

Медицинское заключение о необходимости специального рациона питания и (или) соответствующей адаптации рациона

В соответствии с требованиями федерального законодательства и положением Министерства сельского хозяйства США все программы детского питания обязаны вносить обоснованные изменения в рационы питания, чтобы адаптировать их для детей с инвалидностью. По закону инвалидностью считается нарушение, которое существенно ограничивает важные аспекты жизнедеятельности или функции организма. К таким нарушениям могут относиться аллергические заболевания и расстройства пищеварительной системы без учета личных предпочтений в вопросах питания.

Название учреждения / имя и фамилия поставщика услуг:	Кому следует отправить данную форму:
--	---

Часть I. Заполняется родителем/опекуном, взрослым участником или

Имя и фамилия участника: _____	
Имя и фамилия родителя/опекуна: _____	Телефон: _____

Часть II. Заполняется только медицинским специалистом, деятельность которого лицензирована штатом и который уполномочен выдавать врачебные назначения в соответствии с законодательством штата*. Ответьте на вопросы 1–3.

1. Опишите важный аспект жизнедеятельности или основную функцию организма, затронутую физическим или психическим нарушением участника, в связи с которым возникает необходимость в ограничении рациона питания: _____ _____		
2. План адаптации рациона питания (продукты, которые следует исключить или которых следует избегать): _____ _____		
3. Продукты, подлежащие замене, и рекомендуемые альтернативы (включая изменения и адаптацию): _____ _____		
Подпись лицензированного медицинского специалиста*: _____		
Имя и фамилия (разборчиво) _____	Подпись _____	Дата _____

Часть III. Заполняется организацией

Осуществленная адаптация: _____ _____	
Подпись спонсора: _____	Дата: _____

Данное учреждение предоставляет всем равные возможности.

Указания по заполнению формы медицинского заключения о необходимости специального рациона питания и (или) соответствующей адаптации рациона

1. **Название организации.** Укажите название спонсирующей организации, предоставившей данную форму.
2. **Кому следует отправить данную форму.** Укажите имя, фамилию и контактные данные сотрудника организации, который будет собирать заполненные формы.
3. **Название учреждения / имя и фамилия поставщика услуг.** Укажите разборчиво название учреждения, в котором будет предоставляться питание (например, школа ABC, детский центр XYZ).
4. **Часть I.** Эта часть может заполняться **родителем/опекуном, взрослым участником или организацией.**
 - a. **Имя и фамилия участника/** Укажите разборчиво имя и фамилию ребенка или взрослого участника.
 - b. **Имя и фамилия родителя/опекуна.** Укажите разборчиво имя и фамилию родителя или опекуна. Взрослым участникам заполнять это поле не нужно.
 - c. **Телефон.** Укажите номер телефона родителя/опекуна на случай возникновения вопросов.
5. **Часть II.** Эта часть должна заполняться **медицинским специалистом, лицензированным на уровне штата:**
 - a. В разделе 1 **опишите** важный аспект жизнедеятельности или основную функцию организма, затронутую физическим или психическим нарушением участника, в связи с которым возникает необходимость в ограничении рациона питания.
 - b. В разделе 2 «**План адаптации рациона питания**» укажите все продукты, которые следует исключить или которых следует избегать.
 - c. В разделе 3 «**Продукты, подлежащие замене, и рекомендуемые альтернативы**» опишите требуемые изменения и адаптацию.
6. **Часть III.** Эта часть должна заполняться спонсирующей организацией после заполнения частей I и II.
 - a. **Осуществленная адаптация.** Сотрудник спонсирующей организации обязан указать, какая адаптация будет осуществлена по просьбе, высказанной в части II.
 - b. **Подпись спонсора и дата.** Сотрудник спонсирующей организации обязан подписать форму и указать дату подписания. Если этот раздел не заполнен, форма будет считаться неполной.

Данная форма предназначена исключительно для участников, которым требуется адаптация рациона питания по медицинским показаниям; она должна заполняться лицензированным медицинским специалистом. Участникам, которые хотели бы изменить рацион питания в отсутствие медицинских показаний и (или) заменить молоко эквивалентным немолочным продуктом, следует воспользоваться формой «Предпочтения в рационе питания».

* **медицинским специалистом, лицензированным на уровне штата:** врачом (MD); остеопатом (DO); натуропатом (ND); фельдшером (PA); сертифицированной практикующей медсестрой или клиническим специалистом среднего звена; стоматологом (DMD); хирургом-стоматологом (DDS); или окулистом (OD).