



DeKalb काउंटी स्कूल डिस्ट्रिक्ट
अतिरिक्त शिक्षा और समर्थन सेवा विभाग
5839 Memorial Drive
Stone Mountain, Georgia 30083
(678) 676-1800
फैक्स (678) 676-1888

निम्नलिखित बच्चा संयुक्त राज्य अमेरिका के कृषि विभाग (USDA) स्कूल न्यूट्रीशन प्रोग्राम में से एक में भागीदार हैं। यूएसडीए नियम 7CFR भाग 15B को बच्चों के लिए स्कूल न्यूट्रीशन प्रोग्राम मील में प्रतिस्थापन या संशोधन की आवश्यकता होती है, जिनकी विकलांगता उनके आहार को प्रतिबंधित करती है और लाइसेंस प्राप्त चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित एक कथन द्वारा समर्थित है। खाद्य एलर्जी से जान जा सकती है (एनाफिलेक्टिक), प्रतिक्रिया "अक्षमता" की परिभाषा को पूरा कर सकती है। स्कूल फूड अथॉरिटी किसी मान्यता प्राप्त चिकित्सा प्राधिकारी (चिकित्सक, चिकित्सक सहायक या नर्स व्यवसायी) द्वारा हस्ताक्षरित बयान द्वारा समर्थित गैर-अक्षम करने वाली विशेष आहार आवश्यकता वाले छात्र को समायोजित करने का विकल्प चुन सकती है। स्कूल खाद्य प्राधिकरण, दूध असहिष्णुता या सांस्कृतिक या धार्मिक मान्यताओं के लिए गैर-अक्षम करने वाली विशेष आहार संबंधी आवश्यकताओं वाले छात्रों के लिए दूध विकल्प उपलब्ध कराने का विकल्प चुन सकता है। यदि स्कूल खाद्य प्राधिकरण इन विकल्पों को उपलब्ध कराता है, तो दूध विकल्प को नियमों में पहचाने जाने वाले पोषक तत्वों को पूरा करना होगा। यदि उपलब्ध हो, तो यह भाग 2 में इंगित किया जाएगा। एक मान्यता प्राप्त चिकित्सा प्राधिकरण (चिकित्सक, चिकित्सक सहायक, या नर्स व्यवसायी) इस खंड को पूरा कर सकता है।

ओरल फीडिंग और/या ट्यूब फीडिंग के लिए भौतिक और माता-पिता प्राधिकरण
स्कूल वर्ष 20____ से 20____

छात्र का नाम: _____ दिनांक: _____

जन्मतिथि: _____ स्कूल _____

निदान: _____

कृपया निम्नलिखित प्रश्नों को पूरा करें ताकि हम छात्र को सुरक्षित और उचित तरीके से सेवा दे सकें।

I. चिकित्सक आहार की सिफारिश की:

_____ मुंह से कुछ भी नहीं (NPO) तरल पदार्थ: _____
_____ मुंह से (PO) टाइप आहार: रेग्युलर _____
_____ रेग्युलर गाढ़ा _____
अगर गाढ़ा है, तो कितना गाढ़ा है?
_____ कटा हुआ नेक्टर _____ शहद _____ पुडिंग _____
_____ प्यूरी-नीचे बनावट दर्शाएं
_____ बेबी अनाज _____ चरण 1 बेबी फूड्स (स्मूथ)
_____ मशरूम टेबल फूड्स _____ चरण 2 बेबी फूड (सेमी-चंकी)
_____ नियमित टेबल फूड्स _____ चरण 3 बेबी फूड्स (चंकी)

_____ स्कूल भोजन के लिए पूरक
_____ केवल मुंह से ठोस पदार्थ
_____ जी-ट्यूब द्वारा तरल पदार्थ
_____ ट्यूब फेड
_____ फॉर्मूला का नाम _____
क्या समान पोषक तत्वों का एक सूत्र प्रतिस्थापित किया जा सकता है? हाँ नहीं

प्रत्येक भोजन पर राशि _____

समय पर खिलाया जाएगा _____

पानी की मात्रा _____

फ्लश करने के लिए पानी की मात्रा _____

II. आहारका प्रकार

_____ बोलस स्लो

_____ ड्रिप

_____ अगर पंप है, तो क्या सेटिंग है _____

III. निगलने की क्रिया का अध्ययन किया है? हां नहीं (सर्किल करें) यदि हां, तो कृपया उपलब्ध होने पर संलग्न करें।

IV. गैर-अक्षम विशेष आहार आवश्यकताओं के लिए दूध विकल्प के लिए अनुरोध

☒ स्कूल/स्कूल जिला लैक्टोज फ्री मिल्क को गैर-विकलांग या अन्य विशेष आहार आवश्यकताओं वाले छात्रों के लिए दूध विकल्प के रूप में प्रदान करता है जब अनुभाग IV मेडिकल अथॉरिटी द्वारा पूरा किया जाता है और स्कूल/स्कूल जिले द्वारा अनुमोदित किया जाता है। पानी सभी छात्रों के लिए उपलब्ध है।

क्या बच्चे के पास एक गैर-अक्षम चिकित्सा या विशेष आहार संबंधी आवश्यकता है जो द्रव दूध के सेवन को प्रतिबंधित करता है?
हाँ नहीं

चिकित्सा या विशेष आहार संबंधी आवश्यकता की सूची (उदाहरण के लिए, लैक्टोज इनटोलरेंस या सांस्कृतिक या धार्मिक मान्यताओं के लिए):

चिकित्सा प्राधिकरण या अभिभावक/अभिभावक हस्ताक्षर : _____

तारीख: _____

V. चिकित्सक/चिकित्सा प्राधिकरण द्वारा पूरा किया जाना है

क्या बच्चे की विकलांगता है? हाँ नहीं

यदि हां, तो विकलांगता की पहचान करें और अक्षमता से प्रभावित प्रमुख जीवन गतिविधियों का वर्णन करें।

क्या बच्चे की विकलांगता उनके पोषण या भोजन की ज़रूरतों को प्रभावित करती है? हाँ नहीं

अगर बच्चे की विकलांगता नहीं है *, क्या बच्चे के पास विशेष पोषण या भोजन की ज़रूरत है? हाँ नहीं

(* स्कूलों के लिए ये आवास वैकल्पिक हैं)

यदि हां, तो कृपया चिकित्सा या अन्य विशेष आहार स्थिति की पहचान करें जो आहार को प्रतिबंधित करता है।

विकलांगता/विशेष आहार आवश्यकताएं

VI. विरोधाभास/सावधानियां और/या खाद्य एलर्जी, छोड़े जाने वाले किसी भी आहार संबंधी विशिष्ट खाद्य पदार्थों को सूचीबद्ध करें: (चिकित्सक या चिकित्सा प्राधिकरण द्वारा पूरा किया जाना है)

प्रतिस्थापित किए जाने वाले किसी भी विशिष्ट खाद्य पदार्थ की सूची बनाएं (प्रतिस्थापन तब तक नहीं किया जा सकता जब तक यह अनुभाग भर न जाए)

चिकित्सक/चिकित्सा प्राधिकरण मुद्रित नाम, पता, कार्यालय फोन नंबर

चिकित्सक/चिकित्सा प्राधिकरण हस्ताक्षर

दिनांक

अभिभावक/अभिभावक हस्ताक्षर

दिनांक

यह संस्था समान अवसर प्रदाता है।