



SANGAY NG MGA SERBISYO SA PAGKAIN  
KAGAWARAN NG ESTADO NG PAARALANG  
PANG-EDUKASYON NG HAWAII  
**PANGANGAILANGANG ESPESYAL NA  
DIETARY ANG MEDICAL FORM**

**Ang form na ito ay dapat na:**

- Masusing kinumpleto ng magulang/tagapag-alaga ng mag-aaral at kinikilalang awtoridad sa medisina.
- Isumite sa, sinuri, at inaprubahan ng School Food Services Branch bago gawin ang pagbabago sa pagkain.

**Pamamahagi:**

- Ang orihinal ay dapat itago sa talaan ng paaralan.
- Ang Paaralan ang magpadala ng kopya ng orihinal na J-1 sa School Food Services .

BAGO  NIREBISA

<b>PART I (PUPUNAN NG MAGULANG/TAGAPANGALAGA)</b>			
1. Apelyido ng Mag-aaral:	2. Pangalan ng Mag-aaral:	3. Araw ng kapanganakan:	4. Grado:
<i><b>Tandaan:</b> Kung ang mag-aaral ay nasa Pre-K siya ay dapat na nakatala sa Hawaii State Department of Education. Ang mga mag-aaral na naka-enroll sa Head Start lamang ay hindi karapat-dapat para sa mga espesyal na akomodasyon sa pagkain.</i>			
5. Pangalan ng paaralan:		6. Numero ng Telepono ng Paaralan:	
7. Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga:		8. Numero ng Telepono ng Magulang/Tagapag-alaga:	
9. Hiniling na mga pagkain/meryenda (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop):			
<input type="checkbox"/> Agahan <input type="checkbox"/> Tanghalian <input type="checkbox"/> Snack Pagkatapos ng Eskwela <i>(Tandaan: Ang Snack Pagkatapos ng Eskwela ay available lamang kung ang paaralan ay nakikilahok sa naka-sponsor na programa ng USDA.)</i>			
<b>PART II (PUPUNAN NG KINIKILALANG AWTORIDAD MEDIKAL)</b>			
10. Ilarawan ang pisikal o mental na kapansanan na naghihigpit sa pagkain ng bata:			
11. Magbigay ng paliwanag kung ano ang dapat gawin upang matiyak ang naaangkop na pagpapatupad: <i>(Tandaan: Kung may kaugnayan, maaari mong gamitin ang mga sumusunod na seksyon upang tumulong sa pagbibigay ng impormasyong ito.)</i>			
<b>Ang Mga Detalye ng Pangangailangan sa Pandiyeta ay ipinapakita sa ibaba at sa susunod na pahina. Pakisagot ng buo.</b>			
12. Nangangailangan ba ang bata ng nutrisyon o dietary supplement sa oras ng paaralan?			<input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI
13. Kung oo, ano ang kinakailangang suplemento?			
14. Nakakatanggap ba ang bata ng mga kinakailangang (mga) suplemento mula sa mga programa ng Estado/Pederal (hal. WIC/Medicaid)?			<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI
15. Tukuyin ang mga carbohydrate bawat pagkain (lagyan ng check ang isa):			<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 45g <input type="checkbox"/> 60g <input type="checkbox"/> 75g <input type="checkbox"/> Iba pa: _____
16. Binagong Anyo ng Pagkain: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tinadtad (1/2") <input type="checkbox"/> Pinong Pagtadtad (1/4") <input type="checkbox"/> Tinadtad ng Pino (1/8") <input type="checkbox"/> Pureed <input type="checkbox"/> Iba pa: _____			
17. Binagong Consistency ng Likido: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Kasing kapal ng Nectar <input type="checkbox"/> Kasing kapal ng Pulot <input type="checkbox"/> Kasing kapal ng Pudding			



SANGAY NG MGA SERBISYO SA PAGKAIN  
KAGAWARAN NG ESTADO NG PAARALANG  
PANG-EDUKASYON NG HAWAII  
**PANGANGAILANGANG ESPESYAL NA  
DIETARY ANG MEDICAL FORM**

18. Pangalan ng Mag-aaral (Apelyido, Pangalan):	
19. Mga paglaktaw sa pagkain (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop):	20. Mga inirerekomendang alternatibong pagkain (tukuyin):
<input type="checkbox"/> Fluid milk (pagawaan ng gatas) na inumin <input type="checkbox"/> Lahat ng pagkain/produktong naglalaman ng gatas mga sangkap na hindi kasama ang mga inihurnong sa pagkain/produkto <input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap ng gatas	<input type="checkbox"/> Soy milk <input type="checkbox"/> Tubig (Kung ang mag-aaral ay hindi makainom ng tuluy-tuloy na gatas)  <input type="checkbox"/> Ba pa:
<input type="checkbox"/> Mga itlog (hal. scrambled eggs, mga itlog sa hilaw na anyo) <input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap ng itlog hindi kasama ang mga inihurnong sa pagkain/produkto <input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap ng itlog	
<input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap ng trigo <input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap na gluten	
<input type="checkbox"/> Mga Mani <input type="checkbox"/> Lahat ng mga Mani <input type="checkbox"/> Tree Nuts, tukuyin ang uri: _____	
<input type="checkbox"/> Soybean <input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap ng soy <input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng soy ingredients, kabilang ang soy oil	
<input type="checkbox"/> Shellfish, tukuyin ang uri: _____ <input type="checkbox"/> Isda, tukuyin ang uri: _____ <input type="checkbox"/> Lahat ng Pagkaing Dagat	
<input type="checkbox"/> Iba pa:	
21. <b>Tagal ng Pahintulot:</b> Ang Awtorisasyong ito ay susundan at may bisa hanggang sa petsa <u>  </u> kaganapang tinukoy sa ibaba:	
22. <b><u>Ni-review ko ang Attachment J – Akomodasyon sa mga Mag-aaral na may Espesyal na Pangangailangang Dietary sa mga Programa ng Nutrisyon ng Paaralan Mga seksyong I, II, III, o Accommodating Students with Special Dietary Needs in School Nutrition Programs at pinatutunayan ko na ang diet order na ito ay nakakatugon sa pamantayang binanggit sa attachment na ito.</u></b>	
Lagda ng Kinikilalang Awtoridad ng Medikal (kasama ang mga kredensyal):	Petsa:
I-print ang Pangalan at Address:	Numero ng telepono: Numero ng Fax:
TANGING GAMIT LAMANG SA TANGGAPAN NG SFSB	
KUMPLETUHIN ANG FORM NA-CONTACT ANG PAARALAN NOONG: _____	HINDI GAGAWIN ANG FORM NG KUMPLETONG AKOMODASYON. <input type="checkbox"/> Napag-alaman ng team 504 na hindi karapat-dapat ang MAG-AARAL.
HINDI KUMPLETO ANG FORM NA-CONTACT ANG PAARALAN NOONG: _____	



SANGAY NG MGA SERBISYO SA PAGKAIN  
KAGAWARAN NG ESTADO NG PAARALANG  
PANG-EDUKASYON NG HAWAII  
PANGANGAILANGANG ESPESYAL NA  
DIETARY ANG MEDICAL FORM

Ang form na ito ay dapat na:

- Masusing kinumpleto ng magulang/tagapag-alaga ng mag-aaral at kinikilalang awtoridad sa medisina.
- Isumite sa, sinuri, at inaprubahan ng School Food Services Branch bago gawin ang pagbabago sa pagkain.

Pamamahagi:

- Ang orihinal ay dapat itago sa talaan ng paaralan.
- Ang Paaralan ang magpadala ng kopya ng orihinal na J-1 sa School Food Services .

BAGO  NIREBIS

PART I (PUPUNAN NG MAGULANG/TAGAPANGALAGA)			
1. Apelyido ng Mag-aaral: Aloha	2. Pangalan ng Mag-aaral: Napualani	3. Araw ng kapanganakan: 1/01/10	4. Grado: 2 <sup>nd</sup>
<i>Tandaan: Kung ang mag-aaral ay nasa Pre-K s/siya ay dapat na nakatala sa Hawaii State Department of Education. Ang mga mag-aaral na naka-enroll sa Head Start lamang ay hindi karapat-dapat para sa mga espesyal na akomodasyon sa pagkain.</i>			
5. Pangalan ng paaralan: Ohana Elementary		6. Numero ng Telepono ng Paaralan: 305-0000	
7. Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga: Joe Aloha		8. Numero ng Telepono ng Magulang/Tagapag-alaga: 512-111-1222	
9. Hiniling na mga pagkain/meryenda (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop): <input type="checkbox"/> Agahan <input checked="" type="checkbox"/> Tanghalian <input type="checkbox"/> Snack Pagkatapos ng Eskwela (Tandaan: Ang Snack Pagkatapos ng Eskwela ay available lamang kung ang paaralan ay nakikilahok sa naka-sponsor na programa ng USDA.)			
PART II (PUPUNAN NG KINIKILALANG AWTORIDAD MEDIKAL)			
10. Tukuyin ang pisikal o mental na kapansanan na naghihigpit sa pagkain ng bata: Celiac Disease at Cystic Fibrosis			
11. Magbigay ng paliwanag kung ano ang dapat gawin upang matiyak ang naaangkop na pagpapatupad: (Tandaan: Kung may kaugnayan, maaari mong gamitin ang mga sumusunod na seksyon upang tumulong sa pagbibigay ng impormasyon ito.)			
Tingnan sa ibaba.			
<b>Ang Mga Detalye ng Pangangailangan sa Pandiyeta ay ipinapakita sa ibaba at sa susunod na pahina. Pakisagot ng buo.</b>			
12. Nangangailangan ba ang bata ng nutrisyon o dietary supplement sa oras ng paaralan?		<input checked="" type="checkbox"/> OO	<input type="checkbox"/> HINDI
13. Kung oo, ano ang kinakailangang suplemento? PediaSure (Vanilla)			
14. Nakakatanggap ba ang bata ng mga kinakailangang (mga) suplemento mula sa mga programa ng Estado/Pederal (hal. WIC/Medicaid)?		<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> OO <input checked="" type="checkbox"/> HINDI
15. Tukuyin ang mga carbohydrate bawat pagkain (lagyan ng check ang isa): <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 45g <input type="checkbox"/> 60g <input type="checkbox"/> 75g <input type="checkbox"/> Iba pa: _____			
16. Binagong Anyo ng Pagkain: <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Tinadtad (1/2") <input type="checkbox"/> Pinong Pagtadtad (1/4") <input type="checkbox"/> Tinadtad ng Pino (1/8") <input type="checkbox"/> Pureed <input type="checkbox"/> Iba pa: _____			
17. Binagong Pagkakaipareho ng Likido: <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Kasing kapal ng Nectar <input type="checkbox"/> Kasing kapal ng Pulot <input type="checkbox"/> Kasing kapal ng Pudding			

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



SANGAY NG MGA SERBISYO SA PAGKAIN  
KAGAWARAN NG ESTADO NG PAARALANG  
PANG-EDUKASYON NG HAWAII  
**PANGANGAILANGANG ESPESYAL NA  
DIETARY ANG MEDICAL FORM**

18. Pangalan ng Mag-aaral (Apelyido, Pangalan): Aloha, Napualani	
19. Mga paglaktaw sa pagkain (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop):	20. Mga inirerekomendang alternatibong pagkain (tukuyin):
<input type="checkbox"/> Fluid milk (pagawaan ng gatas) na inumin <input type="checkbox"/> Lahat ng pagkain/produktong naglalaman ng gatas mga sangkap na hindi kasama ang mga inihurnong sa pagkain/produkto <input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap ng gatas	<input type="checkbox"/> Soy milk <input type="checkbox"/> Tubig (Kung hindi makainom ng tuluy-tuloy na gatas ang mag-aaral) <input checked="" type="checkbox"/> Iba pa: Ihain ang PediaSure bilang kapalit ng tuluy-tuloy na gatas na inihain sa tanghalian sa paaralan.
<input type="checkbox"/> Mga itlog (hal. scrambled eggs, mga itlog sa hilaw na anyo) <input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap ng itlog hindi kasama ang mga inihurnong sa pagkain/produkto <input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap ng itlog	
<input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap ng trigo <input checked="" type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap na gluten	
<input type="checkbox"/> Mga Mani <input type="checkbox"/> Lahat ng mga Mani <input type="checkbox"/> Tree Nuts, tukuyin ang uri: _____	
<input type="checkbox"/> Soybean <input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng mga sangkap ng soy <input type="checkbox"/> Lahat ng mga pagkain/produkto na naglalaman ng soy ingredients, kabilang ang soy oil	
<input type="checkbox"/> Shellfish, tukuyin ang uri: _____ <input type="checkbox"/> Isda, tukuyin ang uri: _____ <input type="checkbox"/> Lahat ng Pagkaing Dagat	
<input type="checkbox"/> Iba pa:	
21. Tagal ng Awtorisasyon Ang Awtorisasyon na ito ay susundan at may bisa hanggang sa petsa <b>Q</b> kaganapang tinukoy sa ibaba: Walang katiyakan	
<b>22. Ni-review ko ang Attachment J – Akomodasyon sa mga Mag-aaral na may Espesyal na Pangangailangang Dietary sa mga Programa ng Nutrisyon ng Paaralan Mga seksyong I, II, III, o Accommodating Students with Special Dietary Needs in School Nutrition Programs at pinatutunayan ko na ang diet order na ito ay nakakatugon sa pamantayang binanggit sa attachment na ito.</b>	
Lagda ng Kinikilalang Awtoridad ng Medikal (kasama ang mga kredensyal): <i>Jane Smith, APRN</i> I-print ang Pangalan at Address: <b>Jane Smith</b> <b>987 Kahuna Street</b> <b>Heiau, HI 99999</b>	Petsa: 6/2/2018 Numero ng telepono:: 808-988-7776 Numero ng Fax: 808-988-7777
TANGING GAMIT LAMANG SA TANGGAPAN NG SFSB	
KUMPLETO ANG FORM NA-CONTACT ANG PAARALAN NOONG: _____  HINDI KUMPLETO ANG FORM NA-CONTACT ANG PAARALAN NOONG: _____	KUMPLETO ANG FORM. HINDI GAGAWIN ANG AKOMODASYON. <input type="checkbox"/> Napag-alaman ng 504 Team na hindi karapat-dapat ang MAG-AARAL.