

Запит на спеціальне дієтичне харчування

| | |
|--|--------------------|
| Ім'я учасника: | Дата народження: |
| Ім'я опікуна: | Телефон: |
| Поштова адреса: | місто/штат/індекс: |
| Назва центру/установи: | |
| Х _____ Підпис учасника або опікуна | |
| _____ Дата | |

Дієтичне харчування

Федеральні закони і норми USDA вимагають, щоб в програми харчування вносились розумні зміни для включення людей з обмеженими можливостями. Відповідно до закону, обмежені можливості – це порушення, які істотно обмежують основну життєдіяльність або функції організму, які можуть включати алергію і розлади травлення, але не покривають особисті побажання в харчуванні.

- 1. Опишіть, як порушення впливає на учасника** (тобто як на учасника впливає прийом їжі/контакт з їжею):
- 2. Опишіть, що необхідно зробити, щоб змінити раціон учасника** (тобто конкретні продукти харчування, яких слід уникати/виключити з раціону учасника):
- 3. Перерахуйте продукти харчування та/або напої, які повинні бути замінені, надані або змінені:**

Х _____
Підпис визнаного державою медичного органу* Дата

Назва клініки

**Визнаний державою медичний орган – це ліцензований медичний працівник, уповноважений випускати медичні рецепти у Вашингтоні: лікар (MD), лікар-остеопат (DO), помічник лікаря (PA) з розпорядчими повноваженнями, лікар-натуропат або дипломований медичний працівник вищої кваліфікації (ARNP).*

Ця установа надає всім рівні можливості.