

特殊饮食申请表

当因医疗原因、残疾或严重过敏，需要在“儿童营养计划”*的供餐中为儿童提供特殊安排时，请填写本表。本表必须由持有州执照的医疗服务提供者和家长/监护人填写并签名，然后交至 _____

参与者信息：（由家长/监护人填写）

参与者全名：_____日期：_____

出生日期：_____

就读学校/中心/地点名称：_____

家长/监护人姓名：_____

电话号码：(手机)_____其他：_____

仅当孩子的需求发生变化时，才需更新本表。

必填信息：饮食安排（由医疗人员填写）

1. 列出需要剔除和替换的食物。如有需要，请附上一张附有补充说明的纸。

应避免食用的食物	可替代食物

2. 简要说明食用该食物（或这些食物）对参与者有何影响。

其他信息

纹理修改（圈出来）：泥状 细碎多汁 软糯可口，一口大小
易于咀嚼

管饲：_____配方名称：_____

使用说明：_____

其他饮食调整或补充说明：_____

需签名

本表必须由持有州执照的医师（MD 或 DO）、医师助理（PA）、高级执业医疗人员（执业护士或 NP、高级执业注册护士或 APRN）或注册营养师（RD 或 RDN）签署。

开具处方者姓名及资质（请用正楷填写）：_____

签名：_____日期：_____

诊所/医院：_____

电话号码：_____传真号码：_____

自愿授权

致家长/监护人/参与者的说明：您可在“自愿授权”一栏签名，授权学校/中心/校区的负责人就本《特殊饮食申请表》与医务人员进行沟通：

根据1996年《健康保险携带与责任法案》（HIPAA）及《家庭教育权利与隐私法案》的规定，本人特此授权 _____

_____（医生/医疗权威机构名称）披露此类受保护的健康信息，以满足特殊饮食信息这一特定目的，供 _____（计划名称），并且本人同意允许医生/医疗机构在必要时，与该计划自由交换本表及其记录中关于本人的信息。本人理解，即使本人拒绝签署此授权书，也不会影响本人申请特殊饮食的资格。本人理解，除信息已公开的情况外，允许发布此信息的许可可随时撤销。可选：本人授权发布此信息的许可将于 _____（日期）到期。本信息特此发布，旨在提供特殊饮食信息。签署人特此证明，本人系本文件所列参与者的父母、监护人或授权代表，并有权代表该参与者签署本文件。

家长/监护人： _____ 日期： _____

或参与者签名（仅限成人日间护理）： _____

美国农业部（USDA）反歧视声明

根据联邦民权法和美国农业部（USDA）的民权法规和政策，本机构不得基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、残疾、年龄，或因先前参与民权活动而进行报复或歧视。

计划信息可能会以英语以外的其他语言提供。残疾人士如需通过其他沟通方式获取计划信息（例如盲文、大字印刷、录音带、美国手语），应联系负责管理该计划的州或地方机构，或致电美国农业部TARGET中心（202）720-2600（语音及TTY），或通过联邦中继服务（800）877-8339联系美国农业部。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写《AD-3027表——美国农业部计划歧视投诉表》，本表可从以下网址在线获取：美国农业部（USDA）计划歧视投诉表，可向任何美国农业部办事处索取，或致电（866）632-992，或致函美国农业部。该信函必须包含投诉人的姓名、地址、电话号码，并对所指控的歧视行为进行书面描述，且描述须足够详细，以便向民权助理部长（ASCR）说明所指控的民权侵犯行为的性质及发生日期。填写完整的AD-3027表或信函必须在以下日期前提交给美国农业部：

1. 邮寄地址：U.S.Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C.20250-9410；或

2. 传真：(833) 256-1665 或 (202) 690-7442；或

3. 电子邮箱：Program.Intake@usda.gov

本机构是平等机会提供者。