**ANWEISUNGEN ZUM FORMULAR FÜR ESSENSÄNDERUNGEN**

**Wichtig!** Entscheiden Sie, welche Art von Antrag benötigt wird (siehe #1 und #2 unten). Anschließend lesen Sie sorgfältig die Schritte für diese Art von Antrag und befolgen sie. Sollte das Formular nicht vollständig sein, wird die Schule/Behörde den Antrag mit den Eltern/Erziehungsberechtigten besprechen. **Wir empfehlen Ihnen, eine Kopie des Formulars aufzubewahren, das bei der Schule/Behörde eingereicht wird.** Wenn Sie Fragen zu diesem Formular haben, wenden Sie sich an die Schule/Behörde.

**Definitionen:**

* Eine "**Einrichtung**" kann eine Schule, ein Kinderbetreuungszentrum, eine Tagesstätte für Erwachsene, ein Kinderbetreuungsheim, eine Trägerorganisation oder eine Institution sein.
* Ein "**Teilnehmer**" wäre ein Schüler, ein Kind oder ein Erwachsener (in einer Kindertagesstätte), der in einer Einrichtung Mahlzeiten erhält.

**Hinweis für Eltern/Erziehungsberechtigte/Teilnehmer:** Gemäß der FNS-Instruktion 783, Rev. 2, Abschnitt V Zusammenarbeit: Bei einem Antrag auf Änderung der Mahlzeit sollten die Mitarbeiter des Verpflegungsdienstes eng mit den Eltern/Erziehungsberechtigten/Teilnehmern oder verantwortlichen Familienmitgliedern sowie mit allen anderen medizinischen und kommunalen Mitarbeitern zusammenarbeiten, die für die Gesundheit, das Wohlergehen und die Erziehung eines Teilnehmers mit einer Erkrankung, die eine wichtige Lebensaktivität einschränkt, verantwortlich sind, um sicherzustellen, dass angemessene Schritte unternommen werden, die die Teilnahme der Person am Mahlzeitendienst ermöglichen.

1. **Antrag auf Änderung der Mahlzeiten aufgrund eines Zustands, der eine wichtige Lebensaktivität einschränkt:**

* Eine Schule/Einrichtung ist **verpflichtet**, eine Änderung der Mahlzeit vorzunehmen, wenn ein Zustand vorliegt, der eine wichtige Lebensaktivität einschränkt. Nachstehend finden Sie weitere Informationen darüber, was als wichtige Lebensaktivität gilt. Ein Teilnehmer muss nicht als "behindert" eingestuft werden, um einen Essenswechsel zu benötigen.
* Wenn Sie eine Änderung der Mahlzeiten beantragen, die aufgrund eines Zustands erfolgt, der eine wichtige Lebensaktivität einschränkt, ist ein Antragsformular für die Änderung der Mahlzeiten erforderlich (ein anderes Formular ist zulässig), das von einer anerkannten medizinischen Autorität unterzeichnet werden muss, wenn die Änderung der Mahlzeiten vom Programm-Mahlzeitenplan abweicht. Bei einer anerkannten medizinischen Autorität handelt es sich um einen Amtsarzt, der zur Ausstellung von Rezepten befugt ist. Die folgenden Abschnitte müssen ausgefüllt werden, wenn ein Änderungsantrag aus diesem Grund eingereicht wird.
  + Teil A dieses Formulars muss von den Eltern/Erziehungsberechtigten/Teilnehmern vervollständigt werden.
  + Teil B dieses Formulars muss von einer anerkannten medizinischen Behörde vervollständigt werden, wenn die Schule/Einrichtung aufgrund der Änderung der Mahlzeit eine Mahlzeit außerhalb des Mahlzeitenplans anbieten muss. Die Mitarbeiter der Schule/Einrichtung können den Eltern/Erziehungsberechtigten/Arzt dabei unterstützen, die Anforderungen an die Mahlzeiten zu verstehen.
  + Wir raten dringend dazu, dass die Eltern/Erziehungsberechtigten Teil C des Formulars unterschreiben.
* Im Falle, dass die Schule/Einrichtung in der Lage ist, den Antrag auf Änderung der Mahlzeiten zu stellen und dabei die Anforderungen an das Mahlzeitenschema einzuhalten, braucht das Formular nicht von einer anerkannten medizinischen Autorität unterzeichnet zu werden. Die Schule/Einrichtung kann jedoch ein ausgefülltes und von einer anerkannten medizinischen Autorität unterzeichnetes Formular zur Änderung der Mahlzeiten verlangen. Wenn die Schule/Einrichtung ein unterschriebenes Formular zur Änderung der Mahlzeit verlangt, muss die Schule/Einrichtung die alternative Mahlzeit anbieten, während sie auf das unterschriebene Formular wartet.
* Einem Antrag auf Änderung der Mahlzeit aufgrund eines Zustands, der eine wichtige Lebensaktivität einschränkt, wird seitens der Schule/Einrichtung so lange Folge geleistet, bis ein Elternteil/Erziehungsberechtigter/anerkannte medizinische Autorität der Schule/Einrichtung mitteilt, dass der Antrag auf Änderung der Mahlzeit nicht mehr erforderlich ist. Die Schule/Behörde kann eine unterzeichnete Erklärung verlangen, um das Ende des Essensänderungsantrags zu dokumentieren.
* Wir empfehlen den Eltern/Erziehungsberechtigten dringend, den Antrag auf Änderung jedes Jahr zu überprüfen, um sicherzustellen, dass die Änderung immer noch korrekt und erforderlich ist.

1. **Antrag auf Änderung der Mahlzeit aufgrund einer Lebensstilentscheidung, allgemeiner gesundheitlicher Bedenken usw.:**

* Eine Schule/Einrichtung ist **nicht verpflichtet**, eine Änderung der Mahlzeiten vorzunehmen, wenn der Antrag auf der Grundlage von Lebensstilentscheidungen, allgemeinen gesundheitlichen Bedenken usw. gestellt wird und eine wichtige Lebensaktivität nicht betroffen ist.
* Falls Sie einen Antrag auf Änderung des Essens aufgrund einer Lebensweise, allgemeiner gesundheitlicher Bedenken usw. stellen, müssen die folgenden Abschnitte ausgefüllt werden, wenn Sie aus diesem Grund einen Antrag auf Änderung des Essens einreichen.
  + Teil A dieses Formulars muss von den Eltern/Erziehungsberechtigten/Teilnehmern ausgefüllt werden.
  + Teil B dieses Formulars muss ausgefüllt werden.
  + Wir raten dringend dazu, dass der Erziehungsberechtigte Teil C des Formulars unterschreibt.
* Wenn die Schule/Einrichtung aus diesem Grund einen Essenswechsel anbietet, wird dieser so lange beibehalten, bis ein Elternteil/Erziehungsberechtigter/medizinische Behörde der Schule/Einrichtung mitteilt, dass der Wechsel nicht mehr erforderlich ist. Die Schule/Einrichtung kann eine unterzeichnete Erklärung verlangen, um das Ende des Essenswechsels zu dokumentieren.
* Wenn die Schule/Einrichtung aus diesem Grund eine Essensänderung vornimmt, empfehlen wir dringend, dass die Eltern/Erziehungsberechtigten den Änderungsantrag jedes Jahr überprüfen, um sicherzustellen, dass die Änderung immer noch korrekt ist.

**42 USC § 12102 - DEFINITION VON BEHINDERUNG**

**(1) Behinderung**

Der Begriff "Behinderung" bedeutet in Bezug auf eine Person

**(A)** eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung, die eine oder mehrere wichtige Lebensaktivitäten einer solchen Person erheblich einschränkt;

**(B)** das Vorliegen einer solchen Beeinträchtigung oder

**(C)** als eine solche Beeinträchtigung angesehen wird (wie in Absatz (3) beschrieben).

**(2) Wichtige Lebensaktivitäten**

**(A) Im Allgemeinen**

Im Sinne von Absatz (1) zählen zu den wichtigsten Lebensaktivitäten unter anderem: für sich selbst sorgen, manuelle Tätigkeiten ausführen, sehen, hören, essen, schlafen, gehen, stehen, heben, bücken, sprechen, atmen, lernen, lesen, sich konzentrieren, denken, kommunizieren und arbeiten.

**(B) Wesentliche Körperfunktionen**

Im Sinne von Absatz (1) umfasst eine wichtige Lebensaktivität auch den Betrieb einer wesentlichen Körperfunktion, einschließlich, aber nicht beschränkt auf: Funktionen des Immunsystems, normales Zellwachstum, Verdauungs-, Darm-, Blasen-, neurologische, Gehirn-, Atmungs-, Kreislauf-, endokrine und Fortpflanzungsfunktionen.

**(3) Als solche Beeinträchtigung gilt**

Im Sinne von Absatz (1) (C):

**(A)** Eine Person entspricht dem Erfordernis "als mit einer solchen Beeinträchtigung betrachtet zu werden", wenn sie nachweisen kann, dass sie aufgrund einer tatsächlichen oder wahrgenommenen körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung einer nach diesem Kapitel verbotenen Handlung ausgesetzt war, unabhängig davon, ob die Beeinträchtigung eine wichtige Lebensaktivität einschränkt oder als einschränkend empfunden wird oder nicht.

Ein Teilnehmer muss nicht als "behindert" eingestuft werden, um eine Änderung der Mahlzeiten zu benötigen.

**Definition der anerkannten medizinischen Autorität**

Laut den USDA-Memos SP 26-2017, CACFP 14-2017 und SFSP 10-2017 kann eine staatlich zugelassene medizinische Fachkraft, die berechtigt ist, medizinische Rezepte auszustellen, die ärztliche Erklärung unterzeichnen.

Zusätzlich zu Ärzten (MD), Ärzten der Osteopathie (DO), Krankenpflegern (Nurse Practitioner) und Arzthelfern (Physician Assistant, PA) erkennt das South Dakota Board of Osteopathic Medical Examiners zertifizierte Krankenpfleger (Certified Nurse Practitioner, CNP) und zertifizierte Hebammen (Certified Nurse Midwives, CNM) als fähig an, Rezepte auszustellen, und somit als anerkannte medizinische Autoritäten, die einen Antrag auf Änderung der Mahlzeit unterzeichnen können.

Die Lizenzierung von Ärzten (gemäß SDCL 36-4-9) gilt nicht für Chiropraktiker, Optiker, Zahnärzte, Kieferorthopäden oder Physiotherapeuten. Auch wenn einige der oben genannten Gesundheitsdienstleister den Titel "Dr." vor ihrem Namen führen, dürfen nur Ärzte mit einer Zulassung gemäß SDCL 36-4-9 die Buchstaben M.D. oder D.O. an ihren Namen anhängen (SDCL 36-4-9). Aus diesem Grund werden Unterschriften auf Anträgen auf Änderung der Mahlzeiten, die auf Erkrankungen beruhen, die sich auf die wichtigsten Lebensaktivitäten auswirken, nur dann als gültig angesehen, wenn der Arzt die Buchstaben M.D. oder D.O. hinter seinem Namen verwendet oder dafür zugelassen ist.

Ein Elternteil, das ein M.D., D.O., PA, CNP oder CNM ist, kann den Antrag auf Änderung der Mahlzeiten für sein eigenes Kind unterschreiben.

**FORMULAR FÜR ESSENSÄNDERUNGEN**

**\* Bewahren Sie eine Kopie des ausgefüllten Formulars für Ihre Unterlagen auf.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teil A - Kontaktinformationen des Teilnehmers, der Eltern/Erziehungsberechtigten und der Schule/Behörde –** Auszufüllen von einem Elternteil/Erziehungsberechtigten oder einer Kontaktperson der Schule/Agentur - | | | | | | | | | | | |
| **1. Name der Schule/Einrichtung** | | | **2. Standortname (falls zutreffend)** | | | | | **3. Schule/Einrichtung Telefon** | | | |
| **4. Name des Teilnehmers/Studenten** | | | | | | | | **5. Geburtsdatum** | | | |
| **6. Name des Elternteils oder Erziehungsberechtigten** | | | | | | | | **7. Eltern/Erziehungsberechtigte Telefon** | | | |
| **Teil B - Essensänderung –** Von einer medizinischen Autorität auszufüllen (staatlich lizenziertes medizinisches Fachpersonal, das zur Ausstellung von Rezepten befugt ist), wenn die Änderung außerhalb des Essensplans liegt. Die Schule/Agentur kann Ihnen dabei helfen, die Anforderungen an das Essensschema zu verstehen. | | | | | | | | | | | |
| **8. Eins ankreuzen:**   a. Teilnehmer hat eine **Beschwerde, die eine wichtige Lebensaktivität einschränkt**.   b. Teilnehmer hat keine Beschwerde, die eine wichtige Lebensaktivität einschränkt. | | | | | | | | | | | |
| **9. Geben Sie den Zustand, die Lebensmittelallergie/-unverträglichkeit, den medizinischen Zustand oder den Grund an, aus dem eine Essensänderung erforderlich ist (verwenden Sie bei Bedarf zusätzliche Seiten):** | | | | | | | | | | | |
| **10. Wenn der Teilnehmer an einer Beschwerde leidet,** die eine wichtige Lebensaktivität einschränkt (siehe Definition auf der Seite mit den Anweisungen), **geben Sie eine kurze Beschreibung der wichtigen Lebensaktivität** (siehe Liste auf der Seite mit den Anweisungen), die **durch die Beschwerde beeinträchtig**t wird (z. B. eine Allergie gegen Erdnüsse beeinträchtigt die Fähigkeit zu atmen):  Ankreuzen, wenn nicht zutreffend | | | | | | | | | | | |
| **11. Geänderte Textur:**      Nicht zutreffend   Geschnitten   Gehackt   Püriert | | | | **12. Geänderte Dicke:**      Nicht zutreffend  Nektar   Honig   Löffel oder Pudding Dick | | | | | | | |
| **13. Wegzulassende und zu ersetzende Lebensmittel: (Führen Sie die wegzulassenden Lebensmittel und die vorgeschlagenen Ersatzprodukte auf. Bei Bedarf können Sie eine separate Seite mit weiteren Informationen unterschreiben und anhängen).**  Ankreuzen, wenn nicht zutreffend  **A. Wegzulassende Lebensmittel** **B. Vorgeschlagene Ersatzstoffe** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | | | |  |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **14. Zusätzliche Informationen: (z. B. spezielle Fütterungsgeräte, Art der Mahlzeitenänderung usw.).** | | | | | | | | | | | |
| **15. Unterschrift des Bearbeiters**  **(Wenn keine ärztliche Genehmigung erforderlich ist)** | | **16. Name (Druckbuchstaben)** | | | | | **17. Telefonnummer** | | | **18. Datum** | |
| **19. Unterschrift der medizinischen Autorität/Titel** | | **20. Name (Druckbuchstaben)** | | | | | **21. Telefonnummer** | | | **22. Datum** | |
| **Teil C - Erlaubnis der Eltern/Erziehungsberechtigten –** Von einem Elternteil/Erziehungsberechtigten auszufüllen (nicht erforderlich, aber empfohlen) | | | | | | | | | | | |
| Ich erteile dem Personal der Schule/Einrichtung, das für die Umsetzung der Essensänderung meines Kindes verantwortlich ist, die Erlaubnis, die Essensänderung meines Kindes mit dem entsprechenden Personal der Schule/Einrichtung zu besprechen und die Essensänderung für die Mahlzeiten meines Kindes in der Schule/Einrichtung umzusetzen. Außerdem erteile ich der medizinischen Behörde meines Kindes die Erlaubnis, die Änderung der Mahlzeiten auf diesem Formular näher zu erläutern, falls das Personal der Schule/Behörde dies wünscht. | | | | | | | | | | | |
| **23. Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:** | | | | | | | | | **24. Datum:** | | |
| **Teil D - Antrag auf Änderung für flüssige Kuhmilch aufgrund allgemeiner gesundheitlicher Bedenken –** Von einem Elternteil/Erziehungsberechtigten auszufüllen. | | | | | | | | | | | |
| 25. Für einen Schüler, der nicht an einer beeinträchtigten Lebensaktivität leidet, sind die einzigen vom USDA zugelassenen flüssigen Kuhmilchersatzprodukte:  (a) Laktosefreie oder laktosereduzierte flüssige Kuhmilch,  (b) flüssige Ziegenmilch,  (c) Buttermilch,  (d) Sauermilch, oder  (e) Nicht-Milchgetränke mit einem Nährwertprofil, das dem von flüssiger Kuhmilch entspricht, wie in den Bundesvorschriften festgelegt.  Anstelle von flüssiger Kuhmilch geben Sie der in Teil A dieses Formulars genannten Person bitte den folgenden Ersatz (bitte EINES ankreuzen):  Laktosefreie Milch  Laktosearme Milch  Flüssige Ziegenmilch  Buttermilch  Sauermilch  Milchfreies Getränk mit einem Nährstoffprofil, das dem von flüssiger Kuhmilch gemäß den Bundesvorschriften entspricht  **Wenn ein Milchersatz nicht dem Nährstoffprofil von flüssiger Kuhmilch entspricht, muss eine wichtige Lebensaktivität betroffen sein und eine anerkannte medizinische Autorität muss Teil B ausfüllen und das Formular unterschreiben.** | | | | | | | | | | | |
| **26. Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:** | | | | | | | | | **27. Datum:** | | |

Gemäß den Bundesgesetzen zu Bürgerrechten und den Vorschriften und Richtlinien des US-Landwirtschaftsministeriums (USDA) zu Bürgerrechten ist es dem USDA, seinen Agenturen, Ämtern und Mitarbeitern sowie Institutionen, die an USDA-Programmen teilnehmen oder diese verwalten, untersagt, in Programmen oder Aktivitäten, die vom USDA durchgeführt oder finanziert werden, aufgrund von Rasse, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Geschlecht, Behinderung, Alter oder Repressalien oder Vergeltungsmaßnahmen für frühere Bürgerrechtsaktivitäten zu diskriminieren.

Menschen mit Behinderungen, die für die Bereitstellung von Programminformationen alternative Kommunikationsmittel benötigen (z. B. Braille-Schrift, Großdruck, Tonband, amerikanische Gebärdensprache usw.), wenden sich bitte an die (staatliche oder lokale) Behörde, bei der sie die Leistungen beantragt haben. Gehörlose, schwerhörige oder sprachbehinderte Personen können das USDA über den Federal Relay Service unter (800) 877-8339 kontaktieren. Zusätzlich können Programminformationen in anderen Sprachen als Englisch zur Verfügung gestellt werden.   
  
Um eine Diskriminierungsbeschwerde einzureichen, füllen Sie das USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-3027) aus, das Sie online unter <http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html>, und in jedem USDA-Büro finden, oder schreiben Sie einen Brief an das USDA und geben Sie darin alle im Formular geforderten Informationen an. Eine Kopie des Beschwerdeformulars können Sie telefonisch unter (866) 632-9992 anfordern. Senden Sie das ausgefüllte Formular oder den Brief an das USDA per:  
  
(1) Post: 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; oder

(3) E-Mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).   
  
Diese Einrichtung bietet Chancengleichheit.