



DeKalb ကောင်တီ ခရိုင်ကျောင်းရုံး
အထူး ပညာရေးနှင့် ကူညီပံ့ပိုးရေး ဝန်ဆောင်မှုများဆိုင်ရာ ဌာန
 5839 Memorial Drive
 Stone Mountain, Georgia 30083
 (678) 676-1800
 ဖက်စ် (678) 676-1888

အောက်ပါကလေးသည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးမွေးမြူရေး ဦးစီးဌာန (USDA) ၏ ကျောင်းအာဟာရ အစီအစဉ်များထဲမှ တစ်ခုတွင် ပါဝင်သူတစ်ဦး ဖြစ်ပါသည်။
 USDA စည်းမျဉ်းများ 7CFR အပိုင်း 15B အရ မသန်စွမ်းမှု မှကြောင့် စားသောက်သည့်အစားအသောက်တွင် ကန့်သတ်ချက်များ သတ်မှတ်ထားရှိခံရပြီး ဆေးလက်မှတ်ရထားသော ဆရာဝန်တစ်ဦး၏ ထောက်ခံလက်မှတ်ရေးထိုးမှုကို ရရှိထားသည့် ကလေးငယ်များအတွက် ကျောင်း အာဟာရ အစီအစဉ်ရှိ အစားအစာများတွင် အစားထိုးမှုများ သို့မဟုတ် ပြုပြင်မွမ်းမံမှုများ ပြုလုပ်ပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။
 ပြင်းထန်၍ အသက်အန္တရာယ်ရှိမိရသော (အနိန့်ဖလက်တစ်) တုံ့ပြန်မှုဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သည့် အစားအစာ ဓာတ်မတည့်မှုများသည် "မသန်စွမ်းမှု" အတွက် အဓိပ္ပါယ်ဖွင့်ဆိုချက်နှင့် ကိုက်ညီနိုင်ပါသည်။
 ကျောင်းတွင်း အစားအစာ အာဏာပိုင်အဖွဲ့သည် မသန်စွမ်းမဟုတ်သော်လည်း အသိအမှတ်ပြုထားသော ဆေးကုသမှု အာဏာပိုင်အဖွဲ့တစ်ခု (ဆရာဝန်၊ လက်ထောက် ဆရာဝန် သို့မဟုတ် အသိအမှတ်ပြု လက်မှတ်ရ သူနာပြု) ၏ ထောက်ခံလက်မှတ်ရေးထိုးမှုကို ရရှိထားသည့် အစားအသောက်နှင့်ပတ်သက်ပြီး အထူးလိုအပ်ချက်ရှိသည့် ကျောင်းသားတစ်ဦးကို ဝန်ဆောင်မှုပေးရန် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။
 ကျောင်းတွင်း အစားအစာ အာဏာပိုင်အဖွဲ့သည် မသန်စွမ်း မဟုတ်သော်လည်း နို့နှင့် နို့ထွက်ပစ္စည်းတို့နှင့် ဓာတ်မတည့်မှု သို့မဟုတ် ယဉ်ကျေးမှု သို့မဟုတ် ဘာသာရေးဆိုင်ရာ ယုံကြည်မှုများကြောင့် အစားအသောက်နှင့်ပတ်သက်ပြီး အထူးလိုအပ်ချက်ရှိသည့် ကျောင်းသားများအတွက် ရရှိနိုင်သော နို့နှင့် နို့ထွက်ပစ္စည်းကို အစားထိုးစီစဉ်ပေးရန် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။ ကျောင်းတွင်း အစားအစာ အာဏာပိုင်အဖွဲ့သည် ဤအစားထိုး အစားအစာများကို ရရှိနိုင်အောင် ပြုလုပ်ပေးပါက နို့နှင့် နို့ထွက်ပစ္စည်းအတွက် အစားထိုးသည့်အရာသည် စည်းမျဉ်းများတွင် သတ်မှတ်ထားသော အာဟာရစံနှုန်းများနှင့် ကိုက်ညီရမည်။ ရရှိနိုင်ပါက ယင်းကို အပိုင်း 2 တွင် ဖော်ပြထားပါသည်။ အသိအမှတ်ပြုထားသော ဆေးကုသမှု အာဏာပိုင်အဖွဲ့ (ဆရာဝန်၊ လက်ထောက် ဆရာဝန် သို့မဟုတ် အသိအမှတ်ပြု လက်မှတ်ရထားသော သူနာပြု) က ဤအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပေးနိုင်ပါသည်။

ပါးစပ်မှ အစာကျွေးခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် ပိုက်မှတစ်ဆင့် အစာကျွေးခြင်းအတွက် ဆရာဝန်နှင့် မိဘ၏ ခွင့်ပြုချက်
စာသင်နှစ် 20__ မှ 20__ တိ

ကျောင်းသား အမည်- _____ ရက်စွဲ- _____
 မွေးသက္ကရာဇ်- _____ ကျောင်း- _____
 ဆေးမှတ်တမ်း- _____

ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် ကျောင်းသားအတွက် ဘေးကင်းစိတ်ချရပြီး သင့်လျော်သည့် အစားအသောက်များကို ပြင်ဆင်ပေးနိုင်ရန် အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

I. ဆရာဝန်မှ အကြံပြုထားသည့် အစားအစာ-

_____ ပါးစပ်မှတစ်ဆင့် ဘာမျှ မစားမသောက်ရန် (NPO) အရည်များ- _____
 _____ ပါးစပ်မှ (PO) အစားအသောက် အမျိုးအစား- _____ ပုံမှန် _____
 _____ ပုံမှန် _____ ပျစ်ပျစ် _____
 _____ ပျစ်နေပါက အပျစ်အကျ ဘယ်လောက်လဲ။ _____

_____ နုတ်နုတ်စင်းထားသော အစားအစာ ဝတ်ရည် _____ ပျားရည် _____ ပူတင်း _____
 _____ ပျော့အောင် ကြိတ်ခြေထားသော အစားအစာ-လျှာပေါ်တွင် ထိတွေ့ခံစားရသည့် နူးညံ့မှု အနေအထားကို အောက်တွင် ဖော်ပြပါ
 _____ ကောက်နုစေခြင်း ပြုလုပ်ထားသော ကလေး အာဟာရမုန့် _____ အဆင့် 1 ကလေး အစားအစာများ (ညက်ညော့နူးညံ့သည်)
 _____ ကြိတ်ခြေထားသော စားပွဲတင် အစားအစာများ _____ အဆင့် 2 ကလေး အစားအစာ (အတုံးအဖတ် တချို့တစ်ဝက် ပါသည်)
 _____ ပုံမှန် စားပွဲတင် အစားအစာများ _____ အဆင့် 3 ကလေး အစားအစာများ (အတုံးအဖတ် များများပါသည်)

_____ ကျောင်းအစားအစာ ဖြည့်စွက်ချက်
 _____ ပါးစပ်ဖြင့်သာ စားရသော အစာအမာများ
 _____ G-tube မှတစ်ဆင့် သွင်းသော အရည်များ
 _____ အစာပိုက်မှတစ်ဆင့် အစာကျွေးခြင်း
 _____ ကလေးနို့ဖွန့်အမည် _____
 _____ အလားတူ အာဟာရ တန်ဖိုးရှိသည့် ကလေးနို့ဖွန့်ကို အစားထိုးနိုင်ပါသလား။ ရပါသည် မရပါ

တစ်ခါကျွေးသည့် ပမာဏ _____
 ကျွေးရမည့် အကြိမ်ရေ _____
 ရေ ပမာဏ _____
 အစာပိုက်ထဲ ရေထိုးသွင်းရန် ပမာဏ _____

II. အစာကျွေးခြင်း အမျိုးအစား-

_____ ဖြည်းဖြည်းချင်း သွင်းခြင်း
_____ တစ်စက်တစ်စက်ချပေးခြင်း
_____ ထိုးသွင်းခြင်း ထိုးသွင်းပါက သတ်မှတ်ချက် ဘယ်လောက်လဲ _____

III. ချို့မှုကို လေ့လာပြီးသွားပြီလား။ ပြီးသွားပါပြီ မပြီးသေးပါ (တစ်ခုကို ဝိုင်းပြပါ) ပြီးသွားလျှင် ရရှိနိုင်ပါက ပူးတွဲဖော်ပြပါ။

IV. မသန်စွမ်း မဟုတ်သော်လည်း အထူး အစာအာဟာရ လိုအပ်ချက်ရှိသည့်အတွက် သီးသန့် နို့နှင့် နို့ထွက်ပစ္စည်း အစားထိုးမှု ပြုလုပ်ပေးရန် တောင်းဆိုချက်

အပိုင်း IV ကို ဆေးကုသမှု အာဏာပိုင်အဖွဲ့က ဖြည့်စွက်ထားပြီး ကျောင်း / ခရိုင်ကျောင်းရုံးက အတည်ပြုထားပါက ကျောင်း/ခရိုင်ကျောင်းရုံးသည် မသန်စွမ်း မဟုတ်သည့် သို့မဟုတ် အခြား အစားအစာ လိုအပ်ချက်များရှိသော ကျောင်းသားများကို နို့နှင့် နို့ထွက်ပစ္စည်း အစားထိုးအဖြစ် နို့သကြားမပါသောနို့ ကို ပံ့ပိုးပေးသည်။ ကျောင်းသားအားလုံးအတွက် ရေကို ရရှိနိုင်ပါသည်။

ကလေးသည် မသန်စွမ်းမဟုတ်သော်လည်း ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် အစားအသောက်ပိုင်းဆိုင်ရာ အထူးလိုအပ်ချက်ကြောင့် နွားနို့ သောက်သုံးခြင်းကို တားမြစ်ခံထားရပါသလား။
ခံထားရပါသည် မခံထားရပါ

ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် အစားအသောက်ပိုင်းဆိုင်ရာ အထူးလိုအပ်ချက် (ဥပမာ- နို့သကြား ဓာတ်မတည့်မှု သို့မဟုတ် ယဉ်ကျေးမှုဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ဘာသာရေးဆိုင်ရာ ယုံကြည်မှုများအတွက်) ကို စာရင်းပြုရပါ-

ဆေးကုသမှု အာဏာပိုင်အဖွဲ့ သို့မဟုတ် သို့မဟုတ် မိဘ/ အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- _____
ရက်စွဲ - _____

V. ဆရာဝန်/ဆေးကုသမှု အာဏာပိုင်အဖွဲ့က ဖြည့်စွက်ရန်

ကလေးတွင် မသန်စွမ်းမှု ရှိပါသလား။ ရှိပါသည် မရှိပါ
ရှိပါက မသန်စွမ်းမှုကို သတ်မှတ်ပြီး မသန်စွမ်းမှုကြောင့် ထိခိုက်စေနိုင်သည့် အရေးကြီးသော ဘဝ လျှပ်ရှားဆောင်ရွက်မှုများကို ဖော်ပြပါ။

ကလေး၏ မသန်စွမ်းမှုသည် ၎င်းတို့၏ အစာအာဟာရ သို့မဟုတ် အစာစားခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် လိုအပ်ချက်များကို ထိခိုက်စေပါသလား။
ထိခိုက်စေပါသည် မထိခိုက်စေပါ

ကလေးတွင် မသန်စွမ်းမှု မရှိပါက* အထူး အစာအာဟာရသို့မဟုတ် အစာစားခြင်းနှင့် ပတ်သက်သည့် လိုအပ်ချက်များ ရှိပါသလား။ ရှိပါသည် မရှိပါ
(*ဤအချက်များသည် ကျောင်းများ၏ ဆန္ဒအလျောက် ရွေးချယ်နိုင်သည့် အချက်များ ဖြစ်ပါသည်)
ရှိပါက စားသောက်မှုပုံစံကို ကန့်သတ်ထားသော ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် အခြားစားသောက်မှုပုံစံဆိုင်ရာ အခြေအနေကို သတ်မှတ်ဖော်ပြပါ။

မသန်စွမ်းမှု/အထူး အစားအသောက် လိုအပ်ချက်များ

VI. ဓာတ်မတည့်မှုများ/ကြိုတင်ကာကွယ်မှုများ နှင့်/သို့မဟုတ် အစားအစာ ဓာတ်မတည့်မှုများ။ သတ်သတ်မှတ်မှတ် ဖယ်ထုတ်ရမည့် အစားအစာမှန်သမျှကို စာရင်းပြုရပါ - (ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှု အာဏာပိုင်အဖွဲ့က ဖြည့်စွက်ရန်)

အစားထိုးရမည့် အစားအစာမှန်သမျှကို စာရင်းပြုရပါ (ဤအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်မထားလျှင် အစားထိုးမှုများကို ပြုလုပ်၍ မရနိုင်ပါ)

ဆရာဝန်/ဆေးကုသမှု အာဏာပိုင်အဖွဲ့၏ အမည် အပြည့်အစုံ၊ လိပ်စာ၊ ရုံး ဖုန်းနံပါတ်

ဆရာဝန်/ဆေးကုသမှု အာဏာပိုင်အဖွဲ့၏ လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____

ဤအဖွဲ့အစည်းမှာ တန်းတူအခွင့်အရေးပေးသူဖြစ်ပါသည်။