

بيان طبي لطلب
الوجبات الخاصة و / أو الإقامة

1. المدرسة أو المنظمة	2. اسم الموقع	3. رقم هاتف الموقع
4. اسم الطفل أو المشارك	5. السن أو تاريخ الميلاد	
6. اسم الوالد أو الوصي	7. رقم الهاتف	
8. وصف الطفل أو العاهات الجسدية أو العقلية المتأثرة:		
9. شرح وصفة الحماية الغذائية و / أو التسهيلات لضمان التنفيذ السليم:		
10. اشر الى قوام الطعام للطفل او المشارك اعلاه:		
<input type="checkbox"/> عادي	<input type="checkbox"/> مقطوع	<input type="checkbox"/> مطحون
<input type="checkbox"/> مهروس		
11. الطعام الذي سيتم الغائه والبديل المناسب:		
الطعام الذي سيتم الغائه		البدائل المقترحة
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
12. المعدات التي تكيفت واستخدمت:		
13. توقيع مختص الرعاية الطبية المرخص له من الولاية*	14. الاسم المطبوع	15. رقم الهاتف
		16. التاريخ

*لهذا الغرض ، فإن أخصائي الرعاية الصحية المرخص له من ولاية كاليفورنيا هو طبيب مرخص أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس

يجب تحديث المعلومات الواردة في هذا النموذج لتعكس الاحتياجات الطبية و / أو التغذوية الحالية للمشارك.

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية ، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية أو إدارتها التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو الإعاقة أو السن أو الانتقام أو الانتقام بسبب نشاط الحقوق المدنية السابق في أي برنامج أو نشاط تقوم به أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات حول البرنامج (مثل طريقة برايل ، أو المطبوعات الكبيرة ، أو التسجيل الصوتي ، أو لغة الإشارة الأمريكية ، وما إلى ذلك) ، الاتصال بوكالة (الدولة أو المحلية) حيث تقدموا بطلبات للحصول على المزايا. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو يعانون من ضعف السمع أو لديهم إعاقات في النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على (800) 877-8339. بالإضافة إلى ذلك ، قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية

لتقديم شكوى من برنامج للتمييز ، أكمل نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية (اي دي-3027) الموجود على الإنترنت على:

الموقع: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html

وفي أي مكتب لوزارة الزراعة الأمريكية ، أو اكتب خطاباً موجهاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية وورد في الرسالة جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى ، اتصل بالرقم (866) -632-9992. أرسل النموذج أو الرسالة المكتملة إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق البريد: وزارة الزراعة الأمريكية ، مكتب مساعد الوزير للحقوق المدنية ، 1400 شارع الاستقلال ، جنوب غرب واشنطن ، program.intake@usda.gov ؛ العاصمة 20250-9410 ؛ الفاكس: (202) 690-7442 ؛ أو البريد الإلكتروني هذه المؤسسة هي مزود تكافؤ الفرص

تعليمات

المدرسة أو الوكالة: اطلع اسم المدرسة أو الوكالة التي تقدم النموذج إلى الوالد

2.الموقع: اطلع اسم الموقع الذي سيتم تقديم وجبات الطعام فيه

3.رقم هاتف الموقع: اطلع رقم هاتف الموقع الذي سيتم تقديم الوجبة فيه

4.اسم الطفل أو المشارك: اطلع اسم الطفل أو المشارك الذي تتعلق به المعلومات

5.عمر الطفل أو المشارك: اطلع عمر الطفل أو المشارك. للرضع ، يرجى استخدام تاريخ الميلاد

6.اسم الوالد أو الوصي: اطلع اسم الشخص الذي يطلب الطفل أو البيان الطبي المشارك

7.رقم الهاتف: اطلع رقم هاتف الوالد أو الوصي

8.وصف للإعاقة الجسدية أو العقلية التي يعاني منها الطفل أو المشارك: اشرح كيف يقيد الضعف البدني أو العقلي النظام الغذائي للطفل أو المشارك

9.شرح الوصفة الطبية و / أو الإقامة لضمان التنفيذ السليم: صف نظامًا غذائيًا محددًا أو محل إقامة تم وصفه من قبل اختصاصي الرعاية الصحية بالولاية

10.أشر إلى القوام: إذا كان الطفل أو المشارك لا يحتاج إلى أي تعديل ، فأختر "عادي"

11.الأطعمة التي يجب حذفها: اذكر الأطعمة المحددة التي يجب حذفها (على سبيل المثال ، استبعاد الحليب السائل) البدائل المقترحة: أدرج الأطعمة المحددة لتضمينها في النظام الغذائي (على سبيل المثال ، عصير مدعم بالكالسيوم)

12.المعدات المتكيفة الواجب استخدامها: صف المعدات المحددة اللازمة لمساعدة الطفل أو المشارك في تناول الطعام (مثل كوب سيبلي ، ملعقة كبيرة ، أثاث يمكن الوصول إليه باستخدام الكرسي المتحرك ، إلخ)

13.توقيع أخصائي رعاية صحية مرخص من الولاية: توقيع أخصائي رعاية صحية مرخص من الولاية يطلب وجبة أو سكن خاص

14.الاسم المطبوع: اسم المطبوع لمتخصص الرعاية الصحية

15. رقم الهاتف: رقم هاتف مختص الرعاية الصحية من طرف الولاية

16.التاريخ: تاريخ الدولة المرخصة الرعاية الصحية النموذج الموقع

اقتباسات من المادة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973 ، وقانون الأميركيين ذوي الإعاقة لعام 1990 ، وقانون تعديل قانون الأميركيين ذوي الإعاقة لعام 2008

يُعرّف الشخص ذو الإعاقة بأنه أي شخص يعاني من إعاقة جسدية أو عقلية يحد بشكل كبير من واحد أو أكثر من أنشطة الحياة الرئيسية ، أو له سجل بهذا الضعف ، أو يُعتبر مصابًا بمثل هذا العجز.

يعني الضعف البدني أو العقلي (أ) أي اضطراب أو حالة فسيولوجية ، أو تشوه جملي ، أو فقد تشريحي يؤثر على واحد أو أكثر من أجهزة الجسم التالية: عصبية ؛ العضلات والعظام. أجهزة الشعور الخاصة: تنفسي؛ خطاب؛ الأعضاء؛ القلب الأوعية الدموية. التناسلية ، الجهاز الهضمي ، البولي التناسلي. الدموي والليمفاوي. البشرة؛ الغدد الصماء. أو (ب) أي اضطراب عقلي أو نفسي ، مثل التخلف العقلي ، متلازمة الدماغ العضوية ، الأمراض العاطفية أو العقلية ، صعوبات التعلم المحددة

تشمل أنشطة الحياة الرئيسية ، على سبيل المثال لا الحصر ، رعاية الذات ، أداء المهام اليدوية ، الرؤية ، السمع ، الأكل ، النوم ، المشي ، الوقوف ، الرفع ، الانحناء ، التحدث ، التنفس ، التعلم ، القراءة ، التركيز ، التفكير ، التواصل ، والعمل.

تم إضافة وظائف جسدية رئيسية إلى أنشطة الحياة الرئيسية وتشمل وظائف الجهاز المناعي ؛ نمو الخلايا الطبيعية. والجهاز الهضمي ، الأمعاء ، المثانة ، الجهاز العصبي ، الدماغ ، الجهاز التنفسي ، الدورة الدموية ، الغدد الصماء ، والتناسلية

"لديه سجل يمثل هذا العجز" يعني أن الشخص لديه ، أو تم تصنيفه (أو تم تصنيفه بشكل خاطئ) على أنه ، لديه سجل من الضعف العقلي أو البدني الذي يحد بشكل كبير من واحد أو أكثر من أنشطة الحياة الرئيسية

