

Bakersfield City School District
Nutrition Services Department
2551 Morning Drive
Bakersfield, CA 93306
Phone (661) 631-4733 Fax (661) 322-8580

Packet to go Home with Student Regarding:
*Medical Statement to
Request Special Meals
and/or Accommodation*



Special Dietary Needs
Revised 24-25

**Bakersfield City School District
Nutrition Services**



Superintendent

Mark Luque

**Director of Nutrition Services,
Nutrition Services Department**

Eric J. Sabella

2551 Morning Drive
Bakersfield, California 93306
(661) 631-4733
FAX (661) 322-8580

To:
The Parents of: _____
School: _____
Date: _____

School Year: 2024-2025

From:
Director: Eric Sabella
Nutrition Services Department
Coordinator: Terri Lindsey, MA, BSN, RN
School Health and Neighborhood Support Program

Subject: Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations/Special Dietary Needs for Students

Attached you will find an **Attending Physician** letter and a form that requires a physician review and signature. Before we can adequately accommodate your student's special dietary needs, the attached form must be completed and signed by the student's physician. After the physician has completed and signed the Medical Statement forms it must be faxed or mailed to the Nutrition Services Department at 2551 Morning Drive, Bakersfield, CA 93306, fax (661) 322-8580.

To comply with state regulations, we must have the medical statement form on file at the school site and the Nutrition Services Department.

Please respond to the box checked below:

I have already submitted a current physician Medical Statement:

For BCSD Office Use Only:

- We need an updated Medical Statement form signed by your child's physician.
- We do **not** have a current Medical Statement on file for your child and have a pending note to accommodate your child's special dietary needs. We must have a current Medical Statement signed by a physician as soon as possible to continue providing for your child's special dietary needs.

Name of Person: _____

Location: _____

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, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 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
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov

California Department of Education
Nutrition Services Division



Child Nutrition Programs
CNP - 925 (Rev. 8/17)

Submit Original Copy-Nutrition Services Obtain a copy: School Site Nurse, Kitchen Manager

MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

1. School or Agency	2. Site Name	3. Site Phone Number	
4. Name of Child or Participant		5. Age or Date of Birth	
6. Name of Parent or Guardian		7. Phone Number	
8. Description of Child or Participant's Physical or Mental Impairment Affected:			
9. Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation:			
10. Indicate Food Texture for Above Child or Participant:			
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chopped <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Pureed			
11. Foods to be Omitted and Appropriate Substitutions:			
Foods To Be Omitted		Suggested Substitutions	
12. Adaptive Equipment to be Used:			
13. Signature of State Licensed Healthcare Professional*	14. Printed Name	15. Phone Number	16. Date

***For this purpose, a state licensed healthcare professional in California is a licensed physician, a physician assistant, or a nurse practitioner.**

The information on this form should be updated to reflect the current medical and/or nutritional needs of the participant

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, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

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 Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-3027) found online at <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, 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
Washington, D.C. 20250-9410;
(2) fax: 202-690-7442; or
(3) email: program.intake@usda.gov

INSTRUCTIONS

This institution is an equal opportunity provider.

School or Agency: Print the name of the school or agency that is providing the form to the parent.

Submit Original Copy-Nutrition Services Obtain a copy: School Site Nurse, Kitchen Manager

2. **Site:** Print the name of the site where meals will be served.
3. **Site Phone Number:** Print the phone number of site where meal will be served.
4. **Name of Child or Participant:** Print the name of the child or participant to whom the information pertains.
5. **Age of Child or Participant:** Print the age of the child or participant. For infants, please use date of birth.
6. **Name of Parent or Guardian:** Print the name of the person requesting the child or participant's medical statement.
7. **Phone Number:** Print the phone number of parent or guardian.
8. **Description of Child or Participant's Physical or Mental Impairment Affected:** Describe how the physical or mental impairment restricts the child or participant's diet.
9. **Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation:** Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by the state healthcare professional.
10. **Indicate Texture:** If the child or participant does not need any modification, check "Regular".
11. **Foods to be Omitted:** List specific foods that must be omitted (e.g., exclude fluid milk).
Suggested Substitutions: List specific foods to include in the diet (e.g., calcium-fortified juice).
12. **Adaptive Equipment to be Used:** Describe specific equipment required to assist the child or participant with dining (e.g., sippy cup, large handled spoon, wheel-chair accessible furniture, etc.).
13. **Signature of State Licensed Healthcare Professional:** Signature of state licensed healthcare professional requesting the special meal or accommodation.
14. **Printed Name:** Print name of state licensed healthcare professional.
15. **Phone Number:** Phone number of state licensed healthcare professional.
16. **Date:** Date state licensed healthcare professional signed form.

Citations are from Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, and ADA Amendment Act of 2008:

A person with a disability is defined as any person who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities, has a record of such impairment, or is regarded as having such an impairment.

Physical or mental impairment means (a) any physiological disorder or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more of the following body systems: neurological; musculoskeletal; special sense organs; respiratory; speech; organs; cardiovascular; reproductive, digestive, genito-urinary; hemic and lymphatic; skin; and endocrine; or (b) any mental or psychological disorder, such as mental retardation, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disabilities.

Major life activities include, but are not limited to, caring for oneself, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, communicating, and working.

Major bodily functions have been added to major life activities and include the functions of the immune system; normal cell growth; and digestive, bowel, bladder, neurological, brain, respiratory, circulatory, endocrine, and reproductive functions.

"Has a record of such an impairment" means a person has, or has been classified (or misclassified) as having, a history of mental or physical impairment that substantially limits one or more major life activities.

Distrito Escolar de la Ciudad de Bakersfield
Departamento de Servicios de Nutrición
2551 Morning Drive
Bakersfield, CA 93306
Tel (661) 631-4733 Fax (661) 322-8580

Paquete para enviar a casa con el
estudiante con respecto a:
*Declaración Médica para Solicitar Comidas
Especiales y/o Adaptación*



Necesidades Dietéticas Especiales
Revisado 24-25

**Bakersfield City School District
Nutrition Services**



Superintendent
Mark Luque

**Director of Nutrition Services,
Nutrition Services Department**
Eric J. Sabella

2551 Morning Drive
Bakersfield, California 93306
(661) 631-4733
FAX (661) 322-8580

Para:
Los padres de: _____
Escuela: _____
Fecha: _____

Año Escolar: 2024-2025

De:
Director: Eric Sabella, Departamento de Servicios de Nutrición
Coordinadora: Terri Lindsey, MA, BSN, RN Programa de Salud Escolar y Apoyo Vecinal

Asunto: Declaración médica para solicitar comidas especiales y/o adaptaciones - Necesidades dietéticas especiales para estudiantes.

Adjunto encontrará una carta al **Médico Tratante** y un formulario que requiere la revisión y firma del médico. Antes de que podamos adaptarnos adecuadamente a las necesidades dietéticas especiales de su estudiante, el médico del estudiante debe completar y firmar el formulario adjunto. Una vez que el médico haya completado y firmado los formularios de Declaración Médica, debe enviarlos por fax o por correo al Departamento de Servicios de Nutrición en 2551 Morning Drive, Bakersfield, CA 93306, fax (661) 322-8580.

Para cumplir con las regulaciones estatales, debemos tener el formulario de declaración médica archivado en la escuela y en el Departamento de Servicios de Nutrición.

Por favor, responda a la casilla marcada a continuación:
 Ya he enviado una Declaración Médica del médico actual

Solo para uso de BCSD:

- Necesitamos un formulario de Declaración Médica actualizado firmado por el médico de su hijo.
- No tenemos una Declaración Médica actual archivada de su hijo y tenemos una nota pendiente para satisfacer las necesidades dietéticas especiales de su hijo. Debemos tener una Declaración Médica actualizada firmada por un médico lo antes posible para continuar cubriendo las necesidades dietéticas especiales de su hijo.

Nombre de la persona: _____
Lugar: _____

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), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por una actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov.

Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations (CDE Child Nutrition Programs, CNP 925 Rev. 8/17)
T17-763 Spanish, Arial Font, 2 pages

Evitar copia original al departamento de Servicios de nutrición, Obtener una copia: Enfermera del plantel escolar, Gerente de cocina.



DECLARACIÓN MÉDICA PARA SOLICITAR COMIDAS ESPECIALES O ADAPTACIONES

1. Escuela o agencia	2. Nombre del lugar	3. Teléfono del lugar	
4. Nombre del niño o participante		5. Edad o fecha de nacimiento	
6. Nombre del padre, madre o tutor		7. Teléfono	
8. Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:			
9. Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:			
10. Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Molida <input type="checkbox"/> Puré			
11. Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:			
Alimentos que deben excluirse		Sustituciones sugeridas	
12. Equipo de adaptación que se debe usar:			
13. Firma del profesional de la salud con licencia del estado*	14. Nombre con letra de imprenta	15. Teléfono	16. Fecha

***Para este propósito, un profesional de la salud con licencia del estado en California es un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia.**

La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y nutricionales actuales

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Eviar copia original al departamento de Servicios de nutrición, Obtener una copia: Enfermera del plantel escolar, Gerente de cocina.

INSTRUCCIONES

1. **Escuela o agencia:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
2. **Lugar:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar en que se servirán las comidas.
3. **Teléfono del lugar:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del lugar en que se servirán las comidas.
4. **Nombre del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta el nombre del niño o participante a quien pertenece la información.
5. **Edad del niño o participante:** Escriba con letra de imprenta la edad del niño o participante. Para bebés, use la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño o participante.
7. **Teléfono:** Escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, madre o tutor.
8. **Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño o participante.
9. **Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:** Describa la dieta específica o adaptación que ha sido prescrita por un profesional de la salud con licencia del estado.
10. **Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:** Si el niño o participante no necesita alguna modificación, marque "Normal".
11. **Alimentos que deben excluirse:** Indique los alimentos específicos que deben excluirse (por ejemplo, excluir la leche líquida).
Sustituciones sugeridas: Indique los alimentos específicos que deben incluirse en la dieta (por ejemplo, jugo fortificado con calcio).
12. **Equipo de adaptación que se debe usar:** Describa el equipo específico necesario para ayudar al niño o participante a comer (por ejemplo, taza con pajilla, cuchara de mango largo, muebles con acceso para silla de ruedas).
13. **Firma del profesional de la salud con licencia del estado:** Firma del profesional de la salud con licencia del estado que solicita la comida especial o adaptación.
14. **Nombre con letra de imprenta:** Nombre con letra de imprenta del profesional de la salud con licencia del estado.
15. **Teléfono:** Número de teléfono del profesional de la salud con licencia del estado.
16. **Fecha:** Fecha en que el profesional de la salud con licencia del estado firmó el formulario.

Citas extraídas de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990 y la Ley de Enmiendas a la ADA (ADA Amendment Act) de 2008:

Una persona con discapacidad se define como toda persona que tiene un impedimento físico o mental que limita una o más de las actividades principales de su vida, tiene un historial de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.

Impedimento físico o mental significa (a) cualquier condición o trastorno fisiológico, desfiguramiento cosmético o pérdida anatómica que afecta uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculoesquelético; órganos de los sentidos especiales; respiratorio; órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; sanguíneo y linfático; de la piel; y endocrino; o (b) cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome orgánico cerebral, enfermedad mental o emocional y discapacidades específicas de aprendizaje.

Actividades principales de la vida incluyen, pero no se limitan a cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, pararse, levantar, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicar y trabajar.

Las **funciones corporales principales** se añadieron a las actividades principales de la vida e incluyen las funciones del sistema inmunológico; el crecimiento normal de las células; y las funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

"Tiene un historial de tal impedimento" significa que la persona tiene un historial de un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida, o ha sido clasificado (o clasificado erróneamente) como que tiene tal impedimento.

Eviar copia original al departamento de Servicios de nutrición, Obtener una copia: Enfermera del plantel escolar, Gerente de cocina.