

申请特殊餐点和（或）便利安排之医疗陈述书

1. 学校/机构		2. 站点		3. 学校电话号码											
4. 参与者姓名			5. 年龄或出生日期												
6. 家长或监护人姓名			7. 电话号码												
<p>8. 请勾选一项：</p> <p><input type="checkbox"/> 参与者患有残障或病症，并需要特殊餐点或便利安排。（请参阅此表格背面的相关定义）参与联邦营养计划的学校和机构必须按照要求提供特殊餐点及任何设备改装。必须由持照医生签署此表格。</p> <p><input type="checkbox"/> 参与者没有残障，但因食物不耐受症或其他医疗原因而请求特殊餐点及便利安排。食物偏好不是使用此表格的正当理由。鼓励参与联邦营养计划的学校和机构针对合理请求给予便利安排。必须由持照医生、医生助理或注册护士签署此表格。</p>															
9. 由于残障或病症而请求特殊餐点或便利安排。															
10. 如果参与者患有残障，应提交一份简要说明书，用于描述参与者生活中有哪些主要活动受其残障症状影响。															
11. 特殊饮食配方和（或）便利安排：（请详细描述，以确保做出正确安排）															
<p>12. 说明食物质地：</p> <p><input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 切碎 <input type="checkbox"/> 磨碎 <input type="checkbox"/> 泥状</p>															
<p>13. 需要避免的食物和替代食物：（请具体列出需要避免的食物和所建议的替代食物。您可以随附纸页，用于提供额外情况。）</p> <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center">A. 需要避免的食物</td> <td style="width:50%; text-align:center">B. 所建议的替代食物</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>						A. 需要避免的食物	B. 所建议的替代食物	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A. 需要避免的食物	B. 所建议的替代食物														
_____	_____														
_____	_____														
_____	_____														
_____	_____														
14. 经改装的设备：															
15. 代填者签名*		16. 工整填写之姓名		17. 电话号码											
19. 医疗机构签名*		20. 工整填写之名称		21. 电话号码											
				18. 日期											
				22. 日期											

* 要求医生为残障参与者签名。对于没有残障的参与者，必须由持照医生、医生助理或注册护士签署此表格。

此表格中的情况应加以更新，以反映参与者目前的医疗和（或）营养需求。

本机构遵守联邦法律及美国农业部的政策，禁止以种族、肤色、原国籍、性别、年龄或身体残障为由，而对任何人进行歧视。若需对歧视行为提出投诉，请致函美国农业部，地址是：USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410；或者致电联系：(866)-632-9992（语音应答电话）。语障或听障人士可透过联邦中继转接服务专线与美国农业部联系，专线号码是 800-877-8339，或者(800)-845-6136（西班牙语）。

申请特殊餐点和（或）便利安排之医疗陈述书

方法说明

1. 学校/机构：请工整填写向家长提供此表格的学校或机构名称。
2. 站点：请工整填写提供餐点的站点（例如校址、托儿中心、社区中心等）。
3. 站点电话号码：请工整填写提供餐点的电话号码。请参阅第 2 条。
4. 参与者姓名：请工整填写此情况涉及的儿童或成人参与者。
5. 参与者年龄：请工整填写参与者的年龄。若为婴儿，请填写其出生日期。
6. 家长或监护人姓名：请工整填写索取参与者医疗陈述书之人士的姓名。
7. 电话号码：请工整填写家长或监护人的电话号码。
8. 请勾选一项：请勾选(✓)一个方框，藉以表明参与者患有残障，或者无残障。
9. 由于残障或病症而需要特殊餐点或便利安排。请描述需要特殊餐点或便利安排的病症（例如青少年糖尿病、花生过敏症等）。
10. 如果参与者患有残障，应提交一份简要说明书，用于描述参与者生活中有哪些主要活动受其残障症状影响：请描述身体状况或病症对残障有何影响。例如：“花生过敏症会引发致命的过敏反应。”
11. 特殊饮食配方和（或）便利安排：请描述医生处方所要求的特殊饮食配方或便利安排，或者描述因非致残症状而需要的饮食调整。例如：“所有食物都必须呈流质或泥状。参与者无法吃任何固体食物。”
12. 说明食物质地：请勾选(✓)一个方框，藉以表明所需要的食物质地类别。若参与者不需要任何食物调整，请勾选“正常”选项。
13. A. 需要避免的食物：请列出需要避免的特定食物。例如“避免流质牛奶”。
B. 所建议的替代食物：请列出饮食中应包括的特定食物。例如“高钙果汁”。
14. 经改装的设备：请描述为了协助参与者进餐而需要的特定设备。（范例包括密封防漏杯、粗把羹匙、轮椅使用者便利家具等。）
15. 代填者签名：表格填写者的签名。
16. 工整填写姓名：工整填写表格填写者的姓名。
17. 电话号码：表格填写者的电话号码。
18. 日期：代填者签署表格的日期。
19. 医疗机构签名：请求特殊餐点或便利安排的医疗机构之签名。
20. 工整填写名称：工整填写医疗机构的名称。

CDE Medical Statement Form, NSD CNP-925 (February 2012)
T12-443 Simplified Chinese, SimSun Font
Page 3 of 3

21. 电话号码：医疗机构的电话号码。
22. 日期：医疗机构签署表格的日期。

定义*：

根据定义，“残障者”系指患有严重限制其一种或多种主要日常生活活动的身体或精神障碍、有相关此类障碍的文件记录，或者被认定患有上述障碍。

“身体或精神障碍”系指(a)任何生理失调或症状、外观畸形，或者影响以下一种或多种人体系统的肢体残缺：神经系统，肌肉骨骼系统，特殊感觉器官，包括发音器官在内的呼吸系统，心血管系统，生殖、消化和泌尿生殖系统，血液淋巴系统，皮肤，以及内分泌系统；或者(b)任何心理或生理失调，例如弱智、器质性脑综合症、情绪或心理疾病，以及学习能力障碍。

“主要日常生活活动”系指以下机能：自我照料、手工操作、行走、使用视觉、使用听觉、呼吸、学习，以及工作等。

根据定义，“有相关此类障碍的文件记录”系指以往曾经有过或者已被划归为（或被错误划归为）身体或精神障碍患者，而且此类障碍严重限制其一种或多种主要日常生活活动。

（*引文来自 1973 年复健法案第 504 节）

[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAs): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit

the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at cmd@cde.ca.gov.]