**Запит на спеціальне дієтичне харчування**

|  |  |
| --- | --- |
| Ім'я учасника: | Дата народження: |
| Ім'я опікуна: | Телефон: |
| Поштова адреса: | місто/штат/індекс: |
| Назва центру/установи:  |
| X 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:** |
| X Підпис визнаного державою медичного органу\* ДатаНазва клініки*\*Визнаний державою медичний орган – це ліцензований медичний працівник, уповноважений виписувати 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.

OSPI CNS Жовтень 2018 року