**Запрос о предоставлении специального питания**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя участника: | Дата рождения: |
| Имя опекуна: | Телефон: |
| Адрес для почтовых отправлений: | Город/штат/почтовый индекс: |
| Название центра/объекта:  |
| X Подпись участника или опекуна |  Дата |

|  |
| --- |
| **Распоряжение о специальном рационе питания**Федеральное законодательство и нормативные акты Министерства сельского хозяйства США требуют, чтобы программы питания вносили разумные изменения, учитывающие потребности людей с ограниченными возможностями. Согласно закону, инвалидность – это нарушение, которое существенно ограничивает основную жизнедеятельность или функции организма, что может включать аллергию и заболевания пищеварительной системы, но не включает личные пищевые предпочтения. |
| 1. **Опишите, каким образом нарушение влияет на участника** (т.е. как прием пищи/контакт с пищей влияет на участника): |
| 2. **Объясните, что необходимо сделать для соблюдения диеты участника** (т.е. каких продуктов следует избегать/исключить из рациона участника): |
| 3. **Перечислите продукты питания и/или напитки, которые следует заменить, предоставить или изменить:** |
| X Подпись признанного на уровне штата специалиста в области медицины\* ДатаНазвание клиники*\*Признанный на уровне штата специалист в области медицины – это лицензированный медицинский работник, имеющий право выписывать медицинские рецепты в штате Вашингтон: Врач (MD), врач-остеопат (DO), ассистент врача (PA), имеющий право выписывать рецепты, врач-натуропат или дипломированная практикующая медсестра высшей квалификации (ARNP).* |

Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.

OSPI CNS октябрь 2018