

طلب بيان طبي وجبات الأطعمة الخاصة و/أو الوسائل المساعدة

1. أسم المدرسة	2. أسم الموقع	3. رقم هاتف الموقع	
4. أسم الطفل			
6. أسم ولي الأمر/الوصي الشرعي			
8. وصف الإعاقة البدنية أو العقلية التي تؤثر على الطفل:			
9. شرح لوصفة النظام الغذائي و/أو وسائل المساعدة لضمان التطبيق السليم:			
10. حدد طبيعة الطعام للطفل المذكور أسمه أعلاه:			
<input type="checkbox"/> عادي	<input type="checkbox"/> مقطوع	<input type="checkbox"/> مفروم	<input type="checkbox"/> مهروس
11. الأطعمة المراد حذفها والبدائل المناسبة:			
الأطعمة المراد حذفها	البدائل المقترحة		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
12. وسائل مساعدة لاستخدامها:			
13. توقيع إخصائي الرعاية الصحية المرخص من قبل الولاية*	14. الأسم كتابة	15. رقم الهاتف	16. التاريخ

* لهذا الغرض، فإن إخصائي الرعاية الصحية المرخص من قبل الولاية في ولاية فرجينيا هو طبيب مرخص، أو مساعد طبيب، أو ممرض ممارس.

يجب تحديث المعلومات الواردة في هذه الإستمارة لتعكس الاحتياجات الطبية و /أو الغذائية الحالية للمشاركة.

بموجب قانون الحقوق المدنية الفدرالية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على وزارة الزراعة الأمريكية USDA ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية USDA أو التي تديرها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو السن أو الإخذ بالثأر أو الانتقام لنشاط سابق للحقوق المدنية في أي برنامج أو نشاط تقوم به أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية USDA.

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (على سبيل المثال، طريقة برايل، الطباعة الكبيرة، التسجيل الصوتي، لغة الإشارة الأمريكية، إلخ)، الاتصال بالوكالة (المحلية أو الخاصة بالولاية) حيث يتقدمون بطلب للحصول على المنافع. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو صعوبة في السمع أو الذين يعانون من إعاقة في الكلام الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية USDA من خلال خدمة الاتصالات الفدرالية على رقم الهاتف 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية.

لتقديم شكوى تتعلق بالتمييز في البرنامج، يرجى إكمال إستمارة شكوى (AD-3027) للإبلاغ عن وجود تمييز في برنامج USDA والتي يمكن الحصول عليها على شبكة الإنترنت من خلال الدخول على الرابط: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html وفي أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية USDA، أو اكتب خطاباً موجهاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية USDA وقدم في الخطاب جميع المعلومات المطلوبة في الإستمارة. للحصول على نسخة من إستمارة الشكوى، اتصل على الرقم 632-9992 (866). أرسل الإستمارة أو الرسالة المنجزة إلى USDA عن طريق: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 744-690; أو عبر البريد الإلكتروني على: program.intake@usda.gov. تقدم هذه المؤسسة فرص متكافئة.

التعليمات

1. **المدرسة:** يرجى كتابة أسم المدرسة التي تقدم هذه الإستمارة إلى ولي الأمر.
2. **الموقع:** يرجى كتابة أسم موقع المدرسة الذي ستقدم فيه وجبات الطعام.
3. **رقم هاتف الموقع:** يرجى كتابة رقم هاتف موقع المدرسة الذي ستقدم فيه وجبات الطعام.
4. **أسم الطفل:** أكتب أسم الطفل الذي تتعلق به المعلومات.
5. **عمر الطفل:** عمر الطفل كتابة.
6. **أسم ولي الأمر/الوصي الشرعي:** أكتب أسم الشخص الطالب للبيان الطبي الخاص بالطفل.
7. **رقم الهاتف:** يرجى كتابة رقم هاتف ولي الأمر أو الوصي الشرعي.
8. **وصف الإعاقة البدنية أو العقلية التي تؤثر على الطفل:** وصف كيف تحد الإعاقة البدنية أو العقلية من النظام الغذائي للطفل.
9. **شرح لوصفة النظام الغذائي و/أو وسائل المساعدة لضمان التطبيق السليم:** أشرح النظام الغذائي المحدد أو الوسائل المساعدة التي تم وصفها من قبل أخصائي الرعاية الصحية للولاية.
10. **الإشارة إلى طبيعة الطعام:** إذا كان المشارك لا يحتاج إلى أي تعديلات، عندها يرجى وضع إشارة على "عادي".
11. **الأطعمة المراد حذفها:** ضع قائمة بالأطعمة المحددة التي يجب حذفها (على سبيل المثال ، استبعاد الحليب السائل).
البدائل المقترحة: يرجى إدراج قائمة بالأطعمة المحددة لتضمينها في النظام الغذائي (على سبيل المثال، عصير غني بالكالسيوم).
12. **وسائل مساعدة لاستخدامها:** أشرح المعدات المحددة المطلوبة لمساعدة الطفل في تناول الطعام (مثل، كوب رشف الماء، ملعقة ذات مقبض كبير، أثاث يمكن الوصول إليه بواسطة الكراسي المتحركة، الخ).
13. **توقيع أخصائي الرعاية الصحية المرخص من الولاية:** توقيع أخصائي الرعاية الصحية المرخص من الولاية والطالب لتوفير وجبات الطعام الخاصة أو الوسائل المساعدة.
14. **الأسم كتابة:** يرجى كتابة أسم إخصائي الرعاية الصحية المرخص من الولاية.
15. **رقم الهاتف:** رقم هاتف أخصائي الرعاية الصحية المرخص من الولاية.
16. **التأريخ:** تاريخ توقيع أخصائي الرعاية الصحية المرخص من الولاية للإستمارة.

الاقتراسات جاءت من القسم 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) لعام 1990، وقانون تعديل قانون ADA لعام 2008:

يُعرّف الشخص المصاب بإعاقة على أنه أي شخص يعاني من إعاقة جسدية أو عقلية تحد بشكل كبير من نشاط رئيسي أو أكثر من أنشطة الحياة، أو لديه سجل بهذا النوع من الإعاقة، أو يُنظر إليه على أنه يعاني من مثل هذه الإعاقة.

يُقصد بالضعف البدني أو العقلي (أ) أي اضطراب أو حالة فسيولوجية أو تشوه جملي أو فقدان تشريحي يؤثر على واحد أو أكثر من أنظمة الجسم التالية: العصبية؛ العضلات والعظام؛ أعضاء الحواس الخاصة؛ التنفسي؛ التحدث؛ الأعضاء؛ القلب والأوعية الدموية؛ الجهاز التناسلي؛ الجهاز الهضمي؛ الجهاز البولي التناسلي. - الكيسي والمفاوي؛ الجلد؛ والغدد الصماء. أو (ب) أي اضطراب عقلي أو نفسي، مثل التخلف العقلي، متلازمة الدماغ العضوي، الأمراض العاطفية أو العقلية، والإعاقات التعليمية المحددة.

تشمل الأنشطة الحياتية الرئيسية على سبيل المثال لا الحصر، العناية بالنفس، أداء المهام اليدوية، الرؤية، السمع، تناول الطعام، النوم، المشي، الوقوف، الرفع، الانحناء، الكلام، التنفس، التعلم، القراءة، التركيز، التفكير، التواصل، والعمل.

لقد تمت إضافة وظائف جسم رئيسية لأنشطة الحياة الرئيسية وتشمل وظائف جهاز المناعة: نمو الخلايا الطبيعية: الجهاز الهضمي: الأمعاء، المثانة، الجهاز العصبي، الدماغ، الجهاز التنفسي، الدورة الدموية، وظائف الغدد الصماء، والجهاز التناسلي.

يُقصد بكون "لديه سجل يمثل هذا النوع من الإعاقة" أن الشخص لديه، أو تم تصنيفه (أو تصنيفه بشكل خاطئ) على أن لديه، سجل من المشاكل الذهنية أو البدنية التي تحد بشكل كبير من واحد أو أكثر من أنشطة الحياة الرئيسية.