



DỊCH VỤ THỰC PHẨM & DINH DƯỠNG EGUSD BẢN BÁO CÁO Y TẾ THAY THẾ THỰC PHẨM VÀ/HAY NHỮNG ĐIỀU CHỈNH

1. TRƯỜNG/CƠ QUAN		2. NƠI		3. ĐIỆN THOẠI NƠI											
4. TÊN NGƯỜI THAM DỰ				5. TUỔI/NGÀY SINH											
6. TÊN PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ				7. SỐ ĐIỆN THOẠI											
8. CHỌN MỘT: <input type="checkbox"/> Người tham dự có khuyết tật hay điều kiện y tế và cần bữa ăn đặc biệt hay điều chỉnh. (Coi định nghĩa ở mặt sau của mẫu này.) Trường học và cơ quan có tham gia chương trình dinh dưỡng liên bang phải tuân thủ với những đòi hỏi về bữa ăn đặc biệt và bất cứ dụng nào thích nghi. Y sĩ có bằng phải ký vào mẫu này. <input type="checkbox"/> Người tham dự không có khuyết tật, và sẽ bị hạn chế khi họ dùng một số thực phẩm. Dịch vụ Thực phẩm và Dinh dưỡng EGUSD sẽ cố gắng điều chỉnh hợp lý những yêu cầu và thông báo cho nhân viên tại nhà ăn của trường về những giới hạn và những hạn chế do thực phẩm không thích ứng hay do những lý do về y tế. Sự ưa thích thực phẩm không phù hợp khi dùng mẫu này. Y sĩ có bằng, phụ tá y sĩ, hay y tá có đăng ký phải ký vào mẫu này.															
9. NGƯỜI KHUYẾT TẬT HAY ĐIỀU KIỆN Y TẾ YÊU CẦU THỰC PHẨM THAY THẾ HAY ĐIỀU CHỈNH:															
10. NẾU NGƯỜI THAM DỰ CÓ KHUYẾT TẬT, HAY MÔ TẢ NGĂN SINH HOẠT CHÍNH TRONG ĐỜI SỐNG BỊ ẢNH HƯỞNG DO KHUYẾT TẬT:															
11. TOA ĂN KIỀNG VÀ/HAY ĐIỀU CHỈNH: (XIN KẾ CHI TIẾT ĐỂ BẢO ĐẢM SỰ THỰC HIỆN ĐƯỢC CHÍNH XÁC)															
12. CHI RÕ CÁCH CẤU TẠO: <input type="checkbox"/> Thường lệ <input type="checkbox"/> Băm nhỏ <input type="checkbox"/> Xay, nghiền <input type="checkbox"/> Để nguyên															
13. THỰC PHẨM BỎ ĐI HAY THAY THẾ: (LẬP BẢNG THỰC PHẨM BỎ ĐI VÀ ĐỀ NGHỊ THAY THẾ. KÈM THÊM MỘT TỜ VỚI NHỮNG THÔNG TIN CÓ THÊM) <table border="0" style="width:100%"><tr><td style="width:50%; text-align:center">A. Thực phẩm bị bỏ đi</td><td style="width:50%; text-align:center">B. Đề nghị thay thế</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. Thực phẩm bị bỏ đi	B. Đề nghị thay thế	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A. Thực phẩm bị bỏ đi	B. Đề nghị thay thế														
_____	_____														
_____	_____														
_____	_____														
_____	_____														
14. DỤNG CỤ THÍCH NGHI:															
15. CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI SOẠN BÁO CÁO*		16. TÊN CHỮ IN		17. SỐ ĐIỆN THOẠI		18. NGÀY									
19. CHỮ KÝ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ CÓ THẨM QUYỀN*		20. TÊN CHỮ IN		21. SỐ ĐIỆN THOẠI		22. NGÀY									

* Cần chữ ký y sĩ với những người tham dự có khuyết tật. Với người tham dự không có khuyết tật, y sĩ có bằng, phụ tá y sĩ, hay y tá có đăng ký phải ký vào mẫu.

Thông tin trong mẫu này phải được nhật tu để phản ảnh tình trạng y tế và/hay nhu cầu thực phẩm của người tham dự.

Theo luật Liên Bang và chính sách của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, cơ quan này cấm không được kỳ thị dựa trên chủng tộc, màu da, quốc tịch gốc, giới tính, tuổi, hay khuyết tật. Để lập hồ sơ khiếu nại về kỳ thị, viết về USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, hay gọi điện thoại số 202-720-5964 (nói và TDD). USDA là một nơi cung cấp cơ hội bình đẳng.r.

BẢN BÁO CÁO Y TẾ ĐỂ YÊU CẦU THAY THỂ THỰC PHẨM VÀ/HAY NHỮNG ĐIỀU CHỈNH

CHỈ DẪN

1. **Trường/Cơ quan:** Viết chữ in tên trường học hay cơ quan cung cấp mẫu này cho phụ huynh.
2. **Nơi:** Viết chữ in nơi cung cấp bữa ăn (t.d., trường học, trung tâm giữ trẻ, trung tâm cộng đồng, v.v...)
3. **Số điện thoại nơi:** Viết chữ in nơi cung cấp bữa ăn. Coi #2.
4. **Tên người tham dự:** Viết chữ in tên đứa trẻ hay người lớn tham dự mà thông tin có liên hệ với người này.
5. **Tuổi người tham dự:** Viết tuổi người tham dự. Với trẻ em, xin viết Ngày Sinh.
6. **Tên của phụ huynh/người giám hộ:** Viết chữ in tên người được hỏi về báo cáo y tế người tham dự.
7. **Số điện thoại:** Viết số điện thoại của phụ huynh hay người giám hộ.
8. **Chọn một:** Viết dấu (✓) ở hộp để xác nhận người tham dự có khuyết tật hay không có khuyết tật.
9. **Người khuyết tật hay Điều kiện Y tế yêu cầu Bữa ăn Đặc Biệt hay Điều Chỉnh:** Diễn tả điều kiện y tế yêu cầu bữa ăn đặc biệt hay điều chỉnh (t.d. thiếu niên tiểu đường, dị ứng với đậu phụng v.v..)
10. **Nếu người tham dự có khuyết tật, hãy mô tả ngắn gọn Sinh Hoạt Chính trong Đời Sống bị Ảnh Hưởng do Khuyết Tật:** Mô tả điều kiện vật chất hay y tế đã ảnh hưởng thế nào tới sự khuyết tật. Thí dụ: "Dị ứng đậu phụng gây ra phản ứng sợ hãi trong đời sống."
11. **Toa ăn kiêng và/hay Điều Chỉnh:** Diễn tả ăn kiêng đặc biệt hay điều chỉnh do bác sĩ viết ra, hay diễn tả ăn kiêng biến cải do điều kiện không bị bắt buộc. Thí dụ: "Tất cả thực phẩm phải ở dạng chất lỏng hay để nguyên. Người tham dự không thể dùng bất cứ loại thực phẩm ở thể rắn."
12. **Chỉ rõ cách cấu tạo:** Viết dấu (✓) ở hộp chỉ loại thực phẩm cấu tạo được yêu cầu. Nếu người tham dự không loại biến chế nào, viết vào chữ "Thường lệ".
13. **A. THỰC PHẨM BỊ BỎ ĐI:** Ghi thực phẩm đặc biệt phải bỏ đi. Thí dụ:, "sữa không lỏng."
B. ĐỀ NGHỊ THAY THẾ: Ghi thực phẩm đặc biệt gồm có đồ ăn kiêng. Thí dụ, "sữa đậu nành."
14. **Dụng cụ Thích Nghi:** **Diễn tả dụng cụ đặc biệt cần có để giúp người tham dự khi ăn.** (Thí dụ có thể gồm có một cái ly uống ít ít, một cái muỗng có cán lớn, một cái xe lăn, v.v...)
15. **Chữ ký của người soạn báo cáo :** chữ ký của người hoàn tất bản báo cáo.
16. **Tên viết chữ in:** Viết chữ in tên người hoàn tất mẫu báo cáo.
17. **Số điện thoại:** Số điện thoại của người hoàn tất báo cáo.
18. **Ngày:** Ngày người soạn mẫu ký.
19. **Chữ ký nhân viên y tế có thẩm quyền:** Chữ ký của nhân viên y tế có thẩm quyền yêu cầu bữa ăn đặc biệt hay điều chỉnh..
20. **Tên viết chữ in:** Viết chữ in tên nhân viên y tế có thẩm quyền.
21. **Số điện thoại:** Số điện thoại của nhân viên y tế có thẩm quyền.
22. **Ngày:** Ngày nhân viên y tế ký báo cáo.

ĐỊNH NGHĨA*:

“ **A person with a Disability**” được định nghĩa là bất cứ ai mà thể xác hay tinh thần bị suy yếu, căn bản hạn chế một hay nhiều sinh hoạt chính của đời sống., có hồ sơ bị suy yếu, hay được coi là bị suy yếu.

“**Physical or mental impairment**” có nghĩa (a) bất cứ sự rối loạn nào về sinh lý hay trong tình trạng, có hình dạng kỳ quái, hay tổn thất về giải phẫu làm ảnh hưởng tới một hay nhiều hệ thống thân thể như sau: hệ thần kinh, hệ thống xương và cơ bắp; cơ quan tri giác đặc biệt; hô hấp, gồm cơ quan nói; hệ tim mạch; sinh sản, tiêu hóa, nước tiểu; tuần hoàn của huyết và bạch cầu; da và tuyến nội tiết; hay (b) bất cứ gì về tinh thần hay rối loạn về tâm lý, như là tinh thần chậm phát triển, hội chứng về cơ quan óc, xúc động hay bệnh tinh thần, và chậm phát triển về học tập.

“**Major life activities**” là những chức năng như tự săn sóc mình , làm những công việc bằng tay, đi, nhìn, nghe, nói, thờ, học tập, và làm việc.

“**Has a record of such an impairment**” được định nghĩa là có lịch sử về, hay đã từng được xếp loại (hay xếp loại sai) có suy yếu về tinh thần hay thể chất cơ bản hạn chế một hay nhiều sinh hoạt chính của đời sống..

(*Trích từ Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973)