

## Запрос о предоставлении специального

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Имя участника:                           | Дата рождения:              |
| Имя опекуна:                             | Телефон:                    |
| Адрес для почтовых отправлений:          | Город/штат/почтовый индекс: |
| Название центра/объекта:                 |                             |
| Х _____<br>Подпись участника или опекуна | _____<br>Дата               |

### Распоряжение о специальном рационе питания

Федеральное законодательство и нормативные акты Министерства сельского хозяйства США требуют, чтобы программы питания вносили разумные изменения, учитывающие потребности людей с ограниченными возможностями. Согласно закону, инвалидность – это нарушение, которое существенно ограничивает основную жизнедеятельность или функции организма, что может включать аллергию и заболевания пищеварительной системы, но не включает личные пищевые предпочтения.

- Опишите, каким образом нарушение влияет на участника** (т.е. как прием пищи/контакт с пищей влияет на участника):
- Объясните, что необходимо сделать для соблюдения диеты участника** (т.е. каких продуктов следует избегать/исключить из рациона участника):
- Перечислите продукты питания и/или напитки, которые следует заменить, предоставить или изменить:**

Х \_\_\_\_\_  
Подпись признанного на уровне штата специалиста в области медицины\*      Дата

\_\_\_\_\_  
Название клиники

*\*Признанный на уровне штата специалист в области медицины – это лицензированный медицинский работник, имеющий право выписывать медицинские рецепты в штате Вашингтон: Врач (MD), врач-остеопат (DO), ассистент врача (PA), имеющий право выписывать рецепты, врач-натуропат или дипломированная практикующая медсестра высшей квалификации (ARNP).*

*Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.*