

申請特殊餐點和（或）  
 便利安排之醫療陳述書

1. 學校/機構名稱		2. 站點名稱		3. 站點電話號碼											
4. 參與者姓名			5. 年齡或出生日期												
6. 家長或監護人姓名			7. 電話號碼												
8. 請勾選一項： <input type="checkbox"/> 參與者患有殘障或病症，並需要特殊餐點或便利安排。（請參閱此表格背面的相關定義。）參與聯邦營養計畫的學校和機構必須按照要求提供特殊餐點及任何設備改裝。必須由持照醫生簽署此表格。  <input type="checkbox"/> 參與者沒有殘障，但因食物不耐受症或其他醫療原因而請求特殊餐點及便利安排。食物偏好不是使用此表格的正當理由。鼓勵參與聯邦營養計畫的學校和機構針對合理請求給予便利安排。必須由持照醫生、醫生助理或執業護士簽署此表格。															
9. 由於殘障或病症而請求特殊餐點或便利安排：															
10. 如果參與者患有殘障，應提交一份簡要說明書，用於描述參與者生活中有哪些主要活動受其殘障症狀影響：															
11. 特殊飲食配方和（或）便利安排：（請詳細描述，以確保做出正確安排——如有需要，請另紙書寫）															
12. 說明食物質地： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 切碎 <input type="checkbox"/> 磨碎 <input type="checkbox"/> 泥狀															
13. 需要避免的食物和替代食物：（請具體列出需要避免的食物和所建議的替代食物。如有需要，您可以隨附紙頁，用於提供額外資訊。） <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center;">A. 需要避免的食物</td> <td style="width:50%; text-align:center;">B. 所建議的替代食物</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>						A. 需要避免的食物	B. 所建議的替代食物	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A. 需要避免的食物	B. 所建議的替代食物														
_____	_____														
_____	_____														
_____	_____														
_____	_____														
14. 經改裝的設備：															
15. 代填者簽名*		16. 工整填寫之姓名		17. 電話號碼	18. 日期										
19. 醫療機構簽名*		20. 工整填寫之名稱		21. 電話號碼	22. 日期										

\* 要求醫生為殘障參與者簽名。對於沒有殘障的參與者，必須由持照醫生、醫生助理或執業護士簽署此表格。

此表格中的資訊應加以更新，以反映參與者目前的醫療和（或）營養需求。

本機構遵守聯邦法律及美國農業部的政策，禁止以種族、膚色、原國籍、性別、年齡或身體殘障為由，而對任何人進行歧視。若需對歧視行為提出投訴，請致函美國農業部，地址是：USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410；或者致電聯絡：(866) 632-9992（語音應答電話）。語障或聽障人士可透過聯邦中繼轉接服務專線與美國農業部聯絡，專線號碼是(800) 877-8339，或者(800) 845-6136（西班牙語）。美國農業部（USDA）是一個公平機會提供者和雇主。

申請特殊餐點和（或）  
 便利安排之醫療陳述書

方法說明

1. **學校/機構**：請工整填寫向家長提供此表格的學校或機構名稱。
2. **站點**：請工整填寫提供餐點的站點（例如校址、托兒中心、社區中心等）。
3. **站點電話號碼**：請工整填寫提供餐點的電話號碼。請參閱第 2 條。
4. **參與者姓名**：請工整填寫此資訊涉及的兒童或成人參與者。
5. **參與者年齡**：請工整填寫參與者的年齡。若為嬰兒，請填寫其出生日期。
6. **家長或監護人姓名**：請工整填寫索取參與者醫療陳述書之人士的姓名。
7. **電話號碼**：請工整填寫家長或監護人的電話號碼。
8. **請勾選一項**：請勾選(✓)一個方框，藉以表明參與者患有殘障，或者無殘障。
9. **由於殘障或病症而需要特殊餐點或便利安排**：請描述需要特殊餐點或便利安排的病症（例如青少年糖尿病、花生過敏症等）。
10. **如果參與者患有殘障，應提交一份簡要說明書，用於描述參與者生活中有哪些主要活動受其殘障症狀影響**：請描述身體狀況或病症對殘障有何影響。例如：「花生過敏症會引發致命的過敏反應。」
11. **特殊飲食配方和（或）便利安排**：請描述醫生處方所要求的特殊飲食配方或便利安排，或者描述因非致殘症狀而需要的飲食調整。例如：「所有食物都必須呈流質或泥狀。參與者無法吃任何固體食物。」
12. **說明食物質地**：請勾選(✓)一個方框，藉以表明所需要的食物質地類別。若參與者不需要任何食物調整，請勾選「正常」選項。
13. **A. 需要避免的食物**：請列出需要避免的特定食物。例如「避免流質牛奶」。  
**B. 所建議的替代食物**：請列出飲食中應包括的特定食物。例如「高鈣果汁」。
14. **經改裝的設備**：請描述為了協助參與者進餐而需要的特定設備。（範例包括密封防漏杯、粗把羹匙、輪椅使用者便利傢俱等。）
15. **代填者簽名**：表格填寫者的簽名。
16. **工整填寫姓名**：工整填寫表格填寫者的姓名。
17. **電話號碼**：表格填寫者的電話號碼。
18. **日期**：代填者簽署表格的日期。
19. **醫療機構簽名**：請求特殊餐點或便利安排的醫療機構之簽名。
20. **工整填寫名稱**：工整填寫醫療機構的名稱。
21. **電話號碼**：醫療機構的電話號碼。
22. **日期**：醫療機構簽署表格的日期。

#### 定義\*：

根據定義，「**殘障者**」係指患有嚴重限制其一種或多種主要日常生活活動的身體或精神障礙、有相關此類障礙的文件記錄，或者被認定患有上述障礙。

「**身體或精神障礙**」係指(a)任何生理失調或症狀、外觀畸形，或者影響以下一種或多種人體系統的肢體殘缺：神經系統，肌肉骨骼系統，特殊感覺器官，包括發音器官在內的呼吸系統，心血管系統，生殖、消化和泌尿生殖系統，血液淋巴系統，皮膚，以及內分泌系統；或者(b)任何心理或生理失調，例如弱智、器質性腦綜合症、情緒或心理疾病，以及學習能力障礙。

「**主要日常生活活動**」包括但不限於：自我照料、手工操作、使用視覺、使用聽覺、飲食、睡覺、行走、站立、抬起、彎曲、言語、呼吸、學習、閱讀、集中注意力、思考、溝通，以及工作等。

根據定義，「**有相關此類障礙的文件記錄**」係指以往曾經有過或者已被劃歸為（或被錯誤劃歸為）身體或精神障礙患者，而且此類障礙嚴重限制其一種或多種主要日常生活活動。

（\*引文來自 1973 年複健法案第 504 節以及 1990 年美國殘障者法案）

***[NOTE TO LOCAL EDUCATIONAL AGENCIES (LEAs): As a form of assistance to LEAs, the California Department of Education (CDE) offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit the needs of specific language groups in the local community. If you have comments or questions regarding the translation, please e-mail the Clearinghouse for Multilingual Documents (CMD) at [cmd@cde.ca.gov](mailto:cmd@cde.ca.gov).]***