

Para apresentar uma denúncia de discriminação em um programa, o denunciante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de Denúncia de Discriminação em Programas do USDA, que pode ser obtido on-line em: Formulário de denúncia de discriminação do programa do USDA, disponível em qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632-992 ou enviando uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço e número de telefone do reclamante, bem como uma descrição por escrito da suposta ação discriminatória, com detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto para os Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data da suposta violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta deve ser enviada ao USDA por:

1. correio: U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura dos EUA)

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights (Gabinete do Secretário Adjunto para os Direitos Civis)

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410; ou

2. fax: (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou

3. e-mail: Program.Intake@usda.gov

Esta instituição promove a igualdade de oportunidades.