



하와이주 교육부 학교 급식부(Hawaii State Department of Education School Food Services Branch)
특수 급식 필요 의료 양식

본 양식은 반드시:

- 학생의 부모/보호자 및 공인 의료 기관이 상세히 작성해야 합니다.
- 특수급식 편의를 제공하기 전에 학교 급식부(School Food Services Branch, SFSB)에 제출하고 검토와 승인을 받아야 합니다.

배포:

- 원본은 학교에서 보관합니다.
- 학교는 J-1 사본을 학교 급식부에 제출합니다.

신규 개정

PART I(부모/보호자 작성)			
1. 학생의 성:	2. 학생의 이름:	3. 생년월일:	4. 학년:
<i>참고: 학생이 유치원생(Pre-K)에 해당하는 경우 하와이 교육부(Hawaii State Department of Education)에 등록해야 합니다. Head Start만 등록한 학생은 특수 급식 편의 제공을 받을 수 없습니다.</i>			
5. 학교 이름:		6. 학교 전화번호:	
7. 학부모/보호자 이름:		8. 학부모/보호자 전화번호:	
9. 요청 식사/간식(해당하는 항목에 모두 체크):			
<input type="checkbox"/> 아침 <input type="checkbox"/> 점심 <input type="checkbox"/> 방과 후 간식 (참고: 방과 후 간식은 학교가 USDA 후원 프로그램에 참여하는 경우에만 이용 가능합니다)			
PART II(공인 의료 기관 작성)			
10. 아동의 식사를 제한하는 신체적 또는 정신적 장애를 설명하십시오.			
11. 적절한 이행을 위해 해야 할 조치를 설명하십시오. (참고: 필요한 경우, 다음 섹션을 이용하여 이 정보 제공에 도움을 줄 수 있습니다.)			
급식 필요 사양은 아래와 다음 페이지에 제시되어 있습니다. 모두 답변하십시오.			
12. 아동에게 수업 시간 중에 영양 또는 음식 보충이 필요합니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
13. 예라고 답변하셨다면 필요한 보충물은 무엇입니까?			
14. 아동이 주/연방 프로그램(예: WIC/Medicaid)에서 필요한 보충을 받고 있습니까?			해당 없음 예 아니요 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. 식사 당 탄수화물 지정(하나만 체크하십시오): <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 45g <input type="checkbox"/> 60g <input type="checkbox"/> 75g <input type="checkbox"/> 기타: _____			
16. 음식 질감 변경: <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 다지기(1/2") <input type="checkbox"/> 잘게 다지기(1/4") <input type="checkbox"/> 갈기(1/8") <input type="checkbox"/> 뭉레 <input type="checkbox"/> 기타: _____			
17. 액체 농도 변경: <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 과즙 농도 <input type="checkbox"/> 꿀 농도 <input type="checkbox"/> 푸딩 농도			

1106 KOKO HEAD AVENUE | HONOLULU, HI 96816 | 전화: (808) 784-5500 | 팩스: (808) 735-6262



하와이주 교육부 학교 급식부(Hawaii State Department of Education School Food Services Branch)
특수 급식 필요 의료 양식

18. 학생 이름(성, 이름):	
19. 배야 할 음식(해당하는 항목에 모두 체크하십시오):	20. 권장 대체 식품(구체적으로 적어주십시오):
<input type="checkbox"/> 액체 우유(유제품) <input type="checkbox"/> 음식/제품으로 구워서 조리한 것을 제외하고 우유 성분을 포함하는 모든 음식/제품 <input type="checkbox"/> 우유 성분을 포함하는 모든 음식/제품	<input type="checkbox"/> 두유 <input type="checkbox"/> 물 (학생이 액체 우유를 섭취할 수 없는 경우) <input type="checkbox"/> 기타:
<input type="checkbox"/> 달걀(예: 스크램블 에그, 날달걀) <input type="checkbox"/> 음식/제품으로 구워서 조리한 것을 제외하고 달걀 성분을 포함하는 모든 음식/제품 <input type="checkbox"/> 달걀 성분을 포함하는 모든 음식/제품	
<input type="checkbox"/> 밀 성분을 포함한 모든 음식/제품 글루텐 성분을 <input type="checkbox"/> 포함한 모든 음식/제품	
<input type="checkbox"/> 땅콩 <input type="checkbox"/> 모든 견과류 <input type="checkbox"/> 견과류, 유형을 명시하십시오. _____	
<input type="checkbox"/> 대두 <input type="checkbox"/> 대두 성분을 포함하는 모든 음식/제품 <input type="checkbox"/> 대두유를 포함하여 대두 성분을 포함하는 모든 음식/제품	
<input type="checkbox"/> 갑각류, 유형을 명시하십시오. _____ <input type="checkbox"/> 어류, 유형을 명시하십시오. _____ <input type="checkbox"/> 모든 해산물	
<input type="checkbox"/> 기타:	
21. 승인 기간: 지정된 날짜가 되거나 또는 아래에 명시된 사건이 발생할 때까지 승인이 지속되며 효력을 유지합니다.	
22. 본인은 첨부 J - 특수 급식을 필요로 하는 아동을 위한 학교 영양 프로그램의 편의 제공(Accommodating Students with Special Dietary Needs in School Nutrition Programs) 섹션 I, II, III을 검토하였으며 본 식사 주문이 본 첨부에 언급된 기준을 충족함을 증명합니다.	
공인 의료 기관의 서명(자격 증명 포함):	날짜:
정자체 이름 및 주소:	전화 번호: 팩스 번호:
<u>SFSB 관청 전용</u>	
양식 작성 학교 문의: _____	양식 작성 편의가 제공되지 않습니다. <input type="checkbox"/> 504 팀은 학생에게 자격이 없는 것으로 확인했습니다.
양식 미작성 학교 문의: _____	



하와이주 교육부 학교 급식부(Hawaii State Department of Education School Food Services Branch)
특수 급식 필요 의료 양식

본 양식은 반드시:

- 학생의 부모/보호자 및 공인 의료 기관이 상세히 작성해야 합니다.
- 특수급식 편의를 제공하기 전에 학교 급식부(School Food Services Branch, SFSB)에 제출하고 검토와 승인을 받아야 합니다.

배포:

- 원본은 학교에서 보관합니다.
- 학교는 J-1 사본을 학교 급식부에 제출합니다.

신규 개정

PART I(부모/보호자 작성)			
1. 학생의 성: Aloha	2. 학생의 이름: Napualani	3. 생년월일: 2010년 1월 1일	4. 학년: 2학년
<i>참고: 학생이 유치원생(Pre-K)에 해당하는 경우 하와이 교육부(Hawaii State Department of Education)에 등록해야 합니다. Head Start만 등록한 학생은 특수 급식 편의 제공을 받을 수 없습니다.</i>			
5. 학교 이름: Ohana Elementary		6. 학교 전화번호: 305-0000	
7. 학부모/보호자 이름: Joe Aloha		8. 학부모/보호자 전화번호: 512-111-1222	
9. 요청 식사/간식(해당하는 항목에 모두 체크):			
<input type="checkbox"/> 아침 <input checked="" type="checkbox"/> 점심 <input type="checkbox"/> 방과 후 간식 (참고: 방과 후 간식은 학교가 USDA 후원 프로그램에 참여하는 경우에만 이용 가능합니다.)			
PART II(공인 의료 기관 작성)			
10. 아동의 식사를 제한하는 신체적 또는 정신적 장애를 명시하십시오. 복강 질환 및 낭포성 섬유증			
11. 적절한 이행을 위해 해야 할 조치를 설명하십시오. (참고: 필요한 경우, 다음 섹션을 이용하여 이 정보 제공에 도움을 줄 수 있습니다.)			
아래를 참조하십시오.			
급식 필요 사항은 아래와 다음 페이지에 제시되어 있습니다. 모두 답변해주십시오.			
12. 아동에게 수업 시간 중에 영양 또는 음식 보충이 필요합니까?		<input checked="" type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
13. 예라고 답변하셨다면 필요한 보충물은 무엇입니까? PediaSure(바닐라)			
14. 아동이 주/연방 프로그램(예: WIC/Medicaid)에서 필요한 보충을 받고 있습니까?		해당 없음 <input type="checkbox"/>	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input checked="" type="checkbox"/>
15. 식사 당 탄수화물 지정(하나만 체크하십시오): <input checked="" type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 45g <input type="checkbox"/> 60g <input type="checkbox"/> 75g <input type="checkbox"/> 기타: _____			
16. 음식 질감 변경: <input checked="" type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 다지기(1/2") <input type="checkbox"/> 잘게 다지기(1/4") <input type="checkbox"/> 갈기(1/8") <input type="checkbox"/> 푸레 <input type="checkbox"/> 기타: _____			
17. 액체 농도 변경: <input checked="" type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 과즙 농도 <input type="checkbox"/> 꿀 농도 <input type="checkbox"/> 푸딩 농도			

1106 KOKO HEAD AVENUE | HONOLULU, HI 96816 | 전화: (808) 733-8400 | 팩스: (808) 735-6262



하와이주 교육부 학교 급식부(Hawaii State Department of Education School Food Services Branch)
특수 급식 필요 의료 양식

18. 학생 이름(성, 이름): Aloha, Napualani	
19. 빼야 할 음식(해당하는 항목에 모두 체크하십시오):	20. 권장 대체 식품(구체적으로 적어주십시오):
<input type="checkbox"/> 액체 우유(유제품) <input type="checkbox"/> 음식/제품으로 구워서 조리한 것을 제외하고 우유 성분을 포함하는 모든 음식/제품 <input type="checkbox"/> 우유 성분을 포함하는 모든 음식/제품 <input type="checkbox"/> 달걀(예: 스크램블 에그, 날달걀) <input type="checkbox"/> 음식/제품으로 구워서 조리한 것을 제외하고 달걀 성분을 포함하는 모든 음식/제품 <input type="checkbox"/> 달걀 성분을 포함하는 모든 음식/제품 <input type="checkbox"/> 밀 성분을 포함한 모든 음식/제품 글루텐 성분을 <input checked="" type="checkbox"/> 포함한 모든 음식/제품 <input type="checkbox"/> 땅콩 <input type="checkbox"/> 모든 견과류 <input type="checkbox"/> 견과류, 유형을 명시하십시오. _____ <input type="checkbox"/> 대두 <input type="checkbox"/> 대두 성분을 포함하는 모든 음식/제품 <input type="checkbox"/> 대두유를 포함하여 대두 성분을 포함하는 모든 음식/제품 <input type="checkbox"/> 갑각류, 유형을 명시하십시오. _____ <input type="checkbox"/> 어류, 유형을 명시하십시오. _____ <input type="checkbox"/> 모든 해산물 <input type="checkbox"/> 기타:	<input type="checkbox"/> 두유 <input type="checkbox"/> 물 (학생이 액체 우유를 섭취할 수 없는 경우) <input checked="" type="checkbox"/> 기타: 학교 점심에서 제공되는 액체 우유를 대신하여 PediaSure를 제공합니다.
21. 승인 기간 지정된 날짜가 되거나 또는 아래에 명시된 사건이 발생할 때까지 승인이 지속되며 효력을 유지합니다. 무기한	
22. 본인은 첨부 J - 특수 급식을 필요로 하는 아동을 위한 학교 영양 프로그램의 편의 제공(Accommodating Students with Special Dietary Needs in School Nutrition Programs) 섹션 I, II, III을 검토하였으며 본 식사 주문이 본 첨부에 언급된 기준을 충족함을 증명합니다.	
공인 의료 기관의 서명(자격 증명 포함): Jane Smith, APRN 정자체 이름 및 주소: Jane Smith 987 Kahuna Street Heiau, HI 99999	날짜: 2018년 6월 2일 전화 번호: 808-988-7776 팩스 번호: 808-988-7777
SFSB 관청 전용	
양식 작성 학교 문의: _____ 양식 미작성 학교 문의: _____	양식 작성 편의가 제공되지 않습니다. <input type="checkbox"/> 504 팀은 학생에게 자격이 없는 것으로 확인했습니다.

1106 KOKO HEAD AVENUE | HONOLULU, HI 96816 | 전화: (808) 733-8400 | 팩스: (808) 735-6262