

특별 식단 요청서

질병 사유, 장애 또는 심각한 알레르기로 인해 아동 급식 프로그램(Child Nutrition Program)* 이용 시 아동에게 특별 조치가 필요한 경우, 본 양식을 작성해 주시기 바랍니다. 본 양식은 공인 의료진(주 면허 소지자)과 학부모/보호자가 작성 및 서명한 후, 아래 주소로 회신해 주시기 바랍니다. _____

대상자 정보: (학부모/보호자가 작성)

대상자 성명: _____ 날짜: _____

생년월일: _____

참가한 소속 학교/센터/시설: _____

학부모/보호자 성명: _____

전화번호: (휴대전화) _____ 기타: _____

자녀의 지원 사항이 변경된 경우에만 본 양식을 업데이트해 주시기 바랍니다.

필수 정보: 식단 관련 요청 사항(의료진 작성란)

1. 제외하거나 대체할 식품 목록을 작성해 주십시오. 필요 시 추가 요청 사항이 담긴 문서를 첨부하십시오.

제외 식품	대체 식품

2. 해당 식품에 노출되었을 때 대상자에게 나타나는 증상을 간략히 기재해 주십시오.

추가 정보

음식 질감 조절(동그라미 표시): 퓨레 형태 다진 형태 부드러운 한 입 크기
씹기 쉬운 형태

경관 급식: _____ 제품명: _____

급식 주의사항: _____

기타 식이 조절 사항 또는 추가 요청 사항: _____

필수 서명

본 양식은 주정부 면허를 소지한 의사(MD 또는 DO), 보조 의사(PA), 상급 실무 간호사(NP/APRN) 또는 등록 영양사(RD/RDN)의 서명이 필요합니다.

처방권자 성명 및 면허 자격(정자체로 기재): _____

서명: _____ 날짜: _____

의료기관명: _____

전화번호: _____ 팩스 번호: _____

자발적 동의

학부모/보호자/대상자 여러분께: ‘자발적 동의’란에 서명하시면, 학교/센터/시설의 담당자가 본 ‘특별 식단 요청서’의 내용에 대해 의료진과 상담하는 것에 동의하게 됩니다.

1996년 제정된 건강보험 양도 및 책임에 관한 법률(HIPAA) 및 가족 교육권 및 개인정보 보호법의 규정에 따라, 본인은 다음과 같이 정보 공유를 승인합니다. _____

(의료진/의료기관명)이(가) 특별 식단 정보 제공이라는 특정 목적을 위해 필요한 범위 내에서 보호 대상 건강 정보를 (프로그램명)과 관련하여, 본인은 담당 의료진/의료기관이 본 양식 및 기록에 기재된 본인에 관한 정보를 해당 프로그램 운영에 필요한 범위 내에서 자유롭게 상호 공유하는 데 동의합니다. 본인은 이 동의서에 서명을 거부하더라도, 본인의 특별 식단 요청 자격에 어떠한 불이익이나 영향도 없음을 확인합니다. 본인은 이미 정보가 공개된 경우를 제외하고, 본 공개 정보에 대한 동의를 언제든지 철회될 수 있음을 확인합니다. 선택 사항: 본 정보 공개의 유효 기간은 _____ (날짜)까지입니다. 본 정보는 특별 식단 정보 제공을 위한 목적으로만 공개 및 사용됩니다. 아래 서명인은 본 문서에 기재된 대상자의 학부모, 보호자 또는 권한을 위임받은 대리인으로서, 해당 대상자를 대신하여 서명할 법적 권한이 있음을 증명합니다.

학부모/보호자: _____ 날짜: _____

또는 대상자 서명(주간 성인 돌봄 서비스에 한함): _____

미국 농무부(USDA) 차별 금지 성명서

연방 민권법 및 미국 농무부(USDA) 민권 규정과 정책에 따라, 본 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 장애, 나이를 이유로 차별하거나, 과거의 민권 활동에 대한 보복 또는 불이익을 가하는 행위를 금지합니다.

프로그램 정보는 영어 외의 다른 언어로도 제공 받으실 수 있습니다. 프로그램 정보를 얻기 위해 대체 의사소통 수단(예: 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 미국 수화)이 필요한 장애인은 해당 프로그램을 관리하는 주 또는 지역 기관에 문의하거나, USDA의 TARGET 센터(전화 및 TTY: (202) 720-2600)로 연락하거나, 연방 중계 서비스(800-877-8339)를 통해 USDA에 문의하시기 바랍니다.

프로그램 차별 관련 민원을 제기하려면, 민원인은 아래 웹사이트에서 제공하는 ‘AD-3027 양식(USDA 프로그램 차별 민원 양식)’을 작성해야 합니다. USDA 프로그램 차별 민원 양식은 모든 USDA 사무소에서 수령하거나, 전화 (866) 632-992 또는 USDA 앞으로 서신을 보내면 요청하실 수 있습니다. 해당 서신에는 민원인의 성명, 주소, 전화번호가 포함되어야 하며, 민권 담당 차관보(ASCR)가 차별 행위의 성격 및 발생 일자를 명확히 파악할 수 있도록 해당 차별 행위에 관한 내용을 서면으로 상세히 기재해야 합니다. 작성 완료된 AD-3027 양식 또는 서신은 다음 방법으로 USDA에 제출해야 합니다.

1. 우편: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410 또는

2. 팩스: (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442 또는

3. 이메일: Program.Intake@usda.gov

본 기관은 평등한 기회를 제공하는 기관입니다.