

**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.

<b>Учреждение/Имя поставщика услуг:</b> _____	<b>Подайте эту форму по адресу/на имя:</b> _____
--	---

**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. <b>Опишите</b> основной аспект жизнедеятельности или основные функции организма, на которые влияют физические или психические нарушения участника программы, ограничивающие рацион его питания:		
_____		
_____		
_____		
2. <b>План составления особого рациона питания (продукты, которые следует исключить или которых следует избегать):</b>		
_____		
_____		
_____		
3. <b>Продукты, подлежащие замене, и рекомендуемые альтернативные виды продуктов (включите внесённые изменения и рацион, соответствующий индивидуальным потребностям участника программы):</b>		
_____		
_____		
_____		
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: _____	
Sponsor Signature: _____	Date _____

**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 особом 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 натуропатии (ND); Фельдшеров (PA); Дипломированных и сертифицированных практикующих 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.