

## 申请特殊膳食和/或调整的医疗声明

联邦法律和农业部法规要求儿童营养计划做出合理调整，以满足残疾儿童的需求。根据法律规定，残疾是指严重限制主要生活活动或身体功能的损伤，包括过敏和消化系统疾病，但不包括个人饮食偏好。

网站/提供者名称: _____	请将此表提交至: _____
-----------------	----------------

### 第一部分 由家长/监护人、成年参与者或组织填写

参与者姓名: _____	_____
家长/监护人的姓名: _____	电话号码: _____

### 第二部分 只能由根据州法律\* 有权开具医疗处方的持有州执照的专业医务人员或注册营养师\*\* (仅限 CACFP 和 SNP) 填写。

1. 描述参与者受到限制饮食的身体或精神障碍影响的主要生活活动或主要身体机能: _____ _____ _____		
2. 膳食调配计划 (应省略或避免的食物): _____ _____ _____		
3. 可替代的食物和建议的替代品 (包括修改和调整): _____ _____ _____		
州执业医疗保健专业人员*或注册营养师**签名:		
_____ 姓名 (楷体)	_____ 签名	_____ 日期

### 第三部分 仅限组织使用

已做出的调整: _____
赞助方签名: _____ 日期 _____

### 膳食优惠申请表填写说明：

1. **组织名称：**包括提供表格的赞助机构名称
2. **网站/提供者名称：**填写供餐地点的名称（例如 ABC 学校、XYZ 儿童保育中心）
3. **请将此表提交至：**包括负责收集已填写表格的组织工作人员的姓名和联系信息
4. **第一部分：**这部分由**家长/监护人、成年参与者或组织**填写
  - a. **参与者姓名：**填写儿童或成人参与者的姓和名
  - b. **家长/监护人的姓名：**填写家长或监护人的姓和名。成人参与者不需要填写。
  - c. **电话号码：**附上家长/监护人的电话号码，以备询问
5. **第二部分：**这部分必须由**持有州执照的专业医务人员\*或注册营养师\*\***填写
  - a. **第一条 -描述：**参与者受到限制饮食的身体或精神障碍影响的主要生活活动或主要身体机能。
  - b. **第 2 条 -膳食调整计划：**提供任何需要省略或避免的食物。
  - c. **第 3 条 -可替代的食物和建议的替代品：**提供修改和调整。
6. **第三部分：**这部分必须由赞助组织在填写完第一和第二部分后填写。
  - a. **已做出的调整：**赞助机构工作人员将说明将为第二部分中提出的要求提供哪些调整。
  - b. **赞助方签名并注明日期：**赞助机构工作人员将在表格上签名并注明日期。  
如果未填写这一部分，本表将被视为不完整。

本表仅适用于需要医疗膳食调整的参与者，应由持有州执照的专业医务人员\* 或注册营养师\*\*填写。申请非医疗膳食调整和/或牛奶替代品的参与者将使用膳食偏好申请表。

**\*持有州执照的专业医务人员**包括：内科医生 (MD)；骨科医医生 (DO)；自然疗法医生 (ND)；内科助理医师 (PA)；注册执业护士 (CNP) 或临床专科护士 (CNS)；牙科医生(DMD)；牙科手术医生 (DDS)；验光配镜医师 (OD)。

**\*\*注册营养师 (RD/RDN)** 按美国农业部在 7 CFR 210.10(m) 和 7 CFR 226.20(g)(1) 中授权填写并签署 SNP 和 CACFP 参与者的医疗声明。