

Медицинское заключение, требуемое для подачи Заявления о предоставлении участнику программы специального питания и/или особого рациона, учитывающего его/её индивидуальные потребности

В соответствии с Федеральными законом и нормативными актами Министерства сельского хозяйства США (USDA, United States Department of Agriculture) требуется, чтобы в Программу здорового питания для детей были внесены обоснованные изменения, направленные на удовлетворение особых потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья. Согласно закону, инвалидность – это нарушение здоровья человека, существенно ограничивающее главные аспекты жизнедеятельности или функций его организма в связи с такими проблемами, как аллергии и заболевания органов пищеварения – при котором, однако, не учитываются его индивидуальные диетические предпочтения.

Учреждение/Имя поставщика услуг:	Подайте эту форму по адресу/на имя:
----------------------------------	-------------------------------------

Часть I Заполняется родителем/опекуном, совершеннолетним участником программы или организацией

Имя и фамилия участника программы:	Имя и фамилия родителя/опекуна:	Номер телефона:
------------------------------------	---------------------------------	-----------------

Часть II Заполняется *исключительно* медицинским специалистом, имеющим лицензию штата, который уполномочен выписывать рецепты на лекарства в соответствии с законодательством штата*, или дипломированным и сертифицированным диетологом** (только для программ CACFP- Child and Adult Care Food Program и SNP- School Nutrition Program).

1. **Опишите** основной аспект жизнедеятельности или основные функции организма, на которые влияют физические или психические нарушения участника программы, ограничивающие рацион его питания:

2. **План составления особого рациона питания** (продукты, которые следует исключить или которых следует избегать):

3. **Продукты, подлежащие замене, и рекомендуемые альтернативные виды продуктов** (включите внесённые изменения и рацион, соответствующий индивидуальным потребностям участника программы):

Подпись медицинского специалиста, имеющего лицензию штата* или дипломированного и сертифицированного диетолога**

Расшифровка подписи печатными буквами

Подпись

Дата

Часть III Исключительно для использования организацией

Accommodation(s) Made:	Date
Sponsor Signature:	

Инструкции по заполнению Формы заявления о предоставлении специального питания с учётом предпочтений участника программы в еде:

1. **Название организации:** Укажите название организации-спонсора, предоставляющей форму
2. **Название объекта/поставщика услуг:** Введите название объекта, где будут подаваться блюда (например, школа ABC, центр по уходу за детьми XYZ).
3. **Отправьте эту форму по адресу:** Укажите имя/фамилию и контактную информацию для сотрудников организации, которые будут принимать заполненную форму
4. **Часть I:** Этот раздел может быть заполнен **родителем/опекуном, взрослым участником или организацией**
 - a. **Имя участника:** Введите имя и фамилию ребёнка или взрослого участника программы.
 - b. **Имя родителя/опекуна:** Введите имя и фамилию родителя или опекуна. Для совершеннолетних участников это не требуется.
 - c. **Номер телефона:** Укажите номер родителя/опекуна на тот случай, если возникнут вопросы
5. **Часть II:** Этот раздел должен быть заполнен **медицинским специалистом, имеющим лицензию штата* или дипломированным и сертифицированным диетологом**:**
 - a. В разделе 1 – **Опишите:** Главные аспекты жизнедеятельности или основные функции организма, на которые влияют физические или психические нарушения участника, ограничивающие рацион его питания.
 - b. В разделе 2 – **"План составления особого рациона питания":** Укажите, какие продукты следует исключить, и каких продуктов следует избегать.
 - c. В разделе 3 – **"Продукты, которые следует заменить, и рекомендуемые альтернативные продукты":** Укажите изменения и составленный рацион питания, соответствующий особым потребностям участника программы
6. **Часть III:** Данный раздел должен быть заполнен организацией-спонсором после заполнения Части I и Части II.
 - a. **Внесенные изменения, направленные на удовлетворение особых потребностей участника:** Сотрудники организации-спонсора укажут, какие изменения будут внесены в соответствии с Заявлением, изложенным в Части II.
 - b. **Подпись спонсора и дата:** Сотрудники организации-спонсора подпишут форму и проставят на ней дату.

Если этот раздел не будет заполнен, данная форма будет считаться неполной.

Эта форма предназначена только для тех участников, которым требуется особый рацион питания по медицинским показаниям; она должна быть заполнена медицинским специалистом, имеющим лицензию штата* или дипломированным и сертифицированным диетологом**. Участники программ, подающие просьбу об особым рационе питания по немедицинским показаниям, и/или о замене молока, должны заполнить «Форму заявления на предоставление рациона с учётом предпочтений в питании».

***Медицинские специалисты, имеющие лицензию штата**, включают: Докторов медицины (MD); Докторов остеопатии (DO); Докторов натурапатии (ND); Фельдшеров (PA); Дипломированных и сертифицированных медсестёр (CNP) или Клинических медсестер-специалистов (CNS), Докторов стоматологии (DMD); Докторов стоматологической хирургии (DDS); Докторов оптометрии (OD).

****Дипломированный и сертифицированный диетолог (RD/RDN)** в соответствии с положениями 7 CFR 210.10(m) и 7 CFR 226.20(g)(1) Кодекса федеральных правил, уполномочен Министерством сельского хозяйства США заполнять и подписывать медицинские заключения для участников программ SNP и CACFP.