

Khai Báo Y Tế để Yêu Cầu Bữa Ăn và/hoặc Hỗ trợ Đặc Biệt

Luật liên bang và quy định của USDA yêu cầu các chương trình dinh dưỡng trẻ em phải sửa đổi hợp lý để hỗ trợ trẻ khuyết tật. Theo luật, khuyết tật là một khiếm khuyết, hạn chế đáng kể sinh hoạt hoặc chức năng chính của cơ thể, có thể bao gồm dị ứng và tình trạng tiêu hóa, nhưng không bao gồm sở thích ăn uống cá nhân.

Tên cơ sở/nhà cung cấp:	Gửi biểu mẫu này đến:
--------------------------------	------------------------------

Phần I Được hoàn tất bởi Phụ huynh/Người giám hộ, Người lớn tham gia, hoặc

Tên người tham gia: _____	
Tên Phụ huynh/Người giám hộ: _____	Số điện thoại: _____

Phần II Chỉ được hoàn tất bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của Tiểu bang, người này được phép viết đơn thuốc theo luật của Tiểu bang*. Trả lời câu hỏi 1-3.

<p>1. Mô tả sinh hoạt chính hoặc chức năng chính của cơ thể bị ảnh hưởng bởi sự suy giảm về thể chất hoặc tinh thần của người tham gia, làm hạn chế việc ăn uống:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>2. Kế Hoạch Hỗ Trợ Bữa Ăn (Thực phẩm phải bỏ qua hoặc tránh):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>3. Thực phẩm thay thế và đề xuất các lựa chọn thay thế (bao gồm việc điều chỉnh và hỗ trợ)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
Chữ ký của Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe Được Cấp Phép*:		
_____	_____	_____
Tên	Chữ ký	Ngày

Phần III Chỉ dành cho _____ sử dụng

Các hỗ trợ: _____	

Chữ ký nhà tài trợ: _____	Ngày: _____

Hướng Dẫn Điền Mẫu Khai Báo Y Tế để Yêu Cầu Bữa Ăn và/hoặc Hỗ trợ Đặc Biệt

1. **Tên tổ chức:** Bao gồm tên của Tổ Chức Tài Trợ cung cấp biểu mẫu này
2. **Gửi biểu mẫu này đến:** Ghi tên và thông tin liên lạc của nhân viên thuộc tổ chức mà sẽ thu thập biểu mẫu đã hoàn tất
3. **Tên cơ sở/nhà cung cấp:** Ghi tên của cơ sở nơi phục vụ bữa ăn (ví dụ: Trường ABC, Trung Tâm Giúp Trẻ XYZ)
4. **Phần I: Phần này có thể được hoàn tất bởi Phụ huynh/Người giám hộ, Người lớn tham gia hoặc Tổ chức**
 - a. **Tên người tham gia:** Ghi tên và họ của trẻ hoặc người lớn tham gia
 - b. **Tên phụ huynh/người giám hộ:** Ghi tên và họ của phụ huynh hoặc người giám hộ. Điều này là không bắt buộc đối với người lớn tham gia.
 - c. **Số điện thoại:** Ghi số điện thoại của phụ huynh/người giám hộ trong trường hợp có thắc mắc
5. **Phần II: Phần này phải được hoàn tất bởi Chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của tiểu bang:**
 - a. **Trong phần 1 – Mô Tả:** Sinh hoạt chính hoặc chức năng chính của cơ thể bị ảnh hưởng bởi sự suy giảm về thể chất hoặc tinh thần của người tham gia, làm hạn chế việc ăn uống:
 - b. **Trong phần 2 – Kế Hoạch Hỗ Trợ Bữa Ăn:** Cho biết thực phẩm nào phải bỏ qua hoặc tránh
 - c. **Trong phần 3 – Thực phẩm được thay thế và đề xuất các lựa chọn thay thế:** Cho biết việc điều chỉnh và hỗ trợ.
6. **Phần III: Phần này phải được hoàn tất bởi Tổ Chức Tài Trợ sau khi hoàn tất Phần I và II.**
 - a. **Hỗ trợ:** Nhân viên của Tổ Chức Tài Trợ cho biết sẽ hỗ trợ cái gì đối với các yêu cầu trong Phần II.
 - b. **Nhà tài trợ ký và đề ngày:** Nhân viên của Tổ Chức Tài Trợ sẽ ký và đề ngày vào biểu mẫu. Biểu mẫu này sẽ được coi là không đầy đủ nếu không điền phần này.

Biểu mẫu này chỉ dành cho những người tham gia yêu cầu hỗ trợ bữa ăn y tế và nên được điền bởi chuyên gia y tế được cấp phép. Những người tham gia yêu cầu dịch vụ Hỗ Trợ Bữa Ăn Không Phải Y Tế và/hoặc Thực Phẩm Thay Thế Sữa sẽ sử dụng Mẫu Yêu Cầu Bữa Ăn Theo Mong Muốn.

***Chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của tiểu bang:** Bác sĩ y khoa (MD); Bác sĩ xương khớp (DO); Bác sĩ y học tự nhiên (ND); Y sĩ (PA); Y tá cấp cao được chứng nhận hoặc chuyên gia y tá lâm sàng; Bác sĩ nha khoa (DMD); Bác sĩ phẫu thuật nha khoa (DDS); Bác sĩ đo thị lực (OD)