



Đơn Yêu cầu Sản phẩm Thay thế Sữa - Dành cho người lớn

(Yêu cầu theo nguyện vọng cá nhân/Không phải bệnh lý)

Chương Trình Thực Phẩm Chăm Sóc Trẻ Em Và Người Lớn (Child and Adult Care Food Program, CACFP)

Nếu quý vị không thể uống sữa bò thông thường do nguyện vọng cá nhân hoặc chế độ ăn uống đặc biệt nhưng **không** có khuyết tật hay bệnh lý được bác sĩ chẩn đoán, quý vị hoặc trung tâm chăm sóc có thể lựa chọn sử dụng sản phẩm thay thế sữa hoặc các loại sữa khác. **Nếu quý vị chọn bất kỳ phương án nào từ 1 đến 3 dưới đây, vui lòng hoàn thành biểu mẫu này.**

1. Sản phẩm Thay thế Sữa được OSPI phê duyệt

Vui lòng tham khảo danh sách [Các sản phẩm thay thế sữa được Office of Superintendent of Public Instruction \(OSPI\) phê duyệt](#) để lựa chọn phù hợp.

2. Sản phẩm Thay thế sữa không chứa sữa

USDA (United States Department of Agriculture) cho phép sử dụng bất kỳ loại sản phẩm thay thế sữa nào có giá trị dinh dưỡng tương đương với sữa bò tươi. Điều này có nghĩa là sản phẩm thay thế sữa phải đạt hoặc vượt các chỉ số dinh dưỡng (trên 1 cốc tương đương 8 oz hoặc khoảng 240ml) liệt kê bên dưới.

Sản phẩm phải chứa các chất dinh dưỡng sau trong 1 cốc:	
Chất dinh dưỡng	Mỗi cốc
Canxi	276 mg
Đạm (Protein)	8 g
Vitamin A	500 IU hoặc 150 mcg
Vitamin D	100 IU hoặc 2,5 mcg
Magiê (Magnesium)	24 mg
Phốt pho (Phosphorus)	222 mg
Kali (Potassium)	349 mg
Riboflavin	0,44 mg
Vitamin B-12	1,1 mcg

3. Các loại sữa thay thế khác

Các loại sữa khác vẫn được tính vào khẩu phần ăn và có thể dùng thay cho sữa bò tiêu chuẩn bao gồm sữa axit hóa (acidified milk), sữa acidophilus, sữa bơ (buttermilk) (được sản xuất thương mại), sữa dê, sữa Kefir, sữa không chứa hoặc ít đường lactose (như Lactaid) và sữa hữu cơ.

Tên Người Tham Gia: _____

Lý do cần sản phẩm thay thế sữa: _____

Tên Sản phẩm Thay thế sữa không chứa sữa hoặc Các loại sữa thay thế khác: _____

Hình thức cung cấp:

☐ Tôi yêu cầu **trung tâm chăm sóc người trưởng thành** cung cấp loại sản phẩm này. Tôi hiểu rằng trung

tâm có quyền từ chối các yêu cầu không dựa trên nhu cầu bệnh lý có chẩn đoán y khoa.

☐ **Tôi sẽ tự cung cấp** loại đồ uống này.

Chữ ký của thành viên gia đình/Người giám hộ:

_____Ngày: _

Tổ chức này mang đến cơ hội bình đẳng.

Tháng 2 năm 2026