

특별 식사 및/또는 보조기구 요청서

1. 학교/기관명	2. 소재지 명	3. 소재지 전화번호	
4. 아동 또는 성인 참가자 이름		5. 연령 또는 출생일	
6. 부모 또는 보호자 이름		7. 전화번호	
8. 해당되는 한 곳에 표시: <input type="checkbox"/> 참가자에게 특별식 및/또는 보조기구를 요하는 장애 또는 질환이 있습니다. (본 양식 뒷면의 정의를 참조하십시오.) 연방 영양 프로그램에 참여하는 학교 및 기관은 특별식 및 각종 보조 기구 요청에 응해야 합니다. <input type="checkbox"/> 참가자가 장애를 가지고 있지 않지만 음식 과민증 또는 기타 병증으로 인하여 특별 식사 또는 보조기구를 요청하고 있습니다. 식품에 대한 기호는 본 양식을 사용하기에 적합한 사유가 아닙니다. 연방 영양 프로그램에 참여하는 학교 및 기관은 합당한 요청에 대하여 적절한 조치를 취해야 합니다. 유면허 의사, 의사보조인력(physician's assistant) 또는 임상간호사(NP)가 본 양식을 작성하고 서명해야 합니다.			
9. 특별 식사 또는 보조 기구가 필요한 참가자의 장애 또는 질환:			
10. 참가자에게 장애가 있는 경우 장애로 인하여 영향을 받는 그/그녀의 주요 일상 활동을 간략히 설명하십시오.			
11. 식이 처방 및/또는 장치: (적절한 실행이 보장되도록 상세히 설명하십시오. 필요 시 종이를 추가 사용하십시오.)			
12. 상기 참가자를 위한 음식 질감 선택: <input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 잘게 썬 음식 <input type="checkbox"/> 분쇄한 음식 <input type="checkbox"/> 푸레(물은 죽 또는 수프)			
13. 제외 식품 및 대체 식품: (제외할 식품 및 권장 대체 식품을 구체적으로 기입하십시오. 필요 시 추가 정보가 담긴 문서를 첨부할 수 있습니다.) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">A. 제외 식품</div> <div style="width: 45%;">B. 권장 대체 식품</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div>			
14. 사용할 보조 기구:			
15. 공인된 의료 담당자 서명*	16. 이름(정자체)	17. 전화번호	18. 날짜

* 상기 목적 상 캘리포니아주의 공인된 의료 담당자는 유면허 의사, 의사보조인력 (physician's assistant) 또는 임상 간호사(NP)입니다.

본 양식에 수록된 정보는 참가자의 현재 의료 및/또는 영양 관련 요구가 반영된 정보여야 합니다.

미국 농무부는 고객, 직원 및 채용 지원자에 대하여 인종, 피부색, 출신국가, 연령, 장애, 성별, 성 정체성, 종교, 보복, 그리고 정치적 신념, 결혼 여부, 가족 또는 부모의 지위, 성 지향성 또는 임의의 공공 지원 프로그램에 의한 개인 소득의 전부 또는 일부, 또는 고용 시 또는 농무부에서 수행하거나 자금을 지원하는 프로그램 또는 활동에서 보호되는 유전자 정보를 바탕으로 한 차별을 금지합니다. (모든 금지된 이유가 모든 프로그램 및/또는 모든 고용 활동에 적용되지는 않습니다)

만약 차별에 대한 시민권 프로그램 불만을 제기하고 싶으시면, http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 에서 온라인으로 또는 직접 USDA 사무소에서 또는 전화 866-632-9992 로 요청하여 USDA 프로그램 차별 불만 양식을 받은 다음 작성하십시오. 또한 해당 양식에서 요청하는 모든 정보를 포함하는 서신을 작성할 수도 있습니다. 작성하신 불만 양식이나 서신은 우편으로 U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 으로 보내시거나 팩스 번호 202-690-7442 또는 이메일 주소 program_intake@usda.gov 로 보내주십시오. 청각장애, 난청 또는 언어장애가 있으신 분들은 연방 중계 서비스 800-877-8339 또는 800-845-6136(스페인어)를 통하여 USDA 에 연락하실 수 있습니다. USDA 는 평등한 기회의 제공 기관이자 고용주입니다.

작성 지침

1. **학교/기관명:** 본 양식을 부모에게 제공하는 학교 또는 기관 이름을 정자체로 기입합니다.
2. **소재지:** 음식을 제공할 곳의 이름을 정자체로 기입합니다(예: 학교 소재지, 아동 보육 센터 등)
3. **소재지 전화번호:** 음식을 제공할 곳의 전화번호를 정자체로 기입합니다. 2 번 참조.
4. **참가자 이름:** 정보의 당사자인 아동 또는 성인 참가자의 이름을 정자체로 기입합니다.
5. **참가자 연령:** 참가자의 나이를 정자체로 기입합니다. 유아인 경우 생년월일을 기입합니다.
6. **부모 또는 보호자 이름:** 참가자의 진술서를 요청한 사람의 이름을 정자체로 기입합니다.
7. **전화번호:** 부모 또는 보호자의 전화번호를 정자체로 기입합니다.
8. **해당되는 한 곳에 표시:** 네모 안에 (✓)를 표시하여 참가자의 장애 여부를 명시합니다.
9. **특별 식사 또는 기구가 필요한 장애 또는 질환:** 특별 식사 또는 기구가 필요한 질환을 설명합니다(예: 소아 당뇨병, 땅콩 알레르기 등).
10. **참가자에게 장애가 있는 경우 장애로 인하여 영향을 받는 주요 일상 활동을 간략히 설명하십시오:** 신체적 상태 또는 의학적 증세가 장애에 어떻게 영향을 주는지를 설명합니다. (예: 땅콩 알레르기가 치명적 반응을 일으킨다.)
11. **식이처방 및/또는 보조기구:** 공인된 의료 담당자이 처방한 특별 식사 또는 보조기구를 설명합니다.
12. **식감 선택:** 네모 안에 (✓)를 표시하여 요구되는 식품 질감을 명시합니다. 참가자에게 특별한 조정이 필요 없는 경우 "일반"에 표시합니다.
13. **A. 제외할 식품:** 제외해야 할 식품을 구체적으로 기입합니다. (예: 액체 우유 제외)
B. 권장 대체 식품: 식사에 포함될 식품을 구체적으로 기입합니다. (예: 칼슘 강화 주스)
14. **보조기:** 참가자의 식사를 돕는 데 필요한 기구나 장치를 구체적으로 명시합니다 (예: 시피캡, 손잡이가 큰 스푼, 휠체어 이용이 가능한 가구).
15. **의료 담당자 서명:** 특별 식사 또는 기구를 요청한 의료 담당자가 서명합니다.
16. **성명:** 의료 담당자의 이름을 정자체로 기입합니다.
17. **전화번호:** 의료 담당자의 전화번호를 기입합니다.
18. **날짜:** 의료 담당자가 양식에 서명한 날짜를 기입합니다.

다음 용어는 1973 년 재활법, 1990 년 미국 장애인법(ADA) 및 2008 년 ADA 개정법에서 인용하였습니다.

장애가 있는 사람이란 한 가지 이상의 주요 일상 활동에 상당 수준의 제약을 초래하는 각종 신체적 또는 정신적 장애에 대한 기록을 가지고 있거나 그러한 장애가 있다고 간주되는 사람을 의미합니다.

신체적 또는 정신적 장애란(a) 신경, 근골격, 특수 감각 기관, 호흡기, 발음, 기관, 심장 혈관, 생식, 소화, 비뇨기, 혈액, 림프, 피부 및 내분비 체계 중 하나 이상에 영향을 주는 각종 생리적 이상이나 증세, 신체적 결함이나 해부학적 손상, 혹은 (b)정신 지체, 기질성 뇌증후군(organic brain syndrome, OBS), 정서적 또는 정신적 질환, 특정 학습 장애 같은 각종 정신적 또는 심리적 이상을 의미합니다.

주요 일상 활동이란 스스로 돌보고, 수작업을 수행하고, 보고, 듣고, 먹고, 자고, 걷고, 서고, 들고, 굽히고, 말하고, 숨쉬고, 배우고, 읽고, 집중하고, 생각하고, 의사소통하고, 일하는 것과 같은 기능을 의미합니다.

주요 신체 기능이란 주요 일상 활동에 추가되는 것으로 면역 체계, 정상적인 세포 성장 및 소화, 배변, 방광, 신경, 뇌, 호흡, 순환, 내분비 및 생식 기능을 포함합니다.

"**장애에 대한 기록을 가지고 있음**"은 한 가지 이상의 주요 일상 활동에 상당 수준의 제약을 초래하는 정신적 또는 신체적 장애의 병력이 있거나 그러한 병력을 가지고 있는 이로 분류(또는 잘못 분류)된 상태를 의미합니다.

[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.]