



CHI NHÁNH DỊCH VỤ THỰC PHẨM TRƯỜNG HỌC
SỞ GIÁO DỤC TIỂU BANG HAWAII
MẪU ĐƠN Y TẾ NHU CẦU CHẾ ĐỘ ĂN ĐẶC BIỆT

Mẫu đơn này phải:

- Được phụ huynh/người giám hộ của học sinh và cơ quan chức năng về y tế được công nhận hoàn thành kỹ lưỡng.
- Được Chi nhánh Dịch vụ Thực phẩm Trường học đệ trình, xem xét và chấp thuận trước khi thực hiện điều chỉnh bữa ăn.

Phân phối:

- Bản gốc sẽ được lưu trong hồ sơ của trường.
- Trường gửi bản sao của bản gốc J-1 cho Chi nhánh Dịch vụ Thực phẩm Trường học.

MỚI SỬA ĐỔI

PHẦN I (DO PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ ĐIỀN)			
1. Họ của Học sinh:	2. Tên của Học sinh:	3. Ngày sinh:	4. Lớp:
<i>Lưu ý: Nếu học sinh đang học Mầm non, em phải ghi danh vào Sở Giáo dục Tiểu bang Hawaii. Học sinh chỉ ghi danh vào chương trình Head Start không đủ điều kiện nhận các điều chỉnh bữa ăn đặc biệt.</i>			
5. Tên Trường:		6. Số điện thoại Trường học:	
7. Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ:		8. Số Điện thoại của Phụ huynh/Người Giám hộ:	
9. Các bữa ăn/đồ ăn nhẹ được yêu cầu (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp): <input type="checkbox"/> Bữa sáng <input type="checkbox"/> Bữa trưa <input type="checkbox"/> Bữa nhẹ Sau giờ học <i>(Lưu ý: Bữa ăn nhẹ sau giờ học chỉ được cung cấp nếu trường học tham gia vào chương trình tài trợ của USDA.)</i>			
PHẦN II (DO CƠ QUAN Y TẾ CÓ THẨM QUYỀN ĐƯỢC CÔNG NHẬN ĐIỀN)			
10. Mô tả sự tình trạng khiếm khuyết về thể chất hoặc tâm thần hạn chế chế độ ăn của trẻ:			
11. Cung cấp giải thích về những việc phải làm để đảm bảo việc triển khai phù hợp: <i>(Lưu ý: Nếu có liên quan, quý vị có thể sử dụng các phần sau để hỗ trợ việc cung cấp thông tin này.)</i>			
Chi tiết về Nhu cầu Chế độ ăn được hiển thị bên dưới và trang tiếp theo. Vui lòng trả lời đầy đủ			
12. Trẻ có yêu cầu bổ sung dinh dưỡng hoặc thực phẩm chức năng bổ sung trong giờ học không?		<input type="checkbox"/> CÓ	<input type="checkbox"/> KHÔNG
13. Nếu có, thực phẩm bổ sung cần thiết là gì?			
14. Trẻ có nhận được (các) thực phẩm bổ sung cần thiết từ các chương trình của Tiểu bang/Liên bang (ví dụ: WIC / Medicaid) không?		<input type="checkbox"/> N/A (Không áp dụng)	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
15. Chỉ định carbohydrate cho mỗi bữa ăn (đánh dấu một lựa chọn): <input type="checkbox"/> N/A (Không áp dụng) <input type="checkbox"/> 45g <input type="checkbox"/> 60g <input type="checkbox"/> 75g <input type="checkbox"/> Khác: _____			
16. Điều chỉnh Kết cấu Thực phẩm: <input type="checkbox"/> N/A (Không áp dụng) <input type="checkbox"/> Chặt (1/2") Thái Nhỏ (1/4") <input type="checkbox"/> Băm nhuyễn (1/8") <input type="checkbox"/> Xay nhuyễn <input type="checkbox"/> Khác: _____			
17. Điều chỉnh Độ đặc của Chất lỏng <input type="checkbox"/> N/A (Không áp dụng) <input type="checkbox"/> Độ đặc của Mật hoa <input type="checkbox"/> Độ đặc của Mật ong <input type="checkbox"/> Độ đặc của Pudding			



CHI NHÁNH DỊCH VỤ THỰC PHẨM TRƯỜNG HỌC
SỞ GIÁO DỤC TIỂU BANG HAWAII
MẪU ĐƠN Y TẾ NHU CẦU CHẾ ĐỘ ĂN ĐẶC BIỆT

18. Tên Học sinh (Họ, Tên):	
19. Thực phẩm bị bỏ sót (đánh dấu tất cả các ô phù hợp):	20. Các lựa chọn thực phẩm thay thế được đề xuất (ghi rõ):
<input type="checkbox"/> Sữa dạng lỏng (sản phẩm từ sữa) để uống <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần sữa, ngoại trừ những thực phẩm được nướng thành thực phẩm/sản phẩm <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần sữa	<input type="checkbox"/> Sữa đậu nành <input type="checkbox"/> Nước (Nếu học sinh không thể uống sữa dạng lỏng) <input type="checkbox"/> Khác:
<input type="checkbox"/> Trứng (ví dụ: trứng bác, trứng ở dạng thô) <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần trứng, ngoại trừ những thực phẩm được nướng thành thực phẩm/sản phẩm <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần trứng	
<input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần lúa mì <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần gluten	
<input type="checkbox"/> Đậu phộng <input type="checkbox"/> Tất cả Các loại Hạt <input type="checkbox"/> Hạt Các loại Quả, loại cụ thể: _____	
<input type="checkbox"/> Đậu tương <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần đậu nành <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần đậu nành, bao gồm cả dầu đậu nành	
<input type="checkbox"/> Động vật có vỏ, loại cụ thể: _____ <input type="checkbox"/> Cá, loại cụ thể: _____ <input type="checkbox"/> Tất cả Hải sản	
<input type="checkbox"/> Khác:	
21. Thời hạn Ủy quyền: Giấy Ủy quyền này sẽ được tuân theo và có hiệu lực cho đến ngày HOẶC sự kiện được chỉ định bên dưới:	
22. Tôi đã xem xét Tài liệu Đính kèm J - Hỗ trợ Học sinh Có Nhu cầu Chế độ ăn Đặc biệt trong Chương trình Dinh dưỡng Học đường Phần I, II, III và chứng thực rằng yêu cầu về chế độ ăn uống này đáp ứng các tiêu chí được trích dẫn trong tài liệu đính kèm này. Chữ ký của Cơ quan Chức năng về Y tế được Công nhận (bao gồm thông tin xác thực): Ngày:	
Tên Viết In hoa và Địa chỉ:	
Số điện thoại: Số Fax:	
<u>PHẦN CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG SFSB SỬ DỤNG</u>	
HOÀN THÀNH MẪU TRƯỜNG ĐƯỢC LIÊN HỆ VÀO: _____	HOÀN THÀNH MẪU SẼ KHÔNG THỰC HIỆN ĐIỀU CHỈNH. <input type="checkbox"/> Nhóm 504 thấy HỌC SINH không đủ điều kiện.
CHƯA HOÀN THÀNH MẪU TRƯỜNG ĐƯỢC LIÊN HỆ VÀO: _____	

1106 KOKO HEAD AVENUE | HONOLULU, HI 96816 | ĐIỆN THOẠI: (808) 784-5500 | FAX: (808) 735-6262



CHI NHÁNH DỊCH VỤ THỰC PHẨM SỞ GIÁO DỤC
TIỂU BANG HAWAII
MẪU ĐƠN Y TẾ NHU CẦU CHẾ ĐỘ ĂN ĐẶC BIỆT

Mẫu đơn này phải:

- Được phụ huynh/người giám hộ của học sinh và cơ quan chức năng về y tế được công nhận hoàn thành kỹ lưỡng.
- Được Chi nhánh Dịch vụ Thực phẩm Trường học đệ trình, xem xét và chấp thuận trước khi thực hiện điều chỉnh bữa ăn.

Phân phối:

- Bản gốc sẽ được lưu trong hồ sơ của trường.
- Trường gửi bản sao của bản gốc J-1 cho Chi nhánh Dịch vụ Thực phẩm Trường học.

MỚI CHÍNH

PHẦN I (DO PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ ĐIỀN)			
1. Họ của Học sinh: Aloha	2. Tên của Học sinh: Napualani	3. Ngày sinh: 01/01/10	4. Lớp: 2
<i>Lưu ý: Nếu học sinh đang học Mầm non, em phải ghi danh vào Sở Giáo dục Tiểu bang Hawaii. Học sinh chỉ ghi danh vào chương trình Head Start không đủ điều kiện nhận các điều chỉnh bữa ăn đặc biệt.</i>			
5. Tên Trường: Tiểu học Ohana		6. Số điện thoại Trường học: 305-0000	
7. Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ: Joe Aloha		8. Số Điện thoại của Phụ huynh/Người Giám hộ: 512-111-1222	
9. Các bữa ăn/đồ ăn nhẹ được yêu cầu (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp): <input type="checkbox"/> Bữa sáng <input checked="" type="checkbox"/> Bữa trưa <input type="checkbox"/> Bữa nhẹ Sau giờ học <i>(Lưu ý: Bữa ăn nhẹ sau giờ học chỉ được cung cấp nếu trường học tham gia vào chương trình tài trợ của USDA.)</i>			
PHẦN II (DO CƠ QUAN CHỨC NĂNG VỀ Y TẾ ĐƯỢC CÔNG NHẬN ĐIỀN)			
10. Xác định tình trạng khiếm khuyết về thể chất hoặc tâm thần hạn chế chế độ ăn của trẻ: Bệnh Celiac và Bệnh Xơ hóa Kén			
11. Cung cấp giải thích về những việc phải làm để đảm bảo việc triển khai phù hợp: <i>(Lưu ý: Nếu có liên quan, quý vị có thể sử dụng các phần sau để hỗ trợ việc cung cấp thông tin này.)</i> Xem dưới đây.			
Chi tiết về Nhu cầu Chế độ ăn được hiển thị bên dưới và trang tiếp theo. Vui lòng trả lời đầy đủ			
12. Trẻ có yêu cầu bổ sung dinh dưỡng hoặc thực phẩm chức năng bổ sung trong giờ học không?			<input checked="" type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
13. Nếu có, thực phẩm bổ sung cần thiết là gì? PediaSure (Vị Vani)			
14. Trẻ có nhận được (các) thực phẩm bổ sung cần thiết từ các chương trình của Tiểu bang/Liên bang (ví dụ: WIC / Medicaid) không?			<input type="checkbox"/> N/A (Không áp dụng) <input type="checkbox"/> CÓ <input checked="" type="checkbox"/> KHÔNG
15. Chỉ định carbohydrate cho mỗi bữa ăn (đánh dấu một lựa chọn): <input checked="" type="checkbox"/> N/A (Không áp dụng) <input type="checkbox"/> 45g <input type="checkbox"/> 60g <input type="checkbox"/> 75g <input type="checkbox"/> Khác: _____			
16. Điều chỉnh Kết cấu Thực phẩm: <input checked="" type="checkbox"/> N/A (Không áp dụng) <input type="checkbox"/> Chặt (1/2") <input type="checkbox"/> Thái Nhỏ (1/4") <input type="checkbox"/> Băm nhuyễn (1/8") <input type="checkbox"/> Xay nhuyễn <input type="checkbox"/> Khác: _____			
17. Điều chỉnh Độ đặc của Chất lỏng: <input checked="" type="checkbox"/> N/A (Không áp dụng) <input type="checkbox"/> Độ đặc của Mật hoa <input type="checkbox"/> Độ đặc của Mật ong <input type="checkbox"/> Độ đặc của Pudding			



CHI NHÁNH DỊCH VỤ THỰC PHẨM SỞ GIÁO DỤC
TIỂU BANG HAWAII
MẪU ĐƠN Y TẾ NHU CẦU CHẾ ĐỘ ĂN ĐẶC BIỆT

18. Tên Học sinh (Họ, Tên): Aloha, Napualani	
19. Thực phẩm bị bỏ sót (đánh dấu tất cả các ô phù hợp):	20. Các lựa chọn thực phẩm thay thế được đề xuất (ghi rõ):
<input type="checkbox"/> Sữa dạng lỏng (sản phẩm từ sữa) để uống <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần sữa, ngoại trừ những thực phẩm được nướng thành thực phẩm/sản phẩm <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần sữa	<input type="checkbox"/> Sữa đậu nành <input type="checkbox"/> Nước (Nếu học sinh không thể uống sữa dạng lỏng) <input checked="" type="checkbox"/> Khác: Cung cấp PediaSure thay cho sữa dạng lỏng được phục vụ vào bữa trưa ở trường.
<input type="checkbox"/> Trứng (ví dụ: trứng bác, trứng ở dạng thô) <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần trứng, ngoại trừ những thực phẩm được nướng thành thực phẩm/sản phẩm <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần trứng	
<input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần lúa mì <input checked="" type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần gluten	
<input type="checkbox"/> Đậu phộng <input type="checkbox"/> Tất cả Các loại Hạt <input type="checkbox"/> Hạt Các loại Quả, loại cụ thể: _____	
<input type="checkbox"/> Đậu tương <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần đậu nành <input type="checkbox"/> Tất cả thực phẩm/sản phẩm có chứa thành phần đậu nành, bao gồm cả dầu đậu nành	
<input type="checkbox"/> Động vật có vỏ, loại cụ thể: _____ <input type="checkbox"/> Cá, loại cụ thể: _____ <input type="checkbox"/> Tất cả Hải sản	
<input type="checkbox"/> Khác:	
21. Thời hạn Ủy quyền Giấy Ủy quyền này sẽ được tuân theo và có hiệu lực cho đến ngày HOAC sự kiện được chỉ định bên dưới: Vô thời hạn	
22. Tôi đã xem xét Tài liệu Đính kèm J - Hỗ trợ Học sinh Có Nhu cầu Chế độ ăn Đặc biệt trong Chương trình Dinh dưỡng Học đường Phần I, II, III và chứng thực rằng yêu cầu về chế độ ăn uống này đáp ứng các tiêu chí được trích dẫn trong tài liệu đính kèm này.	
Chữ ký của Cơ quan Chức năng về Y tế được Công nhận (bao gồm thông tin xác thực): Ngày: 02/06/2018 Jane Smith, APRN Số điện thoại: 808-988-7776 Tên Viết In hoa và Địa chỉ: Số Fax: 808-988-7777 Jane Smith 987 Kahuna Street Heiau, HI 99999	
PHẦN CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG SFSB SỬ DỤNG	
HOÀN THÀNH MẪU TRƯỜNG ĐƯỢC LIÊN HỆ VÀO: _____	HOÀN THÀNH MẪU. SẼ KHÔNG THỰC HIỆN ĐIỀU CHỈNH. <input type="checkbox"/> Nhóm 504 thấy HỌC SINH không đủ điều kiện.
CHƯA HOÀN THÀNH MẪU TRƯỜNG ĐƯỢC LIÊN HỆ VÀO: _____	