

بيان طبي لطلب وجبات خاصة و/أو تجهيزات

1. اسم المدرسة/الوكالة	2. اسم الموقع	3. رقم هاتف الموقع										
4. اسم الطفل أو المشارك البالغ	5. السن أو تاريخ الميلاد											
6. اسم ولي الأمر أو الوصي	7. رقم الهاتف											
8. ضع علامة على واحد مما يلي:												
☐ يعاني المشارك من إعاقة أو حالة طبية تتطلب وجبات خاصة و/أو تجهيزات خاصة. (راجع التعريفات الموجودة على الجانب الخلفي من هذا النموذج.) يجب على المدارس والوكالات المشاركة في برامج التغذية الفيدرالية الامتثال لطلبات الوجبات الخاصة وأي أجهزة معدلة.												
☐ قد يحتاج المشارك إلى وجبات أو تجهيزات خاصة لأسباب طبية لعدم تحمل أنواع معينة من الطعام، مع العلم أنه لا يعاني من إعاقة. يُرجى العلم أن هذا النموذج مخصص للحالات الطبية وليس لتفضيلات الطعام الشخصية. يتم تشجيع المدارس والوكالات المشاركة في برامج التغذية الفيدرالية على تلبية الطلبات المعقولة.												
يجب أن يكمل النموذج ويوقعه طبيب مرخص أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس.												
9. إعاقة المشارك أو حالته الطبية التي تتطلب وجبات أو تجهيزات خاصة:												
10. إذا كان المشارك يعاني من إعاقة، يرجى وصف موجز لكيفية تأثير هذه الإعاقة على نشاط رئيسي من أنشطة حياته:												
11. ما هي الوصفة الغذائية و/أو التجهيزات الخاصة المطلوبة؟ (يرجى تقديم وصف تفصيلي لضمان التنفيذ بشكل صحيح - يمكن استخدام صفحات إضافية):												
12. حدد قوام الطعام المناسب للمشارك المذكور أعلاه:												
☐ عادي	☐ مقطع	☐ مطحون ☐ مهروس										
13. الأطعمة المحظورة وبدائلها (يرجى ذكر الأطعمة المحظورة واقتراح بدائل لها. يمكنك إرفاق ورقة بمعلومات إضافية حسب الحاجة):												
<table border="0"> <tr> <td>أ. الأطعمة المحظورة</td> <td>ب. البدائل المقترحة</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>			أ. الأطعمة المحظورة	ب. البدائل المقترحة	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
أ. الأطعمة المحظورة	ب. البدائل المقترحة											
_____	_____											
_____	_____											
_____	_____											
_____	_____											
14. الأجهزة المعدلة المستخدمة:												
15. توقيع هيئة طبية معترف بها*	16. الاسم مطبوعاً	17. رقم الهاتف										
		18. التاريخ										

*ولتحقيق هذه الغاية، فإن الهيئة الطبية المعترف بها في كاليفورنيا هي طبيب مرخص، أو مساعد طبيب، أو ممرض ممارس.

ينبغي تحديث المعلومات الموجودة في هذا النموذج لتعكس الاحتياجات الطبية و/أو الغذائية الحالية للمشارك.

التعليمات

تحظر وزارة الزراعة الأمريكية التمييز ضد عمالها وموظفيها والمتقدمين للتوظيف على أساس العرق واللون والأصل القومي والعمر والإعاقة والجنس والهوية الجنسية والدين، وكذلك الانتقام، ويشمل الحظر أيضاً، عند الاقتضاء، المعتقدات السياسية والحالة الاجتماعية، وحالة الأسرة أو الوالدين، والميول الجنسية، أو إذا كان كل أو جزء من دخل الفرد مستمداً من أي برنامج مساعدة عامة، أو معلومات وراثية محمية في مجال التوظيف أو في أي برنامج أو نشاط تقوم بتنفيذه أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية. (لا تنطبق جميع الأسس المحظورة على جميع البرامج و/أو أنشطة التوظيف.)

لتقديم شكوى تمييز في برنامج الحقوق المدنية، أكمل نموذج الشكوى الخاص بوزارة الزراعة الأمريكية، الموجود على الإنترنت: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، أو في أي مكتب لوزارة الزراعة الأمريكية، أو اتصل بالرقم 866-632-9992 لطلب النموذج. يمكنك أيضاً كتابة خطاب يتضمن جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. وإرسال نموذج الشكوى المكتمل أو الرسالة إلينا عبر البريد إلى U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410، أو عبر الفاكس 202-690-7442 أو عبر البريد الإلكتروني على program.intake@usda.gov، كما يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو الذين يعانون من صعوبات في النطق التواصل مع وزارة الزراعة الأمريكية عبر خدمة الترحيل الفيدرالية على الأرقام التالية: 800-877-8339 أو 800-845-6136 (لغة الإصباحية). وزارة الزراعة الأمريكية هي مُقدم خدمات وصاحب عمل يلتزم بمبدأ الفرص المتكافئة.

1. **المدرسة/الوكالة:** كتابة اسم المدرسة أو الوكالة التي تُصدر هذا النموذج لولي الأمر.
2. **الموقع/المكان:** كتابة اسم الموقع/المكان الذي سيتم فيه تقديم الوجبات (على سبيل المثال، موقع المدرسة، أو مركز رعاية الأطفال، وما إلى ذلك).
3. **رقم هاتف المكان:** تدوين رقم هاتف المكان الذي سيتم فيه تقديم الوجبات. انظر #2.
4. **اسم المشارك:** كتابة اسم المشارك (طفلاً أو بالغاً) الذي تشير إليه المعلومات.
5. **سن المشارك:** تدوين سن المشارك. بالنسبة للأطفال الرضع، يرجى استخدام تاريخ الميلاد.
6. **اسم ولي الأمر أو الوصي:** كتابة اسم الشخص الذي يطلب التقرير الطبي للمشارك.
7. **رقم الهاتف:** كتابة رقم هاتف ولي الأمر أو الوصي.
8. **ضع علامة على واحد مما يلي:** ضع علامة (□□) في المربع للإشارة إلى ما إذا كان المشارك يعاني من إعاقة أم لا.
9. **الإعاقة أو الحالة الطبية التي تتطلب وجبات أو تجهيزات خاصة:** وصف الحالة الطبية التي تتطلب وجبات أو تجهيزات خاصة (على سبيل المثال، مرض السكري عند الأطفال، أو الحساسية تجاه الفول السوداني، وما إلى ذلك).
10. **إذا كان المشارك يعاني من إعاقة، يرجى وصف موجز لكيفية تأثير هذه الإعاقة على نشاط رئيسي من أنشطته حياته:** توضيح كيف يمكن أن تؤدي الحالة الصحية أو الطبية إلى إعاقة (مثل، يمكن أن تسبب حساسية الفول السوداني تفاعلاً خطيراً يهدد الحياة).
11. **نظام غذائي علاجي و/أو تجهيزات خاصة:** وصف نظاماً غذائياً علاجياً محدداً أو تجهيزات خاصة تم وصفها من قبل هيئة طبية معترف بها.
12. **تحديد قوام الطعام:** ضع علامة (□□) في المربع للإشارة إلى نوع قوام الطعام المطلوب. إذا لم يكن المشارك بحاجة إلى أي تعديل، حدد «عادي».
13. **أ. الأطعمة المحظورة:** إدراج الأطعمة المحظورة (على سبيل المثال، استبعاد الحليب السائل).
14. **ب. البدائل المقترحة:** إدراج البدائل المقترحة في النظام الغذائي (على سبيل المثال، العصير المدعم بالكالسيوم).
15. **الأجهزة المعدلة:** توضيح أنواع الأجهزة المعدلة الضرورية لمساعدة الشخص على تناول الطعام (على سبيل المثال، كوب مزود بماصة، ملعقة بمقبض عريض، أثاث مصمم خصيصاً للكراسي المتحركة، وما إلى ذلك).
16. **توقيع هيئة طبية معترف بها:** توقيع الهيئة الطبية التي تطلب الوجبات أو التجهيزات الخاصة.
17. **الاسم مطبوعاً:** كتابة اسم الهيئة الطبية.
18. **رقم الهاتف:** رقم هاتف الهيئة الطبية.
19. **التاريخ:** تاريخ توقيع الهيئة الطبية على النموذج.

تمت الإشارة إلى هذه النصوص من المادة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973، وقانون الأمريكيين المعوقين (ADA) لعام 1990، وقانون تعديل قانون الأمريكيين المعوقين لعام 2008:

يُعتبر الشخص ذو إعاقة إذا كان لديه ضعف جسدي أو عقلي يؤثر بشكل كبير على قدرته على القيام بأنشطة الحياة اليومية الهامة، أو إذا كان لديه تاريخ مع هذا الضعف، أو إذا كان يُنظر إليه على أنه يعاني من هذا الضعف.

تشمل «الإعاقة البدنية أو الذهنية» ما يلي: (أ) أي اضطراب أو حالة فسيولوجية، أو تشوه تجميلي، أو فقدان تشريحي يؤثر على جهاز واحد أو أكثر من أجهزة الجسم، بما في ذلك: الجهاز العصبي، العضلي الهيكلي، الحواس الخاصة، التنفسي، النطقي، القلبي الوعائي، التناسلي، الهضمي، البولي التناسلي، الدموي والمفاوي، الجلد، والغدد الصماء؛ و (ب) أي اضطراب ذهني أو نفسي، مثل التخلف العقلي، متلازمة تلف الدماغ العضوي، المرض العاطفي أو النفسي، وصعوبات التعلم المحددة.

تشمل وظائف الحياة الأساسية، على سبيل المثال لا الحصر، القدرة على: رعاية الذات والاعتناء بالنفس، وأداء المهام اليدوية، والرؤية، والسمع، وتناول الطعام، والنوم، والمشي، والوقوف، والرفع، والانحناء، والتحدث، والتنفس، والتعلم، والقراءة، والتركيز، والتفكير، والتواصل، والعمل.

بالإضافة إلى الأنشطة الحياتية الأساسية، تشمل وظائف الجسم الرئيسية ووظائف الجهاز المناعي، والنمو الطبيعي للخلايا، ووظائف الجهاز الهضمي (بما في ذلك الأمعاء)، والجهاز البولي (بما في ذلك المثانة)، والجهاز العصبي، والدماغ، والجهاز التنفسي، والدورة الدموية، والجهاز الغدد الصماء، والجهاز التناسلي.

«لديه سجل يمثل هذه الإعاقة» 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 أحد أو أكثر أنشطة الحياة الرئيسية.