특별식 및/또는 편의 요청을 위한 진단서

1. 학교 또는 기관	2. 사이트 이름	3. 장소 전화번호
4. 아동 또는 참가자 이름		5. 연령 또는 출생일
6. 부모 또는 보호자 이름		7. 전화번호

8. 아동 또는 참가자에게 영향을 주는 신체 또는 정신적 장애에 대한 설명:

9. 적합한 이행을 위한 식단 처방 및/또는 편의사항에 대한 설명:

10. 상기 아동 또는 참가자를 위한 음식 질감 표시:

☐ 일반 ☐ 잘게 다짐 ☐ 갈음 ☐ 퓌레

11. 사용할 적응 장치:

12. 제외 식품 및 적합한 대체 식품:

제외 식품	권장 대체 식품

13. 캘리포니아주 라이센스가 있는 의료 전문가의 서명*

15. 인쇄된 이름	16. 전화번호	16. 날짜

*이 진단서의 목적을 위해 캘리포니아주 라이센스가 있는 의료 전문가는 라이센스가 있는 의사, 의료보조원 또는 전문 간호사이어야합니다.

*본 양식은 인증된 디지털 서명이 있는 경우에도 유효한 것으로 간주됩니다.

본 양식에 수록된 정보는 환자의 현재 의료 및/또는 영양 관련 요구가 반영되도록 업데이트한 것이어야 합니다.

지침

1. **학교 또는 기관:** 본 양식을 부모에게 제공하는 학교 또는 기관 이름을 정자체로 기입합니다.

2. **장소:** 음식을 제공할 곳의 이름을 정자체로 기입합니다.

3. **장소 전화번호:** 음식을 제공할 곳의 전화번호를 정자체로 기입합니다.

4. **아동 또는 참가자 이름:** 정보의 당사자인 아동 또는 참가자의 이름을 정자체로 기입합니다.

5. **아동 또는 참가자의 연령:** 아동 또는 참가자의 나이를 정자체로 기입합니다. 유아인 경우 생년월일을 기입합니다.

6. **부모 또는 보호자 이름:** 아동 또는 참가자의 진단서를 요청한 사람의 이름을 정자체로 기입합니다.

7. **전화번호:** 부모 또는 보호자의 전화번호를 정자체로 기입합니다.

8. **아동 또는 참가자에게 영향을 주는 신체 또는 정신적 장애에 대한 설명:** 신체 또는 정신 장애가 해당 아동 또는참가자의 식사를 어떻게 제약하는지 설명하십시오.

9. **적합한 이행을 확인하기 위한 식단 처방 및/또는 편의 사항에 대한 설명:** 캘리포니아주 의료 전문가가 처방한 특정식단 또는 편의 사항을 설명하십시오.

10. **질감 표시:** 참가자에게 특별한 조정이 필요 없는 경우 "일반"에 표시합니다.

11. **사용할 적응 장치:** 아동 또는 참가자의 식사를 돕는 데 필요한 장치를 구체적으로 명시합니다 (예: 시피컵, 손잡이 가큰 스푼, 휠체어 이용이 가능한 가구 등).

12. **제외해야 할 음식:** 제외해야 할 구체적인 음식을 나열하세요.
    대체 식품 추천: 식단에 포함할 구체적인 음식을 나열하세요.

13. **캘리포니아주 라이센스가 있는 의료 전문가의 서명:** 특별식 또는 편의사항을 요청하는 캘리포니아주 라이센스가있는 의료 전문가의 서명.

14. **정자체 이름:** 캘리포니아주 라이센스가 있는 의료 전문가의 정자체 이름.

15. **전화번호:** 캘리포니아주 라이센스가 있는 의료 전문가의 전화번호.

16. **날짜:** 캘리포니아 면허 보건 전문가가 서명한 양식.

장애란 개인과 관련하여, 개인의 주요 생활 활동 중 하나 이상을 실질적으로 제한하는 신체적 또는 정신적 손상, 그러한 손상에 대한 기록, 또는 그러한 손상이 있는 것으로 간주되는 것을 의미합니다.

신체적 또는 정신적 손상이란 신경계, 근골격계, 특수 감각 기관, 호흡계(언어 기관 포함), 심혈관계, 생식계, 소화계, 비뇨생식기, 면역계, 순환계, 혈액계, 림프계, 피부계, 내분비계 등 하나 이상의 신체 시스템에 영향을 미치는 모든 생리적 장애 또는 상태, 미용적 손상 또는 해부학적 손실을 의미합니다.

또는 지적 장애, 유기적 뇌 증후군, 정서 또는 정신 질환, 특정 학습 장애와 같은 모든 정신적 또는 심리적 장애를 의미합니다. 신체적 또는 정신적 장애에는 전염성 및 비전염성 질환 및 상태가 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. 여기에는 정형외과적 장애, 시각 장애, 언어 장애, 청각 장애, 뇌성마비, 간질, 근이영양실조, 다발성 경화증, 암, 심장병, 당뇨병, 지적 장애, 정서 장애, 난독증 및 기타 특정 학습 장애, 주의력 결핍 과잉 행동 장애, 인간 면역 결핍 바이러스 감염(증상 유무와 관계없이), 결핵, 약물 중독 및 알코올 중독이 포함됩니다.

주요 생활 활동에는 자기 관리, 수동 작업 수행, 보기, 듣기, 먹기, 자기, 걷기, 서기, 앉기, 뻗기, 들기, 구부리기, 말하기, 호흡하기, 배우기, 읽기, 집중하기, 생각하기, 쓰기, 의사소통하기, 타인과 교류하기, 일하기 등이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. 또한 주요 신체 기능의 작동도 포함됩니다.

주요 신체 기능에는 면역 체계, 특수 감각 기관 및 피부, 정상적인 세포 성장, 소화기, 비뇨생식기, 장, 방광, 신경계, 뇌, 호흡계, 순환계, 심혈관계, 내분비계, 혈액계, 림프계, 근골격계, 생식계의 작동이 포함됩니다. 주요 신체 기능의 작동에는 신체 시스템 내 개별 기관의 작동이 포함됩니다.

USDA 차별 금지 성명

연방 시민권법 및 미국 농무부(USDA) 시민권 규정 및 정책에 따라, USDA와 USDA 프로그램에 참여하거나 관리하는 산하 기관, 사무소, 직원 및 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별, 장애, 연령, 혼인 여부, 가족/부모 지위, 공공 지원 프로그램 소득, 정치적 신념, 또는 이전 시민권 활동에 대한 보복이나 앙갚음을 근거로 차별하는 것이 금지됩니다. 이는 USDA가 운영하거나 자금을 지원하는 모든 프로그램 또는 활동에서 금지됩니다(모든 프로그램에 적용되는 것은 아닙니다). 구제책 및 불만 제기 기한은 프로그램 또는 사건에 따라 다릅니다.

프로그램 정보를 얻기 위해 대체 의사소통 수단(예: 점자, 큰 활자체, 오디오 테이프, 미국 수화 등)이 필요한 장애인은 프로그램을 운영하는 주 또는 지역 기관에 문의하거나 711(음성 및 TTY)로 전화하여 통신 중계 서비스를 통해 USDA에 문의해야 합니다. 또한, 프로그램 정보는 영어 이외의 언어로 제공될 수 있습니다.

프로그램 차별에 대한 불만을 제기하려면 USDA 프로그램 차별 불만 제기 양식(AD-3027, PDF)을 작성하십시오. 이 양식은 프로그램 차별 불만 제기 방법 웹사이트와 모든 USDA 사무소에서 확인할 수 있습니다. 또는 USDA 앞으로 편지를 작성하여 양식에 요청된 모든 정보를 함께 제출하십시오. 불만 제기 양식 사본을 요청하려면 866-632-9992로 전화하십시오. 작성된 양식 또는 편지를 다음 기한까지 USDA에 제출하십시오.

1. mail: U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop
   9410 Washington, D.C. 20250-9410;

2. fax: (202) 690-7442; or

3. email: program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.