

특별식 및/또는 편의 요청을 위한 진단서

1. 학교 또는 기관	2. 장소 명	3. 장소 전화번호	
4. 아동 또는 참가자 이름		5. 연령 또는 출생일	
6. 부모 또는 보호자 이름		7. 전화번호	
8. 아동 또는 참가자에게 영향을 주는 신체 또는 정신적 장애에 대한 설명:			
9. 적합한 이행을 위한 식단 처방 및/또는 편의사항에 대한 설명:			
10. 상기 아동 또는 참가자를 위한 음식 질감 표시:			
<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 잘게 다짐 <input type="checkbox"/> 갈음 <input type="checkbox"/> 푸레			
11. 제외 식품 및 적합한 대체 식품:			
제외 식품		권장 대체 식품	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
12. 사용할 적응 장치:			
13. 캘리포니아주 라이선스가 있는 의료 전문가의 서명*	14. 이름(정자체)	15. 전화번호	16. 날짜

*이 진단서의 목적을 위해 캘리포니아주 라이선스가 있는 의료 전문가는 라이선스가 있는 의사, 의료보조원 또는 전문 간호사이어야 합니다.

본 양식에 수록된 정보는 환자의 현재 의료 및/또는 영양 관련 요구가 반영되도록 업데이트한 것이어야 합니다.

연방 시민권법 및 미국 농업부(USDA) 시민권 규정 및 정책에 의거, USDA 와 그 산하기관, 사무소, 직원 및 USDA 프로그램에 참여하거나 이 프로그램을 관리하는 기관은 인종, 피부색, 출신국가, 성별, 장애, 연령을 기반으로 또는 USDA 가 수행하거나 자금을 지원하는 임의의 프로그램 또는 활동에서의 이전 시민권 보장 활동에 대한 보복이나 앙갚음을 위해 차별하는 것이 금지되어 있습니다.

프로그램 정보에 대한 내용 전달 시 대체 수단을 필요로 하는 장애인(예: 점자, 큰 활자 인쇄, 오디오 테이프, 미국식 수화 등)은 혜택을 신청하는 기관(주 정부 또는 지역)에 연락해야 합니다. 청각장애, 난청 또는 언어장애가 있는 분들은 연방 중계 서비스 800-877-8339 를 통하여 USDA 에 연락할 수 있습니다. 또한, 프로그램 정보를 영어 이외의 언어로도 볼 수 있습니다.

프로그램 차별 불만을 제출하려면, USDA 프로그램 차별 불만 양식(Program Discrimination Complaint Form), (AD-3027) (온라인: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 및 모든 USDA 사무소에 비치)을 작성하거나, 또는 USDA 를 수신인으로 하는 서신을 작성하여 양식에서 요청하는 모든 정보를 제공하시면 됩니다. 불만 양식의 사본을 요청하려면, (866) 632-9992 로 전화해 주십시오. 작성한 양식이나 서신을 USDA 에 우편으로 제출하십시오: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 팩스: (202) 690-7442 또는 이메일: program.intake@usda.gov. 본 기관은 공평한 기회를 제공합니다.

지침

1. **학교 또는 기관:** 본 양식을 부모에게 제공하는 학교 또는 기관 이름을 정자체로 기입합니다.
2. **장소:** 음식을 제공할 곳의 이름을 정자체로 기입합니다.
3. **장소 전화번호:** 음식을 제공할 곳의 전화번호를 정자체로 기입합니다.
4. **아동 또는 참가자 이름:** 정보의 당사자인 아동 또는 참가자의 이름을 정자체로 기입합니다.
5. **아동 또는 참가자의 연령:** 아동 또는 참가자의 나이를 정자체로 기입합니다. 유아인 경우 생년월일을 기입합니다.
6. **부모 또는 보호자 이름:** 아동 또는 참가자의 진단서를 요청한 사람의 이름을 정자체로 기입합니다.
7. **전화번호:** 부모 또는 보호자의 전화번호를 정자체로 기입합니다.
8. **아동 또는 참가자에게 영향을 주는 신체 또는 정신적 장애에 대한 설명:** 신체 또는 정신 장애가 해당 아동 또는 참가자의 식사를 어떻게 제약하는지 설명하십시오.
9. **적합한 이행을 확인하기 위한 식단 처방 및/또는 편의 사항에 대한 설명:** 캘리포니아주 의료 전문가가 처방한 특정 식단 또는 편의 사항을 설명하십시오.
10. **질감 표시:** 참가자에게 특별한 조정이 필요 없는 경우 "일반"에 표시합니다.
11. **제외해야 할 식품:** 제외해야 할 식품을 구체적으로 기입합니다. (예: 액상 우유 제외).
권장 대체식품: 식사에 포함할 식품을 구체적으로 기입합니다. (예: 칼슘 강화 주스).
12. **사용할 적응 장치:** 아동 또는 참가자의 식사를 돕는 데 필요한 장치를 구체적으로 명시합니다 (예: 시피컵, 손잡이가 큰 스푼, 휠체어 이용이 가능한 가구 등).
13. **캘리포니아주 라이선스가 있는 의료 전문가의 서명:** 특별식 또는 편의사항을 요청하는 캘리포니아주 라이선스가 있는 의료 전문가의 서명.
14. **정자체 이름:** 캘리포니아주 라이선스가 있는 의료 전문가의 정자체 이름.
15. **전화번호:** 캘리포니아주 라이선스가 있는 의료 전문가의 전화번호.
16. **날짜:** 캘리포니아주 라이선스가 있는 의료 전문가가 양식에 서명한 날짜.

1973년 재활법(Rehabilitation Act of 1973) 섹션 504 와 1990년 장애가 있는 미국 장애인법(ADA) 및 2008년 ADA 개정법에서 인용)

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

주요 일상 활동 이란 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 기능은 주요 일상 활동에 추가되었으며 면역 체계 기능, 정상적 세포 성장, 소화, 배변, 방광, 신경, 두뇌, 호흡기, 순환계, 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 장애를 가지고 있는 이로 분류(또는 잘못 분류)된 상태를 의미합니다.