

餐食调整申请表

站点/提供者名称:	提交此表格至:
-----------	---------

第一部分 由父母/监护人、成年参与者填写，或由 _____ 填写。

参与者姓名: _____
父母/监护人姓名: _____ 电话 #: _____

第二部分 由父母/监护人或成年参与者填写

注意：此表格适用于非医疗目的的餐食偏好申请。如果需要医疗目的的膳食，请填写医疗声明。

1 勾选一项或多项：本表本面提供更多说明。		
<input type="checkbox"/> A. 参与者要求提供营养等效的牛奶替代品 ⁵		
可提供的牛奶营养等效替代品: _____ (列出完整的品牌名/口味)		
<input type="checkbox"/> B. 参与者要求对其他非医疗目的食物进行替换 ⁵ ，在下方填写		
需要删去的食物:	建议进行替代的食物:	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
2 父母/监护人或成年参与者签字与日期:		
_____	_____	_____
打印姓名	签名	日期

第三部分 仅供 _____ 使用

调整: _____
赞助商签名: _____ 日期: _____

填写餐食偏好申请表的说明：

1. **机构名称：**填写提供表格的赞助机构名称
2. **站点/提供者名称：**填写提供餐食的站点名称（例如，ABC 学校，XYZ 儿童保育中心）
3. **提交此表格至：**填写负责收集完整表格的组织工作人员的姓名和联系信息
4. **第一部分**本部分可由**父母/监护人、成年参与者或机构填写**
 - a. **参与者姓名：**填写儿童或成年参与者的姓名
 - b. **父母/监护人姓名：**填写父母或监护人的姓名成年参与者不必填写此部分。
 - c. **电话 #：**填写父母/监护人的电话，以解决出现的任何问题
5. **第二部分：**本部分除“可提供的牛奶营养等效替代品”外，其余部分必须由**父母/监护人或成年参与者**填写。
 - a. **第 1 部分——勾选一项或多项：**请选择所有适用的选项。
 - i. **牛奶营养等效替代品**定义为营养等效于牛奶的非乳制品产品，如 7 CFR 210.10(d)(3) 的国家学校午餐计划 (NSLP) 规定中所述。并非所有非乳制品替代品都能满足这一要求。有关更多信息和可接受的替代品列表，请参阅 ODE CNP 膳食调整和修改页面。
 - ii. **可提供的牛奶营养等效替代品：**赞助机构将填写根据机构政策提供的牛奶营养等效替代品的全名和口味。如果可能，在提供替代品时将不向参与者收取额外费用。
 - iii. **非医疗目的餐食调整**可能包括因宗教、文化或个人偏好（例如，素食、犹太教等）而引起的任何餐食调整。
 - iv. 如果选择了非医疗目的的餐食调整，请填写**要删去的食品和建议提供的替代食品**。赞助机构可以根据要求删去所有食物，也可以根据机构政策提供建议的替代品。
 - b. **第 2 部分——父母/监护人或成年参与者签字与日期：**打印要求进行餐食调整的父母/监护人或成年参与者的全名、签字并填写日期。如果此部分未填写，此表视为未完成。
6. **第三部分：**此部分必须在第一和第二部分填写完成后，由赞助机构填写。
 - a. **调整：**赞助机构的工作人员将说明，针对第二部分中提出的请求可提供哪些便利。提供的所有非医疗食品替代品必须符合膳食模式，才能获得报销补偿。
 - b. **赞助人签字和日期：**赞助机构的工作人员将在表格上签名并注明日期。如果此部分未填写，此表视为未完成。

此表格仅适用于非医疗目的的餐食调整申请，调整需遵守赞助机构制定的政策。应向需要医疗餐食调整的参与者提供一份医疗声明，由有执照的医疗专业人员填写。