Sở Giáo Dục Oregon
255 Capitol St. NE
Salem, OR 97310

Chương Trình Dinh Dưỡng Trẻ Em
(503) 947-5894

Tờ Khai Y Tế để Yêu Cầu Bữa Ăn Đặc Biệt và/hoặc Sự Hỗ Trợ

Luật liên bang và quy định của USDA yêu cầu Chương Trình Dinh Dưỡng Trẻ em phải thực hiện các điều chỉnh hợp lý để hỗ trợ trẻ em khuyết tật. Theo luật, khuyết tật là tình trạng suy giảm đáng kể chức năng cơ thể hoặc hoạt động sống chính, 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 Giữ Trẻ:	**Gửi mẫu đơn này tới:**
_____	_____

Phần I Do Phụ Huynh/Người Giám Hộ, Người Tham Gia Trưởng Thành hoặc Tổ Chức hoàn thành

Tên người tham gia: _____

Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____ Số điện thoại: _____

Phần II *Chỉ* do chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép của Tiểu Bang, người được phép kê toa thuốc theo luật của tiểu bang* hoặc Chuyên Gia Dinh Dưỡng Đã Đăng Ký** (chỉ dành cho CACFP và SNP) hoàn thành.

1. **Mô tả** hoạt động sống chính hoặc chức năng cơ thể chính bị ảnh hưởng bởi tình trạng suy giảm về thể chất hoặc tinh thần của người tham gia hạn chế chế độ ăn:
   _____
   _____
   _____

2. **Kế Hoạch Điều Chỉnh Bữa Ăn (Thực phẩm cần loại bỏ hoặc tránh):**
   _____
   _____
   _____

3. **Thực phẩm cần thay thế và các lựa chọn thay thế được khuyến nghị (bao gồm sự hỗ trợ và điều chỉnh):**
   _____
   _____
   _____

Chữ ký của Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe Được Cấp Phép của Tiểu Bang* hoặc Chuyên Gia Dinh Dưỡng Đã Đăng Ký**:

_____	_____	_____
Tên in Hoa	Chữ ký	Ngày

Phần III Chỉ Tổ Chức Sử Dụng

Sự hỗ trợ được thực hiện:_____

Chữ ký của nhà tài trợ:_____ Ngày_____

Tổ chức này là nhà cung cấp cơ hội bình đẳng

Đã sửa đổi vào tháng 2 năm 2025

Sở Giáo Dục Oregon
255 Capitol St. NE
Salem, OR 97310

Chương Trình Dinh Dưỡng Trẻ Em
(503) 947-5894

Hướng dẫn hoàn thành Mẫu Đơn Yêu Cầu Lựa Chọn Bữa Ăn:

1. **Tên Tổ Chức:** Bao gồm tên của tổ chức tài trợ cung cấp mẫu đơn
2. **Tên Cơ Sở/Nhà Giữ Trẻ:** Viết tên in hoa của cơ sở phục vụ bữa ăn (ví dụ: Trường ABC, Trung Tâm Giữ Trẻ XYZ)
3. **Gửi mẫu đơn này tới:** Bao gồm tên và thông tin liên hệ của nhân viên tổ chức thu thập mẫu đơn đã hoàn thành
4. **Phần I:** Phần này có thể do **Phụ Huynh/Người Giám Hộ, Người Tham Gia Trưởng Thành hoặc Tổ Chức** hoàn thành
   a. **Tên Người tham gia:** Viết tên in hoa và họ của trẻ em hoặc người tham gia trưởng thành
   b. **Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ:** Viết tên in hoa và họ của phụ huynh hoặc người giám hộ. Phần này không bắt buộc đối với người tham gia trưởng thành.
   c. **Số điện thoại** Bao gồm số điện thoại của phụ huynh/người giám hộ trong trường hợp có thắc mắc
5. **Phần II:** Phần này phải do **Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe Được Cấp Phép** của Tiểu **Bang*** hoặc **Chuyên Gia Dinh Dưỡng Đã Đăng Ký**** hoàn thành**:**
   a. Trong phần 1 – **Mô tả:** oạt động sống chính hoặc chức năng cơ thể chính bị ảnh hưởng bởi tình trạng suy giảm về thể chất hoặc tinh thần của người tham gia hạn chế chế độ ăn uống.
   b. Trong phần 2 – **Kế Hoạch Điều Chỉnh Bữa Ăn:** Cung cấp bất kỳ loại thực phẩm nào để loại bỏ hoặc tránh.
   c. Trong phần 3 – **Thực phẩm thay thế và các lựa chọn thay thế được đề xuất:** Cung cấp sự hỗ trợ và điều chỉnh.
6. **Phần III**: Phần này phải do tổ chức tài trợ điền sau khi hoàn thành Phần I và Phần II.
   a. **Sự Hỗ Trợ Đã Thực Hiện**: Nhân viên của tổ chức tài trợ sẽ chỉ ra những sự hỗ trợ sẽ được thực hiện cho các yêu cầu được đưa ra trong Phần II.
   b. **Ngày và Chữ Ký của Nhà Tài Trợ**: Nhân viên của tổ chức tài trợ sẽ ký và ghi ngày vào mẫu đơn.
   Mẫu đơn này sẽ được xem là chưa hoàn thành nếu chưa điền phần này.

Mẫu đơn này chỉ dành cho những người tham gia yêu cầu điều chỉnh bữa ăn y tế và phải do chuyên gia y tế được cấp phép của tiểu bang* hoặc Chuyên Gia Dinh Dưỡng Đã Đăng Ký** điền. Người tham gia yêu cầu Hỗ Trợ Bữa Ăn Không Liên Quan Đến Y tế và/hoặc Sản Phẩm Thay Thế Sữa sẽ sử dụng Mẫu Đơn Yêu Cầu Lựa Chọn Bữa Ăn.

***Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe Được Cấp Phép của Tiểu Bang bao gồm:** Bác Sĩ Y Khoa (MD); Bác Sĩ Nắn Xương (DO); Bác Sĩ Y Học Tự Nhiên (ND); Trợ Lý Bác Sĩ (PA); Y Tá Hành Nghề Được Chứng Nhận (CNP) hoặc Chuyên Gia Điều Dưỡng Lâm Sàng (CNS); Bác Sĩ Nha Khoa (DMD); Bác Sĩ Phẫu Thuật Nha Khoa (DDS); Bác Sĩ Nhãn Khoa (OD).
****Chuyên Gia Dinh Dưỡng Đã Đăng Ký (RD/RDN)** được USDA ủy quyền theo 7 CFR 210.10(m) và 7 CFR 226.20(g)(1) để hoàn thành và ký báo cáo y tế cho SNP và CA