

Предпочтения в рационе питания

Название учреждения / имя и фамилия поставщика услуг:	Кому следует отправить данную форму: Nutrition First CACFP 2475 Center St NE Salem, OR 97301
--	--

Часть I. Заполняется родителем/опекуном, взрослым участником или

Имя и фамилия участника: _____	
Имя и фамилия родителя/опекуна: _____	Телефон: _____

Часть II. Заполняется родителем/опекуном или взрослым участником.

Примечание. В данной форме указываются предпочтения в рационе питания, не обусловленные медицинскими показаниями. Если рацион питания необходимо адаптировать по медицинским показаниям, то вместо этой формы следует заполнить медицинское заключение.

1. Отметьте один или несколько вариантов. Дополнительные указания см. на обороте.		
☐ А. Участник просит заменить молоко другим продуктом с эквивалентной питательной ценностью. ⁵ Предлагаемый продукт с эквивалентной питательной ценностью для замены МОЛОКА: (укажите полное торговое наименование / разновидность)		
Bettergoods Original Soy Milk Ripple Kids Pea Milk, Original or Unsweetened Kikkoman Pearl Organic Smart Original Soy Milk Sunrich Natural Organic Soy Milk (Plain)	Your Good Goods Organic Soy Milk Silk Protein Soy Milk Silk Original Soy Milk (Red Box) Silk Unsweet Soy Milk (Red Box)	
☐ В. Участник запрашивает иную адаптацию рациона питания, не обусловленную медицинскими показаниями ⁵ (заполните раздел ниже).		
Продукты, которые следует исключить:	Рекомендуемые заменители:	
_____	_____	
_____	_____	
2. Подпись родителя/опекуна или взрослого участника и дата подписания.		
_____	_____	_____
Имя и фамилия (разборчиво)	Подпись	Дата

Часть III. Заполняется организацией

Осуществленная адаптация: _____	

Подпись спонсора: _____	Дата: _____

Указания по заполнению формы «Предпочтения в рационе питания»

1. **Название организации.** Укажите название спонсирующей организации, предоставившей данную форму.
2. **Название учреждения / имя и фамилия поставщика услуг.** Укажите разборчиво название учреждения, в котором будет предоставляться питание (например, школа ABC, детский центр XYZ).
3. **Кому следует отправить данную форму.** Укажите имя, фамилию и контактные данные сотрудника организации, который будет собирать заполненные формы.
4. **Часть I.** Эта часть может заполняться **родителем/опекуном, взрослым участником или организацией.**
 - a. **Имя и фамилия участника.** Укажите разборчиво имя и фамилию ребенка или взрослого участника.
 - b. **Имя и фамилия родителя/опекуна.** Укажите разборчиво имя и фамилию родителя или опекуна. Взрослым участникам заполнять это поле не нужно.
 - c. **Телефон.** Укажите номер телефона родителя/опекуна на случай возникновения вопросов.
5. **Часть II.** Эта часть должна заполняться **родителем/опекуном или взрослым участником**, за исключением раздела «Предлагаемый продукт с эквивалентной питательной ценностью для замены молока».
 - a. В разделе 1 «**Отметьте один или несколько вариантов**» выберите все подходящие варианты.
 - i. **Продукт с эквивалентной питательной ценностью для замены молока** определяется как немолочный продукт, имеющий питательную ценность, эквивалентную коровьему молоку, в соответствии с положениями Государственной программы обеспечения школьным питанием (National School Lunch Program, NSLP), Свод федеральных постановлений США 7 CFR 210.10(d)(3). Не все немолочные продукты соответствуют данному требованию. Для получения более подробной информации и перечня допустимых заменителей посетите веб-страницу программ детского питания департамента ODE, посвященную адаптации и изменению рационов питания.
 - ii. **Предлагаемый продукт с эквивалентной питательной ценностью для замены молока.** Спонсирующая организация обязана указать полное наименование и разновидность продукта с эквивалентной питательной ценностью для замены молока, предлагаемого в соответствии с правилами этой организации. При наличии такого продукта он должен предоставляться участникам без дополнительной платы.
 - iii. **К адаптации рациона питания в отсутствие медицинских показаний** могут относиться любые изменения, обусловленные религиозными, культурными или личными предпочтениями (например, вегетарианская, кошерная пища и т. д.).
 - iv. В случае выбора варианта «адаптация рациона питания, не обусловленная медицинскими показаниями» необходимо указать **продукты, которые следует исключить, и рекомендуемые заменители.** Спонсирующие организации могут исключить все указанные участником продукты питания, а также могут предложить другие заменители в соответствии с собственными правилами.
 - b. В разделе 2 «**Подпись родителя/опекуна или взрослого участника и дата подписания**» укажите разборчиво имя и фамилию родителя/опекуна или взрослого участника, запрашивающего адаптацию, подпишите форму и укажите дату подписания. Если этот раздел не заполнен, форма будет считаться неполной.
6. **Часть III.** Эта часть должна заполняться спонсирующей организацией после заполнения частей I и II.
 - a. **Осуществленная адаптация.** Сотрудник спонсирующей организации обязан указать, какая адаптация будет осуществлена по просьбе, высказанной в части II. Стоимость продуктов, предоставляемых на замену в отсутствие медицинских показаний, компенсируется только в случае обеспечения соответствия требованиям к рациону.
 - b. **Подпись спонсора и дата.** Сотрудник спонсирующей организации обязан подписать форму и указать дату подписания. Если этот раздел не заполнен, форма будет считаться неполной.

В данной форме указываются только предпочтения в рационе питания, не обусловленные медицинскими показаниями. Любая адаптация рациона должна соответствовать правилам, установленным спонсирующей организацией. Участникам, которым адаптация рациона питания необходима по медицинским показаниям, должна быть предоставлена форма медицинского заключения, которая заполняется лицензированным медработником.