



DeKalb काउन्टी स्कूल डिस्ट्रिक्ट
अतिरिक्त शिक्षा तथा सहायता सेवा विभाग
5839 Memorial Drive
Stone Mountain, Georgia 30083
(678) 676-1800
फ्याक्स (678) 676-1888

निम्न बच्चा अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) द्वारा सञ्चालित विद्यालय पोषण कार्यक्रमहरूको एउटा सहभागी हो ।
USDA को नियम 7CFR भाग 15B अनुसार अपाङ्गताका कारण आहार लिन नसकिरहेका तथा इजाजतप्राप्त चिकित्सकको हस्ताक्षर सहितको निवेदनद्वारा सहायता प्राप्त बालबालिकाहरूका लागि विद्यालयको पोषण कार्यक्रमका खानाहरूमा प्रतिस्थापन वा परिवर्तन गर्नु आवश्यक छ । गम्भीर तथा जीवनलाई खतरामा हाल्न सक्ने (एनाफिलेक्टिक) प्रतिक्रिया देखाउन सक्ने खाना सम्बन्धी एलर्जीहरू "अपाङ्गता" को परिभाषा भित्र पर्दछन् ।
विद्यालयका खाद्य अधिकारीले मान्यताप्राप्त चिकित्सा अधिकारी (चिकित्सक, सहायक चिकित्सक वा नर्स) को हस्ताक्षर सहितको निवेदनद्वारा सहायता प्राप्त विद्यार्थीका गैर-अपाङ्गता विशेष आहार आवश्यकतामा सहयोग गर्न सक्नुहुनेछ ।
विद्यालयका खाद्य अधिकारीले गैर-अपाङ्गता विशेष आहार आवश्यकता भएका - जस्तै दुध नपच्ने वा धार्मिक मान्यतामा चल्ने विद्यार्थीहरूका लागि दुधको सट्टामा अन्य खानेकुरा प्रतिस्थापन गर्न सक्नुहुनेछ । यदि विद्यालयका खाद्य अधिकारीले यी प्रतिस्थापनहरू गर्नुभयो भने, दुधको सट्टा प्रतिस्थापन भएर आउने खानेकुराले अनिवार्य रूपमा नियममा उल्लिखित पोषण सम्बन्धी मापदण्डहरू पूरा गर्नुपर्छ । उपलब्ध भएमा यसलाई भाग 2 मा समावेश गरिनेछ । मान्यता प्राप्त चिकित्सा अधिकारी (चिकित्सक, सहायक चिकित्सक, वा नर्स) ले यो खण्ड भर्न सक्नुहुनेछ ।

मुखले तथा ट्यूबबाट खाना खुवाउनका लागि चिकित्सक तथा अभिभावकको अनुमति
शैक्षिक वर्ष 20____ देखि 20____ सम्म

विद्यार्थीको नाम: _____ मिति: _____

जन्ममिति: _____ विद्यालय: _____

निदान: _____

कृपया निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस् ताकि हामीले विद्यार्थीलाई सुरक्षित र उचित ढङ्गले सेवा दिन सकौं ।

I. चिकित्सकले सिफारिस गर्नुभएको आहार:

_____ मुखबाट केहीपनि नखुवाउने (NPO) झोल खानेकुराहरू:
_____ मुखले खाने (PO) आहारको प्रकार: नियमित _____
_____ नियमित बाक्लो _____

बाक्लो हो भने, कतिको बाक्लो ?

_____ टुक्रा पारिएको फलफूलको जुस जतिको _____ मह जतिको _____ पुडिङ जतिको _____

_____ लिटो - निम्न कुराहरूलाई जनाउँछ

_____ बेबी सिरियल _____ स्टेज 1 को बच्चाको खाना (नरम)

_____ मुछेको खाना _____ स्टेज 2 को बच्चाको खाना (अलिकति ठोस)

_____ नियमित खाना _____ स्टेज 3 को बच्चाको खाना (ठोस)

_____ विद्यालयको खानामा दिइने पूरक खाना (सप्लिमेन्ट)

_____ मुखले खाने ठोस खाना

_____ जी-ट्यूबबाट खाने झोल खानेकुरा

_____ ट्यूबबाट खाने

_____ फर्मूलाको नाम _____

के यस फर्मूलाको सट्टामा उस्तै पोषण प्रदान गर्ने अर्को फर्मूला खुवाउन मिल्छ ? मिल्छ मिल्दैन

हरेक पटक खाने मात्रा _____

खुवाउने समय _____

पानीको मात्रा _____

फलश गर्ने पानीको मात्रा _____

II. खुवाउने तरिका:

_____ बोलस स्लो

_____ ड्रिप

_____ पम्प

यदि पम्प हो भने, कुन सेटिङमा _____

III. निम्न सम्बन्धी जाँच गरिएको थियो ? थियो थिएन (एउटामा घेरा लगाउनुहोस्) यदि थियो भने, कृपया उपलब्ध भएमा संलग्न गर्नुहोस्

IV. गैर-अपाङ्गता विशेष आहार आवश्यकताहरूका लागि मात्र दुधको प्रतिस्थापन सम्बन्धी अनुरोध

☒ चिकित्सा अधिकारले खण्ड IV भर्नुभएको छ र स्कूल/स्कूल डिस्ट्रिक्टले स्वीकृत गरेको छ भने स्कूल/स्कूल डिस्ट्रिक्टले अपाङ्गता नभएका वा अन्य विशेष आहार आवश्यक भएका विद्यार्थीहरूलाई दुधको सट्टामा ल्याक्टोज नभएको दुध उपलब्ध गराउँछ । खानेपानी सबै विद्यार्थीहरूका लागि उपलब्ध छ ।

के बच्चाका कुनै गैर-अपाङ्गता वा विशेष आहार आवश्यकताहरू छन् जसले गर्दा बच्चाले दुध सेवन गर्न पाइरहेको छैन ?
छन् छैनन्

चिकित्सा वा विशेष आहार आवश्यकताहरू (जस्तै, ल्याक्टोज नपच्ने वा कुनै सांस्कृतिक तथा धार्मिक मान्यताहरू) सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____

चिकित्सा अधिकार वा अभिभावकको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____

V. चिकित्सक/चिकित्सा अधिकारीले भर्नुपर्ने

के बच्चामा कुनै अपाङ्गता छ ? छ छैन

यदि छ भने, कृपया अपाङ्गताको प्रकार उल्लेख गर्नुहोस् र उक्त अपाङ्गताद्वारा प्रभावित जीवनका मुख्य गतिविधिहरू बारे व्याख्या गर्नुहोस् । _____

के बच्चाको अपाङ्गताले उसको पोषण वा आहार आवश्यकताहरूलाई असर पारेको छ ? छ छैन

यदि बच्चामा अपाङ्गता छैन भने*, के बच्चालाई कुनै विशेष पोषण तथा आहारको आवश्यकता छ ? छ छैन

(*विद्यालयले गर्ने यी सहायताहरू वैकल्पिक हुन्)

यदि छ भने, कृपया आहारमा असर गरिरहेको चिकित्सकीय वा अन्य विशेष आहारको अवस्था उल्लेख गर्नुहोस् ।

अपाङ्गता/विशेष आहार आवश्यकताहरू

VI. निषेध/सावधानी र/वा खाना सम्बन्धी एलर्जीहरू, हटाउनुपर्ने कुनै पनि आहार विशेष खानाहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्:
(चिकित्सक वा चिकित्सा अधिकारीले भर्नुपर्ने)

प्रतिस्थापित गर्नुपर्ने कुनै पनि विशेष खानाहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस् (यो खण्ड नभर्दासम्म खाना प्रतिस्थापन गर्न सकिने छैन)

चिकित्सक/चिकित्सा अधिकारीको नाम, ठेगाना, कार्यालयको फोन नम्बर

चिकित्सक/चिकित्सा अधिकारीको हस्ताक्षर

मिति

अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

यो एउटा समान अवसर प्रदायक संस्था हो।