

بيان طبي لطلب وجبات خاصة
و/أو تسهيلات داعمة

٣. رقم هاتف الموقع	٢. اسم الموقع	١. المدرسة
٥. عمر الطفل	٤. اسم الطفل	
٧. رقم الهاتف	٦. اسم الوالد أو الوصي	
وصف حالة الطفل الجسدية أو العقلية المتأثرة:		
٩. شرح وصفات النظام الغذائي و/أو التسهيلات لضمان التنفيذ السليم:		
مفروم	مقطع	١٠. حدد قوام الطعام المفضل للطفل:
مفروم	مقطع	عادي <input type="checkbox"/>
البدائل المقترحة		١١. الأغذية المراد حذفها والبدائل المناسبة:
البدائل المقترحة		الأطعمة التي يجب حذفها
١٢. المعدات التكيفية التي سيتم استخدامها:		
١٦. التاريخ	١٥. رقم الهاتف	١٤. الاسم الكامل
		١٣. توقيع أخصائي الرعاية الصحية المرخص من الولاية *

* لهذا الغرض، فإن أخصائي الرعاية الصحية المرخص له في ولاية كاليفورنيا هو طبيب مرخص أو مساعد طبيب أو ممارس ترميض.

يجب تحديث المعلومات الواردة في هذا النموذج لتعكس الاحتياجات الطبية و/أو الغذائية الحالية للمشارك.

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لدائرة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على وزارة الزراعة الأمريكية ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها ومؤسسات المشاركة في أو إدارة برامج وزارة الزراعة الأمريكية التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العجز أو العمر أو الملاحظة أو المعاقبة لأي نشاط حقوق مدني سابق في أي من أي البرامج أو الأنشطة التي قامت بها أو مولتها وزارة الزراعة الأمريكية.

ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة لمعلومات عن البرنامج (مثل طريقة برايل، أو الطباعة الكبيرة، أو التسجيل الصوتي، أو لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك)، الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية) حيث يمكنكم التقديم بطلب للحصول على المزايا. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو إعاقات النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة المتابع الفيدرالية على 877-8339 (800) بالإضافة إلى ذلك، يمكن توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية.

لتقديم شكوى عن التمييز، أكمل نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية، (AD-3027) الموجود على الإنترنت على: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html ، وفي أي مكتب لوزارة الزراعة الأمريكية، أو اكتب رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية وقدم في الرسالة جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم (866) 632-9992. أرسل النموذج أو الرسالة إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق البريد: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 الفاكس: (202) 690-7442؛ أو البريد الإلكتروني: gov.usda@intake.program. هذه المؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

التعليمات

1. **المدرسة:** أكتب اسم المدرسة التي تقدم النموذج لولي الأمر.
2. **الموقع:** أكتب اسم موقع المدرسة حيث سيتم تقديم الوجبات.
3. **رقم هاتف الموقع:** أكتب رقم هاتف الموقع الذي سيتم تقديم الوجبة فيه.
4. **اسم الطفل:** أكتب اسم الطفل الذي تتعلق به المعلومات.
5. **عمر الطفل:** أكتب عمر الطفل.
6. **اسم الوالدة أو الوصي:** أكتب اسم الشخص الذي يطلب البيان الطبي للطفل.
7. **رقم الهاتف:** أكتب رقم هاتف الوالدة أو الوصي.
8. **وصف حالة الطفل الجسدية أو العقلية المتأثرة:** أشرح الحلة الجسدية أو العقلية الصعوبات التي تقيد النظام الغذائي للطفل.
9. **شرح وصفة النظام الغذائي و/أو التسهيلات لضمان التنفيذ السليم:** وصف أ نظام غذائي أو تسهيلات تم وصفها من قبل أخصائي الرعاية الصحية الحكومي.
10. **حدد قوام الطعام:** إذا لم يكن المشارك بحاجة إلى أي تعديل ، فحدد "عادي".
11. **الأطعمة التي يجب حذفها:** اذكر الأطعمة المحددة التي يجب حذفها (على سبيل المثال، باستثناء الحليب السائل).
البدائل المقترحة: اذكر أطعمة محددة لتضمينها في النظام الغذائي (على سبيل المثال، عصير مقوى بالكالسيوم).
12. **المعدات التكيفية التي سيتم استخدامها:** وصف المعدات المحددة المطلوبة لمساعدة الطفل في تناول الطعام (على سبيل المثال، كوب للأطفال مع مصاصة، ملعقة كبيرة، أثاث يمكن الوصول إليه باستخدام الكراسي المتحركة، إلخ).
13. **توقيع أخصائي الرعاية الصحية المرخص من الدولة:** توقيع أخصائي الرعاية الصحية المرخص من الدولة الذي يطلب الوجبة أو الإقامة الخاصة.
14. **الاسم المطبوع:** اسم أخصائي الرعاية الصحية المرخص من الولاية.
15. **رقم الهاتف:** رقم هاتف أخصائي الرعاية الصحية المرخص من الدولة.
16. **التاريخ:** تاريخ توقيع نموذج أخصائي الرعاية الصحية المرخص.

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

ويعرّف الشخص ذو الإعاقة بأنه أي شخص يعاني من إعاقة بدنية أو عقلية تحد إلى حد كبير من نشاط أو أكثر من الأنشطة الحياتية الرئيسية، أو لديه سجل بإعاقة من هذا القبيل، أو يعتبر أنه يعاني من إعاقة.

تعني الإعاقة الجسدية أو العقلية (أ) أي اضطراب أو حالة جسدية، أو تشوه جملي، أو فقدان تشريحي يؤثر على واحد أو أكثر من أجهزة الجسم التالية: الجهاز العصبي؛ العضلي الهيكلي؛ أعضاء الحواس الخاصة؛ الجهاز التنفسي؛ التكلم؛ الأعضاء؛ القلب والأوعية الدموية؛ الإنجاب، الجهاز الهضمي، الجهاز البولي والتناسلي؛ الدم والمفاوي؛ الجلد؛ والغدد الصماء؛ أو (ب) أي اضطراب عقلي أو نفسي، مثل الإعاقة العقلية، أو متلازمة الدماغ العصبية، أو الأمراض العاطفية أو العقلية، وإعاقات التأخر في التعلم.

تشمل أنشطة الحياة الرئيسية، على سبيل المثال لا الحصر، رعاية الذات، وإداء المهام اليدوية، والرؤية، والسمع، والاكل، والنوم، والمشي، والوقوف، والرفع، والانحناء، والتحدث، والتنفس، والتعلم، والقراءة، والتركيز، والتفكير، والتواصل، والعمل.

تمت إضافة وظائف جسدية رئيسية إلى أنشطة الحياة الرئيسية وتشمل وظائف الجهاز المناعي؛ نمو الخلايا الطبيعي؛ ووظائف الجهاز الهضمي والأمعاء والمثانة والوظائف العصبية والدماغ والجهاز التنفسي والدورة الدموية والغدد الصماء والإنجاب.

"لديه سجل من مثل هذا الضعف" يعني أن الشخص لديه، أو تم تصنيفه (أو تصنيفه بشكل خاطئ) على أنه لديه، تاريخ من الإعاقة العقلية أو الجسدية التي تحد بشكل كبير من واحد أو أكثر من الأنشطة الحياتية الرئيسية.