Use this form to request a meal modification for children participating in any of the U.S. Department of Agriculture’s (USDA) [school nutrition programs](https://portal.ct.gov/SDE/Nutrition/School-Nutrition-Programs), including the National School Lunch Program (NSLP), School Breakfast Program (SBP), Afterschool Snack Program (ASP), Seamless Summer Option (SSO) of the NSLP, Special Milk Program (SMP), Fresh Fruit and Vegetable Program (FFVP), and Child and Adult Care Food Program (CACFP) At-risk Supper Program implemented in schools. For instructions, refer to the Connecticut State Department of Education’s (CSDE) [*Instructions for the Medical Statement for Meal Modifications in School Nutrition Programs*](https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/NSLP/SpecDiet/Medical_Statement_SNP_Instructions.pdf).

**Section A: Completed by Parent or Guardian**

Name of child: Birth date:   
Name of parent or guardian:  
Phone number (with area code): Email address:  
Address: City: State: Zip:

In accordance with the provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 and the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), I hereby authorize my child’s state licensed healthcare professional or registered dietitian listed below to release such protected health information of my child as is necessary for the specific purpose of special diet information to the school district listed below and to freely exchange the information listed on this form and in my child’s records with the school district as necessary. I understand that I may refuse to sign this authorization without impact on the eligibility of my request for a meal modification for my child. I understand that I may rescind permission to release this information at any time, except when the information has already been released.

Name of child’s state licensed healthcare professional or registered dietitian:

Name of school district:  


Signature of parent or guardian: Date:

**Section B: Completed by State Licensed Healthcare Professional or Registered Dietitian**

This section must be completed by the child’s physician (MD), physician assistant (PA or PAC), doctor of osteopathy (DO), advanced practice registered nurse (APRN), or registered dietitian (RD or RDN)

1. **Physical or mental impairment:** Does the child have a physical or mental impairment that restricts the child’s diet?

**No  Yes:** Describe how the child’s physical or mental impairment restricts the child’s diet.

1. **Diet plan:** Explain the meal modification for the child. Attach a specific diet plan, if needed.



1. **Food omissions and substitutions:** List foods to be omitted from the child’s diet and foods to be substituted.



1. **Food texture:** List foods that require a change in texture and describe below. Indicate if all foods should be prepared in this manner.

Cut up or chopped into bite-size pieces  Finely ground  Pureed

**Equipment:** List any special equipment or utensils needed.

1. **Additional information:** Indicate any other information about the child’s eating or feeding patterns that will assist in providing the requested meal modification.



**Signature and Office Stamp of State Licensed Healthcare Professional or Registered Dietitian**

Name: Office stamp:

Signature:

Phone number (with area code):

Date:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/‌default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1. correo: U.S. Department of Agriculture   
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights   
   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)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.El Departamento de Educación del Estado de Connecticut está comprometido con una póliza de igualdad de oportunidades/acción afirmativa para todas las personas calificadas. El Departamento de Educación de Connecticut no discrimina en ninguna práctica laboral, programa de educación o actividad educativa en base a raza; color; credo religioso; edad; sexo; embarazo; orientación sexual; peligros al sistema reproductivo en el lugar de trabajo, identidad o expresión de género; estado civil; origen nacional; ascendencia; represalias por discriminación o coerción previamente opuesta, discapacidad intelectual; información genética; discapacidad de aprendizaje; discapacidad física (incluida, entre otros, ceguera); discapacidad mental (historial pasado/presente de la misma); estado militar o veterano; víctimas de violencia doméstica; o antecedentes penales en el empleo estatal, a menos que haya una calificación ocupacional de buena fe excluyendo a las personas en cualquiera de las clases protegidas antes mencionadas. Las preguntas sobre la póliza de antidiscriminación del Departamento de Educación del Estado de Connecticut deben dirigirse a: Abogado Louis Tudesco, Departamento de Educación del Estado de Connecticut, por correo a 450 Columbus Boulevard, Hartford, CT 06103-1841; o por teléfono al 860-713-6594; o por correo electrónico a [louis.todisco@ct.gov](mailto:louis.todisco@ct.gov).

