

بيان طبي لطلب وجبات و/أو تسهيلات خاصة

يتطلب القانون الفيدرالي ولوائح وزارة الزراعة الأمريكية من برامج تغذية الأطفال إجراء تعديلات معقولة لاستيعاب الأطفال ذوي الإعاقة. بموجب القانون، الإعاقة هي إعاقة تحد بشكل كبير من نشاط حياتي رئيسي أو وظيفة جسدية رئيسية، والتي يمكن أن تشمل الحساسية وحالات الجهاز الهضمي، ولكنها لا تشمل التفضيلات الغذائية الشخصية.

اسم الموقع/ مقدم الخدمة:	تُقَدَّم هذه الاستمارة إلى:
_____	_____

الجزء الأول يجب تعبئته بواسطة ولي الأمر/ الوصي أو المشارك البالغ أو المنظمة

اسم المشارك:	_____
اسم ولي الأمر / الوصي:	_____
رقم الهاتف:	_____

الجزء الثاني لا يتم تعبئته/لا عن طريق مختص رعاية صحية مرخص من قبل الولاية ومفوض لكتابة وصفات طبية وفقاً لقانون الولاية* أو اختصاصي تغذية مسجل** (برنامج الأغذية العالمي للطفل والبرنامج الوطني للطعام الجاهز فقط).

1. صف النشاط الحيائي الرئيسي أو الوظيفة (الوظائف) الجسدية الرئيسية التي تتأثر بالإعاقة الجسدية أو العقلية للمشارك والتي تقيد النظام الغذائي:		

2. خطة تعديل الوجبات (الأطعمة التي يجب حذفها أو تجنبها):		

3. الأطعمة التي سيتم استبدالها والبدائل الموصى بها (بما في ذلك التعديل والتكيف):		

توقيع أخصائي الرعاية الصحية المرخص له من الدولة* أو أخصائي التغذية المسجل**:		

الاسم المطبوع	التوقيع	التاريخ
_____	_____	_____

الجزء الثالث لاستخدام المنظمة فقط

التعديل/ التعديلات التي تمت:	_____
توقيع الشركة الراعية:	_____
التاريخ	_____

إرشادات لاستكمال استمارة طلب تفضيل الوجبات:

1. اسم المنظمة: قم بتضمين اسم المنظمة الراعية التي تقدم الاستمارة
2. اسم الموقع/ مقدم الخدمة: اطبع اسم الموقع الذي ستقدم فيه الوجبات (على سبيل المثال، مدرسة ABC، مركز رعاية الطفل XYZ) أرسل هذه الاستمارة إلى:
3. تقدم هذه الاستمارة إلى: قم بتضمين اسم ومعلومات الاتصال الخاصة بموظفي المنظمة التي ستتولى جمع الاستمارة المكتملة
4. الجزء الأول: يمكن تعبئة هذا القسم بواسطة ولي الأمر/ الوصي أو المشارك البالغ أو المنظمة
 - a. اسم المشارك: اطبع الاسم الأول واسم العائلة للطفل أو المشارك البالغ
 - b. اسم ولي الأمر / الوصي: اطبع الاسم الأول واسم العائلة لولي الأمر أو الوصي. هذا الجزء غير مطلوب للمشاركين البالغين.
 - c. رقم الهاتف: قم بتضمين رقم ولي الأمر/الوصي في حالة وجود أسئلة
5. الجزء الثاني: يجب إكمال هذا القسم من قبل أخصائي رعاية صحية مرخص من الدولة* أو أخصائي تغذية مسجل**:
 - a. في القسم 1 - صف: النشاط الحياتي الرئيسي أو الوظيفة الجسدية الرئيسية التي تتأثر بالإعاقة الجسدية أو العقلية للمشارك والتي تقيد النظام الغذائي.
 - b. في القسم 2 - خطة تعديل الوجبة: قدم أي أطعمة يجب حذفها أو تجنبها.
 - c. في القسم 3 - الأطعمة التي سيتم استبدالها والبدائل الموصى بها: قدم التعديل والتكيف.
6. الجزء الثالث: يجب إكمال هذا القسم من قبل المنظمة الراعية بعد اكتمال الجزأين الأول والثاني.
 - a. التعديلات التي تمت: سيشير موظفو المنظمة الراعية إلى التعديلات التي سيتم توفيرها للطلبات المقدمة في الجزء الثاني.
 - b. توقيع المنظمة الراعية والتاريخ: سيقوم موظفو المنظمة الراعية بالتوقيع على النموذج وتاريخه.

هذه الاستمارة مخصصة فقط للمشاركين الذين يحتاجون إلى تعديل طبي للوجبات ويجب تعبئتها من قبل أخصائي طبي مرخص من الدولة* أو أخصائي تغذية مسجل**. سيستخدم المشاركون الذين يطلبون الحصول على تعديل لوجبة غير طبية و/أو بديل للحليب استمارة طلب تفضيل الوجبات.

* يشمل أخصائيو الرعاية الصحية المرخصون من الدولة ما يلي: أطباء الطب؛ أطباء تقويم العظام؛ أطباء العلاج الطبيعي؛ مساعد طبيب؛ ممرض ممارس معتمد أو أخصائي تمريض سريري؛ دكتور في طب الأسنان؛ دكتور في جراحة الأسنان؛ دكتور في البصريات.

** أخصائي تغذية مسجل مصرح له من قبل وزارة الزراعة الأمريكية في 7 CFR 210.10(m) and 7 CFR 226.20(g)(1) لإكمال وتوقيع البيانات الطبية للمشاركين في برنامج الأغذية العالمي للطفل والبرنامج الوطني للطعام الجاهز فقط.