

بيان طبي لطلب وجبات وأو تسهيلات خاصة

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

تُقدم هذه الاستماراة إلى:	اسم الموقع/ مقدم الخدمة:
---------------------------	--------------------------

الجزء الأول يجب تعبئته بواسطةولي الأمر / الوصي أو المشارك البالغ أو المنظمة

اسم المشارك:
رقم الهاتف:
اسمولي الأمر / الوصي:

الجزء الثاني لا يتم تعييـنه إلا عن طريق مختص رعاية صحـية مرخص من قبل الولاـية وموـض لكتـابة وصفـات طـبـية وفقـاً لـقاـنـون الـولاـية* أو اـختـصاصـي تـغـذـية مـسـجـل** (برـنـامـج الأـغـذـية العـالـمـي لـلـطـفـل وـالـبرـنـامـج الـوطـنـي لـلـطـعـام الـجاـهـز فـقـطـ).

1. صـف النـشـاطـ الحـيـاتـيـ الرـئـيـسيـ أوـ الـوظـيفـةـ (الـوـظـافـ) الجـسـديـ الرـئـيـسيـ النـتـائـجـ الـتـيـ تـتـأـثـرـ بـالـإـعـاقـةـ الـجـسـديـ أوـ الـعـقـلـيـ الـمـشـارـكـ وـالـتـيـ تـقـيـدـ النـظـامـ الـغـذـائـيـ:

2. خـطـةـ تـعـدـيلـ الـوجـبـاتـ (الـأـطـعـمـةـ الـتـيـ يـجـبـ حـذـفـهـاـ أوـ تـجـنبـهـاـ):

3. الـأـطـعـمـةـ الـتـيـ سـيـتـمـ استـبـالـهـاـ وـالـبـدـائـلـ الـمـوـصـىـ بـهـاـ (بـماـ فـيـ ذـكـ التـعـدـيلـ وـالـتـكـيفـ):

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

التاريخ	التوقيع	الاسم المطبوع
---------	---------	---------------

الجزء الثالث لاستخدام المنظمة فقط

التعديل/ التعديلات التي تمت:
التاريخ
توقيع الشركة الراعية:

إرشادات لاستكمال استمار 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. **تُقدم هذه الاستمارة إلى:** قم بتضمين اسم ومعلومات الاتصال الخاصة بموظفي المنظمة التي ستولى جمع الاستمارة المكتملة
4. **الجزء الأول:** يمكن تعبيء هذا القسم بواسطة ولد الأمر / الوصي أو المشارك البالغ أو المنظمة
 - a. **اسم المشارك:** اطبع الاسم الأول واسم العائلة للطفل أو المشارك البالغ
 - b. **اسم ولد الأمر / الوصي:** اطبع الاسم الأول واسم العائلة لولي الأمر أو الوصي. هذا الجزء غير مطلوب للمشاركين البالغين.
 - c. **رقم الهاتف:** قم بتضمين رقم ولد 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 - صنف: النشاط الحيوي 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 والتكييف.
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.

ستعتبر هذه الاستمارة غير مكتملة إذا لم يتم تعبيء هذا القسم.

هذه الاستمارة مخصصة فقط للمشاركين الذين يحتاجون إلى تعديل طبي للوجبات ويجب تعبيتها من قبل أخصائي طبي مرخص من الدولة* أو أخصائي تغذية مسجل**. سيستخدم المشاركون الذين يطلبون الحصول على تعديل لوجبة غير طيبة و/أو بديل لللحيف 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.