

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? ☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Usually brings from home	
Requesting Lactose Free Milk or Soy Milk	
*Please note: A request for lactose-free milk or soy milk does not require a medical provider's signature due to their nutritional comparison to regular cow's milk. However, a request for almond milk DOES require a medical provider's signature since it does not meet the USDA nutritional requirements for milk. If requesting almond milk, please have child/student's medical provider complete the rest of this form. Does your child/student require lactose free milk? Yes ☐ No ☐ Does your child/student require soy milk? Yes ☐ No ☐	
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) ☐ Caring for self ☐ Walking ☐ Eating ☒ Speaking ☐ Seeing ☐ Other: ☐ Manual Tasks ☐ Hearing ☐ Learning & Working ☐ Breathing	Food(s) to be omitted (check all that apply) ☐ Peanuts ☐ Tree Nuts ☐ Soy ☐ Fish ☐ Wheat ☐ Other: ☐ Shellfish ☐ Fluid Milk ☐ All Dairy ☐ Egg
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: <u>Children with Disabilities</u> • 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 or soy milk. Specific food substitutions shall only be made for students with a disability and/or food allergy as listed by the medical authority. 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 year unless there are changes to the student's current Special Diet Form.
TIME FRAME
Families will be contacted by APS Registered Dietitian within 24 hours of the Registered Dietitian receiving the completed form. Dietary accommodations may take up to 1 week to process, especially at the beginning of the school year.

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, 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.

Departamento de Nutrición Escolar de Atlanta Public Schools

Formulario de solicitud de dieta especial

Todos los campos deben completarse. El Departamento de Nutrición Escolar de APS no aceptará formularios incompletos. Escriba "n/a" si el campo no aplica.

PARTE A: Padres/Tutor legales	
Nombre del estudiante (en letra de molde):	Número de identificación del estudiante:
Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Escuela:
Grado:	Nombre del maestro:
Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde):	
Número de teléfono del padre/madre/tutor:	Correo electrónico del padre/madre/tutor:
¿Qué comida(s) tomará el estudiante de la cafetería? ☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Generalmente trae de casa	
Solicitud de leche sin lactosa o leche de soya <i>* Tome en cuenta: una solicitud de leche sin lactosa o leche de soya no requiere la firma de un proveedor médico debido a su similitud nutricional con la leche de vaca común. Sin embargo, una solicitud de leche de almendras SÍ requiere la firma de un proveedor médico ya que no cumple con los requisitos nutricionales de leche del USDA. Si solicita la leche de almendras, pídale al médico del estudiante que complete el resto de este formulario.</i>	
¿Su estudiante requiere leche sin lactosa ? Sí ☐ No ☐ ¿Su estudiante requiere leche sin soya ? Sí ☐ No ☐	
Doy permiso al Departamento de Nutrición de APS para hablar con el médico de mi estudiante para discutir las necesidades dietéticas que se describen a continuación. He leído la información de la solicitud de dieta especial del Departamento de Nutrición de APS, que se encuentra en la parte de atrás de este formulario.	
Firma del padre, madre o tutor:	Fecha:
PARTE B: Discapacidad* o alergia/intolerancia alimentaria Para ser completado por un MÉDICO CON LICENCIA	
<i>*De acuerdo con 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 significativamente una o más actividades de la vida", incluidas las alergias o intolerancias alimentarias.</i>	
Explique cómo la discapacidad restringe la dieta del estudiante:	
Actividad(es) importante(s) de la vida afectada(s) (marque todas las que correspondan) ☐ Cuidar de sí mismo ☐ Caminar ☐ Comer ☒ Hablar ☐ Vista ☐ Otro: ☐ Tareas manuales ☐ Escuchar ☐ Aprendizaje y trabajo ☐ Respirar	Alimento(s) que se evita(n) (marque todas las que correspondan) ☐ Cacahuates ☐ Leche de nueces ☐ Soya ☐ Pescado ☐ Trigo ☐ Otro: ☐ Mariscos ☐ Leche líquida ☐ Todos los productos lácteos ☐ Huevo
Enumere los alimentos que pueden ser substituidos:	
¿Puede el estudiante consumir alimentos cuando los alérgenos figuran como ingrediente en el producto alimenticio? (Ejemplo: se omiten los huevos enteros y los huevos revueltos, pero se permite el huevo como ingrediente en panqueques y waffles.) ☐ Sí ☐ No	
Explicar (sea específico):	
Enumere las modificaciones de textura que deben realizarse (picadas, en puré, etc.):	Orden de Dieta Terapéutica-LISTA DE PRESCRIPCIÓN ESPECÍFICA:
Nombre de la autoridad médica (en letra de molde):	Fecha:
Firma de la autoridad médica:	Credenciales (por ejemplo, MA, NP, PA):
Nombre de la clínica / instalación:	Número de teléfono:

**Devuelva esta forma a: Dietista registrado
del Departamento de Nutrición Escolar de APS**

linda.ankner@apsk12.org

Tenga en cuenta que los gerentes de la
cafetería no pueden procesar ningún
documento. Consulte la página de atrás de este
documento para obtener información adicional.

DOCUMENTACIÓN
Para obtener adaptaciones especiales de dieta 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 proporcionar adaptaciones: <u>Estudiantes con discapacidades</u> • Identificación de que el estudiante tiene una discapacidad (discapacidad física o mental) • Explicación de cómo la discapacidad restringe la dieta del estudiante • Las principales actividades de la vida afectadas por la discapacidad • Alimentos que deben evitarse • Alimentos o elección de alimentos que deben sustituirse El Departamento de Nutrición Escolar de APS no aceptará formularios incompletos; Tenga en cuenta que, si la documentación recibida está incompleta o requiere más aclaraciones, 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 autoridad médica no son documentación aprobada y no serán aceptadas. Excepto cuando se solicita leche sin lactosa o leche de soya. Las sustituciones de alimentos específicas solo se realizarán para estudiantes con una discapacidad y/o alergia alimentaria según lo enumerado por la autoridad médica. Los cambios en las adaptaciones dietéticas existentes y la alerta en la cuenta de un estudiante no se eliminarán ni cambiarán sin documentación por escrito de los padres o tutores o la autoridad médica. Si es necesario eliminar alguna adaptación actualmente en su lugar, el departamento de Nutrición Escolar requiere que se envíe una solicitud por escrito al dietista registrado. No es necesario presentar un nuevo formulario de dieta especial cada año escolar, a menos que haya cambios en el formulario de dieta especial actual del estudiante.
MARCO DE TIEMPO
El dietista registrado de APS se comunicará con las familias dentro de las 24 horas posteriores a que el dietista registrado haya recibido el formulario completado. Las adaptaciones dietéticas pueden tardar hasta una semana en procesarse, especialmente al comienzo del año escolar.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del departamento de agricultura de Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todos los motivos se aplican a todos los programas). Las vías de recurso y los plazos para presentar reclamaciones varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, grabación de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones en el 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, debe completar el formulario de denuncia por discriminación en un programa del USDA, AD-3027, que puede encontrar en línea en “Cómo presentar una denuncia por discriminación en un programa” y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario o la carta completada al USDA por: (1) correo postal: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 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.

USDA es un proveedor, empleador y acreedor que ofrece igualdad de oportunidades.