

申請特殊膳食和/或調整的醫療聲明

聯邦法律和美國農業部法規要求兒童營養計畫做出合理調整，以滿足殘疾兒童的需求。根據法律規定，殘疾是指嚴重限制主要生活活動或身體功能的損傷，包括過敏和消化系統疾病，但不包括個人飲食偏好。

網站/提供者名稱: <hr/>	請將此表提交至: <hr/>
--------------------	-------------------

第一部分 由家長/監護人、成年參與者或組織填寫

參與者姓名: _____

家長/監護人的姓名: _____

電話號碼: _____

第二部分 只能由根據州法律* 有權開具醫療處方的持有州執照的專業醫務人員或註冊營養師** (僅限 CACFP 和 SNP) 填寫。

1. 描述參與者受到限制飲食的身體或精神障礙影響的主要生活活動或主要身體機能:

2. 膳食調配計畫 (應省略或避免的食物):

3. 可替代的食物和建議的替代品 (包括修改和調整):

州執業醫療保健專業人員*或註冊營養師**簽名:

_____ 姓名 (楷體) _____ 簽名 _____ 日期

第三部分 僅限組織使用

已做出的調整: _____

贊助方簽名: _____ 日期 _____

膳食優惠申請表填寫說明：

1. **組織名稱：**包括提供表格的贊助機構名稱
2. **網站/提供者名稱：**填寫供餐地點的名稱（例如 ABC 學校、XYZ 兒童保育中心）
3. **請將此表提交至：**包括負責收集已填寫表格的組織工作人員的姓名和聯繫資訊
4. **第一部分：**這部分由家長/監護人、成年參與者或組織填寫
 - a. **參與者姓名：**填寫兒童或成人參與者的姓和名
 - b. **家長/監護人的姓名：**填寫家長或監護人的姓和名。成人參與者不需要填寫。
 - c. **電話號碼：**附上家長/監護人的電話號碼，以備詢問
5. **第二部分：**這部分必須由**持有州執照的專業醫務人員*或註冊營養師****填寫
 - a. **第一條 -描述：**參與者受到限制飲食的身體或精神障礙影響的主要生活活動或主要身體機能。
 - b. **第 2 條 -膳食調整計畫：**提供任何需要省略或避免的食物。
 - c. **第 3 條 -可替代的食物和建議的替代品：**提供修改和調整。
6. **第三部分：**這部分必須由贊助組織在填寫完第一和第二部分後填寫。
 - a. **已做出的調整：**贊助機構工作人員將說明將為第二部分中提出的要求提供哪些調整。
 - b. **贊助方簽名並注明日期：**贊助機構工作人員將在表格上簽名並注明日期。
如果未填寫這一部分，本表將被視為不完整。

本表僅適用於需要醫療膳食調整的參與者，應由**持有州執照的專業醫務人員*或註冊營養師****填寫。申請非醫療膳食調整和/或牛奶替代品的參與者將使用膳食偏好申請表。

***持有州執照的專業醫務人員**包括：內科醫生 (MD); 骨科醫醫生 (DO); 自然療法醫生 (ND); 內科助理醫師 (PA); 註冊執業護士 (CNP) 或臨床專科護士 (CNS); 牙科醫生(DMD); 牙科手術醫生 (DDS); 驗光配鏡醫師 (OD)。

****註冊營養師 (RD/RDN)** 按美國農業部在 7 CFR 210.10(m) 和 7 CFR 226.20(g)(1) 中授權填寫並簽署 SNP 和 CACFP 參與者的醫療聲明。