

## 申请特殊餐食和/或调整的医学声明

联邦法律和美国农业部法规要求对儿童营养计划进行合理修改，以满足残疾儿童要求。根据法律，残疾是一种损害，它极大地限制了主要的生活活动或身体机能，包括过敏和消化系统疾病，但不包括个人饮食偏好。

站点/提供者名称:	提交此表格至:
-----------	---------

**第一部分** 由父母/监护人、成年参与者填写，或由 \_\_\_\_\_ 填写。

参与者姓名: _____
父母/监护人姓名: _____ 电话 #: _____

**第二部分** 仅由根据州法律授权，具备编写医疗处方资质的州许可医疗保健专业人员填写\*。请回答问题 1-3。

1 描述参与者的身体或精神障碍，导致影响其主要生活活动或主要身体机能，因而需要对饮食做出限制： _____ _____
2 餐食调整计划（删去或避免使用的食物） _____ _____
3 要替代的食物和推荐的替代品（包括成分微调和调整） _____ _____
有执照的医疗保健专业人员签字*：  _____ 打印姓名                      _____ 签名                      _____ 日期

**第三部分** 仅供 \_\_\_\_\_ 使用

调整: _____
赞助商签名: _____ 日期: _____

### 填写医疗声明以申请特殊膳食和/或餐食调整表格的说明：

1. **机构名称：**填写提供表格的赞助机构名称
2. **提交此表格至：**填写负责收集完整表格的组织工作人员的姓名和联系信息
3. **站点/提供者名称：**填写提供餐食的站点名称（例如，ABC 学校，XYZ 儿童保育中心）
4. **第一部分：**本部分可由**父母/监护人、成年参与者或机构填写**
  - a. **参与者姓名：**填写儿童或成年参与者的姓名
  - b. **父母/监护人姓名：**填写父母或监护人的姓名成年参与者不必填写此部分。
  - c. **电话 #：**填写父母/监护人的电话，以解决出现的任何问题
5. **第二部分：**本部分必须由**获得州医疗许可的医疗保健专业人员**完成：
  - a. 第 1 部分 —— **描述：**参与者的身体或精神障碍，导致影响其主要生活活动或主要身体机能，因而需要对饮食做出限制：
  - b. 第 2 部分 —— **餐食调整计划：**填写任何需要删去或避免出现在食谱中的食物
  - c. 第 3 部分 —— **替代使用的食物和推荐的替换餐品：**填写餐食的成分微调和调整情况。
6. **第三部分：**此部分必须在第一和第二部分填写完成后，由赞助机构填写。
  - a. **调整：**赞助机构的工作人员将说明，针对第二部分中提出的请求可提供哪些便利。
  - b. **赞助人签字和日期：**赞助机构的工作人员将在表格上签名并注明日期。 如果此部分未填写，此表视为未完成。

此表格仅适用于需要医疗餐食调整的参与者，并应由有执照的医疗专业人员填写。申请非医疗目的的餐食调整和/或牛奶替代品的参与者应当填写餐食偏好申请表。

**\*获得州医疗许可的医疗保健专业人员：**医学博士（MD）；整骨医生（DO）；自然疗法医生（ND）；医师助理（PA）；经认证的执业护士或临床护士专家；牙科医学博士（DMD）；牙科医生（DDS）；验光医生（OD）