

Руководство по Заполнению Медицинского Заключения для Учеников с Уникальными Потребностями в Школьном Питании

ЧАСТЬ А – РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН

Медицинского Заключения для Учеников с Уникальными Потребностями в Школьном Питании помогает школам обеспечивать изменение в питании для учеников, кому это требуется. Школы не имеют права изменять структуру пищи, заменять пищу или изменять диету учащегося в школе без надлежащей документации от медицинских работников. Заполнение всех пунктов позволит школе вашего ребенка разработать вместе с вами план обеспечения безопасного, подходящего питания и закусок для вашего ребенка во время нахождения в школе.

Ваше участие в процессе очень важно. Чем скорее вы заполните и подпишите эту форму и вернете в школу вашего ребёнка, тем скорее Школьная Программа Питания и её сотрудники смогут приготовить еду, которая требуется вашему ребёнку. Ваша подпись требуется на Медицинском Заключении, для того чтобы оно вступило в действие в школе.

Следуйте следующим шагам, чтобы начать:

- 1) Заполните все секции ЧАСТИ А Медицинского Заключения.
- 2) Возьмите Медицинское Заключение к педиатру вашего ребёнка или вашему семейному доктору/практикующей медсестре и дайте им заполнить ЧАСТЬ В.
- 3) **ВЕРНИТЕ ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ С ПОДПИСЯМИ ОТ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА И МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА УЧИТЕЛЮ ВАШЕГО РЕБЁНКА, ДИРЕКТОРУ, МЕДСЕСТРЕ, МЕНЕДЖЕРУ ПО СПЕЦИАЛЬНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ ИЛИ МЕНЕДЖЕРУ СЕКЦИИ 504, АДМИНИСТРАТОРУ ПО ШКОЛЬНОМУ ПИТАНИЮ ИЛИ ШКОЛЬНОМУ СОТРУДНИКУ, КОТОРЫЙ ДАЛ ВАМ ЭТУ ФОРМУ.**
- 4) Спросите школу, когда группа, включая вас, администратора школьного питания и других лиц, соберется для рассмотрения информации, указанной в форме. Вы также можете пригласить на встречу людей из местного сообщества, которые хорошо осведомлены о вопросах кормления и питания вашего ребенка. Это могут быть люди, которые могут помочь школьному персоналу разработать план школьного питания для вашего ребенка, например педиатр вашего ребенка, медсестра, дефектолог, эрготерапевт, диетолог или помощник по личному уходу.

ЧАСТЬ В – ПРИЗНАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СОТРУДНИКИ (Лицензированный врач, ассистент доктора, и практикующая медсестра)

Для учеников с ограниченными возможностями требуется подпись признанного медицинского сотрудника. Школы не могут изменять структуру пищи, заменять пищу или изменять школьный рацион школьника без надлежащей документации от поставщиков медицинских услуг. Изменения в питании производятся на основании медицинского осмотра и планирования лечения и *должны быть заказаны признанным медицинским сотрудником.*

Пожалуйста, учитывайте следующее при заполнении ЧАСТИ В Медицинского Заключения:

- 1) Заполните все секции ЧАСТИ В. Заполнение всех пунктов упростит заботу о ребёнке в школе.
- 2) Как можно более конкретно укажите природу физических или умственных нарушений учащегося, их влияние на питание учащегося и основные виды жизнедеятельности, которые затронуты. В случае пищевой аллергии укажите, является ли состояние учащегося пищевой непереносимостью, аллергией, которая может повлиять на успеваемость и участие в школе (например, сильная сыпь, отек и дискомфорт), или опасной для жизни аллергией (например, анафилактической шок).
- 3) Если ваша оценка ребенка не дает достаточных данных, чтобы сделать вывод о замене продуктов питания, изменении консистенции или других диетических ограничениях, пожалуйста, направьте ребенка / семью к соответствующему специалисту в области здравоохранения для завершения оценки. В школах обычно нет оборудования и / или персонала, обученного для всесторонней оценки питания и кормления, и они должны сотрудничать с местными поставщиками услуг для удовлетворения уникальных потребностей учащихся в питании.
- 4) Прикрепите любую прошлую и/или текущую оценку кормления/питания, планы по заботе и другие относящиеся документы в медицинском отчетности ученика к Медицинскому Заключению, чтобы родитель/опекун принёс их в школу.
- 5) Рассмотрите возможность проконсультироваться с командой по планированию времени приема пищи учащегося, поскольку этого требует план кормления / питания.

ЧАСТЬ С – ШКОЛЬНЫЙ АДМИНИСТРАТОР ПИТАНИЯ И ПРЕДСТАВИТЕЛЬ IEP/504

Пожалуйста, учитывайте следующее при заполнении ЧАСТИ С Медицинского Заключения:

Подпись Школьного Администратора Питания и Координатора 504 или Менеджера Дела IEP/Программы Специального Образования показывает, что медицинское заключение получено, рассмотрено, и в настоящее время разрабатывается / реализуется план удовлетворения уникальных потребностей учащегося в еде.

Заявление USDA о Недискриминации

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах, правилами и политиками в области гражданских прав Министерства Сельского Хозяйства США (USDA), его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национальному происхождению, полу, инвалидности, возрасту, ответным действиям или мести за предыдущую правозащитную деятельность в рамках любой программы или деятельности, проводимой или финансируемой USDA.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные условия связи для программной информации (например, печать для слепых, крупная печать, Американский язык для глухонемых и другое), следует обратиться в Агентство (Областное или местное), где они подадут заявку на эти условия. Лица, являющиеся глухими или имеют сложности с речью, могут связаться с USDA через Федеральную Службу Ретрансляции по телефону (800) 877-8339. В дополнении, программная информация может быть доступна на языке отличном от английского.

Чтобы послать жалобу о дискриминации, заполните Форму Жалобы Программной Дискриминации USDA, (AD-3027) можно найти онлайн по адресу http://www.ascg.usda.gov/complaint_filing_cust.html, и в любом офисе USDA, или написать письмо адресованное USDA и описать всю информацию, которую требует форма. Чтобы запросить форму жалобы, позвоните (866) 632-9992. Пошлите вашу заполненную форму или письмо в USDA по:

- (1) Почтовому адресу: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) факсу: (202) 690-7442; or
- (3) электронной почте: program.intake@usda.gov.

Это учреждение является поставщиком равных возможностей.

Медицинское Заключение для Учеников с Уникальными Потребностями в Школьном Питании

После полного заполнения эта форма предоставляет школам информацию, требуемую Министерством сельского хозяйства США (USDA), Управлением США по гражданским правам (OCR) и Управлением специального образования и реабилитационных услуг США (OSERS) для изменения режима питания в школе. См. «Руководство по заполнению медицинского заключения для учащихся с уникальными потребностями в школьном питании» (предыдущая страница) для получения помощи при заполнении этой формы.

ЧАСТЬ А (заполняется РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ)				
УЧЕНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ	Фамилия:	Имя:	Отчество:	Дата Рождения
	Школа:		Класс:	ID ученика#
ВЫБЕРИТЕ, какую школьную еду и/или перекусы будет получать ребёнок	<input type="checkbox"/> Школьный Завтрак <input type="checkbox"/> Школьный Обед <input type="checkbox"/> Перекус После Школы <input type="checkbox"/> Ужин после школы <input type="checkbox"/> Свежий Фрукт & Овощ			
КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	Имя РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА (печатно)			
	Почтовый Адрес:		Город:	Штат: Индекс:
	Рабочий Телефон:	Домашний Телефон:	Сотовый Телефон:	Электронная Почта:
Пожалуйста, опишите свои переживания о пищевых нуждах вашего в школе:				
Пожалуйста, опишите свои переживания о возможности вашего ученика безопасно участвовать в школьном питании?				
Есть ли у ученика Индивидуальный Учебный План (IEP)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ПРИМЕЧАНИЕ: Уникальные нужды в питании учеников без IEP, 504 или инвалидов, но с проблемами со здоровьем, адресуются в схеме приёма пищи на усмотрение Администратора Школьного Питания и регламентов школьного района.			
Есть ли у ученика План 504? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
Согласие родителя	Я согласен разрешить медицинскому работнику моего ребенка и школьному персоналу при необходимости общаться по поводу этой формы			
	Подпись Родителя/Опекуна			Дата
Пожалуйста, верните это полностью заполненное медицинское заключение с подписями родителя / опекуна и медицинского представителя учителю вашего ребенка, директору, медсестре, руководителю отдела Специального Образования или Руководителю Отдела по разделу 504, администратору школьного питания или сотруднику школы, который вам дал эту форму.				

