

## TƯỜNG TRÌNH Y TẾ ĐỂ YÊU CẦU KHẨU PHẦN ĂN VÀ/HOẶC ĐIỀU CHỈNH ĐẶC BIỆT

1. Tên Trường/Cơ Quan	2. Tên Cơ Sở	3. Số Điện Thoại Cơ Sở	
4. Tên Người Tham Gia		5. Tuổi hoặc Ngày Sinh	
6. Tên Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ		7. Số Điện Thoại	
8. Đánh Dấu Một Ô <input type="checkbox"/> Người tham gia bị khuyết tật hoặc mắc bệnh và cần khẩu phần ăn hoặc điều chỉnh đặc biệt. (Hãy tham khảo các định nghĩa ở mặt sau của mẫu đơn này.) Trường học và cơ quan tham gia vào các chương trình dinh dưỡng liên bang phải đáp ứng các yêu cầu đòi hỏi các bữa ăn đặc biệt và bất kỳ thiết bị thích ứng nào. <b>Một bác sĩ có giấy phép hành nghề phải ký vào mẫu này.</b> <input type="checkbox"/> Người tham gia không bị khuyết tật, nhưng yêu cầu một khẩu phần ăn hoặc điều chỉnh đặc biệt do bị (các) dị ứng thực phẩm hoặc các lý do y tế khác. Không sử dụng mẫu này để nêu ưu tiên về thức ăn. Trường học và cơ quan tham gia vào các chương trình dinh dưỡng liên bang được khuyến khích nên đáp ứng các yêu cầu hợp lý. <b>Một bác sĩ có giấy phép hành nghề, trợ lý bác sĩ, hoặc chuyên viên điều dưỡng phải ký vào mẫu này.</b>			
9. Bị khuyết tật hoặc mắc bệnh cần một khẩu phần ăn hoặc điều chỉnh đặc biệt:			
10. Nếu người tham gia bị khuyết tật, hãy mô tả ngắn gọn sinh hoạt chính trong đời sống của người tham gia bị tác động bởi khuyết tật này:			
11. Hãy mô tả chế độ ăn và/hoặc sự điều chỉnh: (xin mô tả chi tiết để đảm bảo thực hiện đúng- sử dụng thêm giấy nếu cần)			
12. Cho biết dạng thức ăn: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Băm nhỏ <input type="checkbox"/> Nghiền <input type="checkbox"/> Xay nhuyễn			
13. Thức ăn bị loại bỏ hoặc thay thế: (vui lòng liệt kê các loại thức ăn cụ thể phải loại bỏ và đề nghị thay thế. Quý vị có thể đính kèm tờ có thông tin bổ sung nếu cần)			
A. Thức Ăn Cần Loại Bỏ		B. Đề Nghị Thay Thế	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
14. Thiết bị thích ứng:			
15. Chữ Ký Người Làm Đơn*	16. Tên Viết In	17. Số Điện Thoại	18. Ngày
19. Chữ Ký của Người có Thâm Quyền Y Khoa*	20. Tên Viết In	21. Số Điện Thoại	22. Ngày

\* Cần có chữ ký của bác sĩ dành cho những người tham gia bị khuyết tật. Với những người tham gia không bị khuyết tật, bác sĩ có giấy phép hành nghề, trợ lý bác sĩ, hoặc chuyên viên điều dưỡng phải ký vào mẫu này.

Thông tin trong mẫu đơn này phải được cập nhật để phản ánh các nhu cầu hiện tại về y tế và/hoặc dinh dưỡng của người tham gia.

Theo luật liên bang và chính sách của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ, cấm tổ chức này phân biệt đối xử trên cơ sở sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc tịch, giới tính, độ tuổi hay khuyết tật. Để khiếu nại về phân biệt đối xử, xin gửi thư về USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 hoặc gọi số (866) 632-9992 (Thoại). Các cá nhân bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn có thể liên hệ với USDA thông qua Dịch Vụ Chuyển Tiếp Liên Bang theo số (800) 877-8339 hoặc (800) 845-6136 (Tiếng Tây Ban Nha). USDA là nhà tuyển dụng và nhà cung cấp tôn trọng cơ hội bình đẳng.

## TƯỜNG TRÌNH Y TẾ ĐỂ YÊU CẦU KHẨU PHẦN ĂN VÀ/HOẶC ĐIỀU CHỈNH ĐẶC BIỆT

### HƯỚNG DẪN

1. **Trường/Cơ Quan:** Viết in tên trường hoặc cơ quan cung cấp mẫu này cho phụ huynh.
2. **Cơ Sở:** Viết in tên cơ sở nơi các bữa ăn sẽ được phục vụ (ví dụ, cơ sở nhà trường, trung tâm giữ trẻ, trung tâm cộng đồng v.v...)
3. **Số Điện Thoại Cơ Sở:** Viết in số điện thoại cơ sở nơi bữa ăn sẽ được phục vụ. Xem #2.
4. **Tên Người Tham Gia:** Viết in tên của trẻ hoặc người tham gia trưởng thành mà có thông tin chi tiết ghi trong mẫu này.
5. **Tuổi của Người Tham Gia:** Viết in tuổi của người tham gia. Đối với trẻ sơ sinh, vui lòng sử dụng Ngày Sinh.
6. **Tên Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ:** Viết in tên của người yêu cầu tường trình y tế của người tham gia.
7. **Số Điện Thoại:** Viết in số điện thoại của phụ huynh hoặc người giám hộ.
8. **Đánh Dấu Một Ô:** Đánh dấu (✓) một ô để cho biết người tham gia có bị khuyết tật hay không.
9. **Bị Khuyết Tật hoặc Mắc Bệnh Cần một Khẩu Phần Ăn hoặc Điều Chỉnh Đặc Biệt:** Mô tả bệnh trạng cần một khẩu phần ăn hoặc điều chỉnh đặc biệt (ví dụ, bệnh tiểu đường vị thành niên, dị ứng với đậu phộng v.v...)
10. **Nếu Người Tham Gia bị Khuyết Tật, Hãy Mô Tả Ngắn Gọn Sinh Hoạt Chính trong Đời Sống của Người Tham Gia bị Ảnh Hưởng bởi Khuyết Tật này:** Mô tả tình trạng thể chất hay y tế ảnh hưởng tới khuyết tật như thế nào. Ví dụ: "Dị ứng với đậu phộng gây ra phản ứng nguy hiểm tính mạng."
11. **Mô Tả Chế Độ Ăn và/hoặc Điều Chỉnh:** Mô tả một chế độ ăn hoặc điều chỉnh cụ thể đã được một bác sĩ kê đơn hoặc mô tả điều chỉnh chế độ ăn cần thiết cho một tình trạng không khuyết tật. Ví dụ: "Tất cả thức ăn phải ở dạng lỏng hoặc xay nhuyễn. Người tham gia không thể ăn bất kỳ loại thức ăn cứng nào."
12. **Cho Biết Dạng Thức Ăn:** Đánh dấu (✓) một ô để cho biết dạng thức ăn cần thiết. Nếu người tham gia không cần bất kỳ thay đổi nào, đánh dấu "Bình Thường".
13. **A) Thức Ăn bị Loại Bỏ:** Liệt kê các loại thức ăn cụ thể phải bị loại bỏ. Ví dụ, "không dùng sữa lỏng."  
**B) Đề Nghị Thay Thế:** Liệt kê các loại thức ăn cụ thể đưa vào chế độ ăn uống. Ví dụ, "nước trái cây tăng cường canxi."
14. **Thiết Bị Thích Ứng:** Mô tả thiết bị cụ thể cần để trợ giúp người tham gia ăn uống. (Các ví dụ có thể bao gồm một chén chống đổ, một thìa cán to, đồ nội thất có bánh xe, v.v...)
15. **Chữ Ký của Người Làm Đơn:** Chữ ký của người điền mẫu đơn.
16. **Tên Viết In:** Viết chữ in tên của người điền mẫu đơn.
17. **Số Điện Thoại:** Số điện thoại của người điền mẫu đơn.
18. **Ngày:** Ngày người làm đơn ký tên vào mẫu đơn.
19. **Chữ Ký của Người có Thâm Quyền Y Khoa:** Chữ ký của người có thẩm quyền y khoa yêu cầu khẩu phần ăn hoặc điều chỉnh đặc biệt.
20. **Tên Viết In:** Viết chữ in tên của người có thẩm quyền y khoa.
21. **Số Điện Thoại:** Số điện thoại của người có thẩm quyền y khoa.
22. **Ngày:** Ngày người có thẩm quyền y khoa ký tên vào mẫu đơn.

#### ĐỊNH NGHĨA\*:

"**Người bị Khuyết Tật**" được định nghĩa là bất kỳ người nào suy nhược thể chất hoặc tâm thần dẫn tới việc hạn chế đáng kể một hoặc nhiều sinh hoạt chính trong cuộc sống của họ, có hồ sơ về sự suy nhược như vậy, hoặc được xem như là bị suy nhược như vậy.

**“Suy nhược thể chất hoặc tâm thần”** nghĩa là (a) bất kỳ tình trạng hoặc rối loạn tâm sinh lý, biến dạng thẩm mỹ, hoặc mất một phần thân thể nào mà ảnh hưởng tới một hoặc nhiều hệ thống cơ thể sau đây: thần kinh, cơ xương; các giác quan đặc biệt; hô hấp, bao gồm cả cơ quan phát âm; tim mạch; sinh sản, tiêu hóa, sinh dục niệu; máu và bạch cầu; da; và nội tiết; hoặc (b) bất kỳ rối loạn tâm thần hay tâm lý nào, như chậm phát triển tâm thần, hội chứng não hữu cơ, bệnh về cảm xúc hay tâm thần, và các hạn chế về khả năng học tập cụ thể.

**“Hoạt động chính trong cuộc sống”** bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc tự chăm sóc bản thân, làm các công việc chân tay, nhìn, nghe, ăn, ngủ, đi bộ, đứng, nâng, cúi xuống, nói, thở, học tập, đọc, tập trung, suy nghĩ, giao tiếp, và làm việc.

**“Có hồ sơ về sự suy nhược như vậy”** được định nghĩa là có tiền sử, hoặc đã được phân loại (hay phân loại sai) là bị suy nhược tâm thần hoặc thể chất khiến bị hạn chế đáng kể một hoặc nhiều hoạt động chính trong cuộc sống.

(\*Trích dẫn từ Đoạn 504 của Đạo Luật Phục Hồi năm 1973 và Đạo Luật về Người Khuyết Tật của Hoa Kỳ năm 1990)

***[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](mailto:cmd@cde.ca.gov).]***