

Medical Dietary Accommodation Form

በሕክምና ምክንያት የአመጋገብ (Dietary) እንክብካቤ መስጫ ቅጽ

ተማሪዎች ከህክምና ጋር ተያያዥ በሆነ ሁኔታ ወይም በምግብ አለርጂ (allergy) ምክንያት፣ ልዩ የምግብ ዕቅድ የሚያስፈልገው ከሆነ፣ ይህ ቅጽ ተሞልቶ ወደ DCPS ምግብ እና የአመጋገብ አገልግሎቶች (Food and Nutrition Services (FNS)፣ ndietary.forms@k12.dc.gov ኢሜል መደረግ አለበት። የአመጋገብ-ለውጥ ካስፈለገ፣ እባካችሁ አዲስ ቅጽ ሞልታችሁ-አስገቡ። አንድ ጊዜ ካጠናቀቁ በኋላ፣ FNS የምግብ ዝርዝር አማራጭን ለመነጋገር ያነጋግረዎታል። ከ'FNS' የቡድን አባል - የሚጀመርበት ቀን ካልተረጋገጠ-በስተቀረ፣ ማመቻቻዎች (accommodations) በቦታ-የማይቀመጡ መሆኑን፣ እባካችሁ አስታውሱ። ኢሜል ማግኘት የማይችሉ-ከሆነ፣ እባክዎን - ይህን ቅጽ፣ ወደ ካሬቴሪያ አስተዳዳሪው - አስገቡ።

ይህ ቅጽ፣ የህክምና አገልግሎት ሰጪው/Medical Practitioner ፊርማ እንዲኖርበት ያስፈልጋል (ፈቃድ-ያለው ሐኪም/licensed physician፣ የሐኪም-ረዳት/physician assistant፣ ወይም ነርስ/nurse practitioner)

አስፈላጊ-የሆነ - ክፍል (SECTION) A (በወላጅ/አሳዳጊ፣ መሞላት አለበት):

የተማሪ ስም: _____ የተማሪ የትውልድ ቀን: ____/____/____ ክፍል: _____

የትምህርት ቤት ስም: _____ የተማሪ መታወቂያ ቁጥር (ID): _____ የአስተማሪ ስም: _____

ልጃችሁ ከካሬቴሪያ ማንኛውንም ምግቦች የሚበሉ-ከሆነ፣ የትኞቹን ምግቦች ይመገባሉ? ማመቻቻዎች/accommodations እንደሚያስፈልጋቸው በጠቆማችሁት የምግብ-ማቅረቢያ ወቅት ብቻ፣ የምግብ ማመቻቻዎች/accommodationsን የምንሰጥ-ይሆናል።

- ቁርስ ምሣ መክሰስ/Snack ወይም እራት/Supper (ከትምህርት-በኋላ/afterschool የፕሮግራም-አሰጣጥ)

በዚህ ቅጽ ላይ ስሙ የተጠቀሰው ተማሪ፣ ከዚህ ቅጽ ላይ እንደተገለጸው፣ ልዩ የትምህርት ቤት ምግብ እንደሚያስፈልገው አረጋግጧል። በተጨማሪም፣ ADCPS የምግብ እና የአመጋገብ አገልግሎቶች (DCPS Food and Nutrition Services) - ከዚህ በታች ስሙ ከተጠቀሰው ፈቃድ-የተሰጠው የሕክምና ባለስልጣን ጋር፣ ከዚህ-በታች ስለተገለጸው የሚያስፈልጉ የአመጋገብ (dietary) ሁኔታ ለመወያየት እንዲችሉ፣ ፈቃድ-ሰጥቻለሁ። የግንኙነት ጥያቄዎች ከተደረጉበት ከ3 ሙከራዎች በኋላ - ምላሽ-ካልሰጡኝ፣ DCPS ማመቻቻዎች/accommodationsን ሊያቋርጥ እንደሚችል ተረድቻለሁ።

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (ይፃፍ) _____ ፊርማ _____

የስልክ ቁጥር _____ ኢሜል አድራሻ _____ ቀን ____/____/____

REQUIRED - SECTION B.1 (Must be completed by the Medical Practitioner) - አስፈላጊ-የሆነ - ክፍል (SECTION) B.1 (በህክምና-አገልግሎት ሰጪው፣ መሞላት አለበት)

Does the student have food allergies/intolerances that substantially limit the student's ability to eat regular school meals? ተማሪው የምግብ አለርጂዎች (allergies)/መቋቋም-ያለመቻል (intolerances) - መደበኛ-የሆኑ የትምህርት ቤት ምግቦችን-ለመብላት የማያስችለው ጉልህ-የሆኑ ውሳኔዎች አሉት?

- Yes No (Note: FNS does not currently serve products containing Peanuts or Tree Nuts (incl. Coconut)
 አዎን/Yes የለም/No (ማስታወሻ: 'FNS'፣ አሾሎኒ (Peanuts) ወይም ከዘፍ የሚገኙ ፍሬዎችን (Tree Nuts) የያዙ-ምርቶችን (ኮከናት/Coconutን ጨምሮ)፣ በአሁኑ-ጊዜ አያቀርብም

If yes, please select the allergen(s)/intolerances from the list below:
መልስዎ 'አዎን/yes' ከሆነ፣ ከዚህ በታች ከተዘረዘረው አለርጂ(ዎች)/መቋቋም-የማይችሉ (intolerances) ዝርዝር ውስጥ፣ እባካችሁ ምረጡ:

- | | | |
|--|--|---|
| Wheat (ስንዴ): | Tree Nuts (not provided by FNS) | Tree Nuts (not provided by FNS): |
| <input type="checkbox"/> All Wheat (ሁሉም የስንዴ ዘሮች) | <input type="checkbox"/> ሁሉም ከዘፍ-የሚገኙ ፍሬዎች (Tree Nuts) | |
| Eggs (እንቁላል): | Peanuts (not provided by FNS) | (አሾሎኒ/Peanuts (በFNS የሚቀርብ- አይደለም): |
| <input type="checkbox"/> All Egg Proteins – both whites and yolk | <input type="checkbox"/> All Peanuts (ሁሉም ዓይነት አሾሎኒዎች) | |

- Baked good with eggs allowed (i.e. muffins)
(ከእንቁላል-ጋር ሆነው የተገገረ-የሚፈቀዱናቸው
(ማለትም - ማፈንስ/muffins)

Dairy (የወተት-ውጤቶች)

- All Milk Proteins- Casein, Whey, etc
(ሁሉም የወተት ፕሮቲኖች/Proteins- ካሲን/Casein፣ ዌ/ጋዌይ፣ ወዘተ...)
- Fluid Milk (ፈሽሽ ወተት)

Sesame (ሰሊጥ/sesame):

- All Sesame (ሁሉም የሰሊጥ-ዓይነት)

Shellfish (ሼልፊሽ/shellfish):

- All Shellfish (e.g., Shrimp, crab)

ሁሉም ሼልፊሽ/All Shellfish (ለምሳሌ፤ ሽሪምፕ/Shrimp፣ ክራብ/crab)

Soy (ሶይ/soy):

- All Soy Products (ሁሉም የሶይ ምርቶች/soy products)
- All Soy Protein, Soybean Oil allowed

ሁሉም-ዓይነት የሶይ ፕሮቲን/Soy Protein፣ የሶይቢን ዘይት/Soybean Oil የተፈቀደ-ነው

- Cheese (ቺዝ)
- Yogurt (እርጎ)

Fish (ዓሣ):

- All Fish (e.g., tuna, salmon, tilapia)

ሁሉም ዓሣ/All Fish (ለምሳሌ፤ ቱና/tuna፣ ሳሙን/salmon፣ ቱላፒያ/tilapia)

Other (ሌላ): _____

Required (If Yes, In Section B.1) - SECTION B.2 (Must be completed by the Medical Practitioner)

አስፈላጊ-የሆነ - (በክፍል/Section B.1 መልሱ- አዎን/Yes ከሆነ) (በህክምና-አገልግሎት ሰጪው፣ መሞላት አለበት)

Please inform us of the reaction/s associated with this student's allergy/intolerance: (For example, "consuming egg or any egg-containing product causes a life-threatening reaction") / ከዚህ የተማሪ አለርጂ/መቋቋም-ያለመቻል (intolerances) ጋር - ተያይዘው የሚመጡትን ምላሽ/ሾችን -- እባካችሁ አሳውቁን: (ለምሳሌ፤ "እንቁላል በመጠቀም ወይም ማንኛውም እንቁላል-ያላቸውን ምርቶች መጠቀም - ለሕይወት አስጊ-የሆነ ምላሽ-ያስከትላል"):

Required (If Yes, In Section B.1) - SECTION B.3 (Must be completed by the Medical Practitioner)

አስፈላጊ-የሆነ - (በክፍል/Section B.1 መልሱ- አዎን/Yes ከሆነ) - ክፍል (SECTION) B.3 (በህክምና-አገልግሎት ሰጪው፣ መሞላት አለበት)

Please list the foods to be omitted with suggested substitutions. (For example, "Foods to Omit: gluten-containing products, Substitute with: rice, gluten-free bread"). / እባካችሁ - መወገድ-ያለባቸውን ምግቦች ዝርዝርን - ከተተኪ-ሆነው ሊቀቡ የሚችሉ ሃሳቦች ጋር አቅርቡ:: (ለምሳሌ፤ "መወገድ-ያለባቸው ምግቦች: ግሉጥን/gluten ያላቸውን ምርቶች፣ መተካት-የሚችሉው: ሩዝ፣ ግሉጥን/gluten ነፃ በሆነ ዳቦ")::

Foods to Omit (መወገድ ያለባቸው ምግቦች):	Substitute with (መተካት-የሚችሉብ በሚከተሉት-ነው):

SECTION C (Must be completed by the Medical Practitioner)
ክፍል (SECTION) C- (በህክምና-አገልግሎት ሰጪው፣ መሞላት አለበት)

Does the student require special modification of dietary textures?

ተማሪው፤ ጠንካራ-ለስላሳ (dietary textures) ነገሮች ላይ፣ ልዩ-የሆነ ማስተካከያዎች ያስፈልገዋል?

- Yes (አዎን) No (የለም)

If yes, indicate texture on prescribed special diet.

መልሳችሁ አዎን/yes ከሆነ፣ የታዘዙ ልዩ ምግቦች ላይ - የጠንካራ-ለስላሳ (texture) ሁኔታዎችን ጠቁሙ::



Solids (ጠጣር-ነገሮች):

Chopped (please indicate any specific instructions)
የተከተረ/Chopped (እባካችሁ፤ ማንኛውንም ልዩ-የሆኑ ትዕዛዞችን ጠቁሙ)

Ground (please indicate any specific instructions)
የተፈጠረ/Ground (እባካችሁ፤ ማንኛውንም ልዩ-የሆኑ ትዕዛዞችን ጠቁሙ)

Pureed (please indicate any specific instructions)
የተለመደ/Pureed (እባካችሁ፤ ማንኛውንም ልዩ-የሆኑ ትዕዛዞችን ጠቁሙ)

Liquids (ፈሳሽ-ነገሮች):

- Thin (ቀጭን)
- Slightly Thick (በመጠኑ-ቀጭን የሆነ)
- Mildly Thick (በመጠነኛ-ሁኔታ ወፈር-የለ)
- Moderately Thick (በመካከለኛ-ሁኔታ ወፈር-የለ)
- Extremely Thick (እጅግ-በጣም ወፍራም-የሆነ)

SECTION D (Must be completed by the Medical Practitioner)
ክፍል (SECTION) D (በህክምና አገልግሎት ሰጪው፣ ተሞልቶ-መጠናቀቅ-ያለበት)

ተማሪው ሌላ ልዩ የአመጋገብ ሁኔታ ወይም ለመብላት የሚያስፈልጉት ነገሮች አሉት?

ተማሪው ሌላ ልዩ የሆነ የአመጋገብ ሁኔታ ወይም ለመብላት የሚያስፈልጉት ነገሮች አሉት? **Yes (አዎን)** **No (የለም)**

If yes, please describe the special diet/feeding needs such as diabetes, etc.

መልሳችሁ-አዎን/yes ከሆነ፤ ስለ ልዩ የአመጋገብ/ለመብላት የሚያስፈልጉትን፤ እንደ ዲያቤቲክስ (diabetes)፣ ወዘተ - ያሉትን - እባካችሁ ይግለጹ።

ከዚህ በላይ ስሙ የተጠቀሰው ተማሪ፣ ከዚህ በላይ እንደተገለጸው - ልዩ የትምህርት ቤት ምግብ እንደሚያስፈልገው አረጋግጣለሁ።

ከዚህ በላይ ስሙ የተጠቀሰው ተማሪ፣ ከዚህ በላይ እንደተገለጸው - ልዩ የትምህርት ቤት ምግብ እንደሚያስፈልገው አረጋግጣለሁ።

Medical Practitioner's Name: _____ **Office Phone Number:** _____

የህክምና አገልግሎት ሰጪው/Medical Practitioner ስም የቢሮው ስልክ ቁጥር

Medical Practitioner's Signature: _____ **Date:** ____/____/____

የህክምና አገልግሎት-ሰጪው (Medical Practitioner) ፊርማ ቀን

Office Name: _____ **Email:** _____

የቢሮ/Office ስም ኢሜል

በዚህ ቅጽ-ውስጥ የሚገኘው መረጃ፤ በጽሁፍ-በልዩ ሁኔታ ካልተገለጸ በስተቀረ፣ ለተማሪያችሁ በተገቢው ሁኔታ እንክብካቤ እንዲደረግለት ሲባል - መረጃውን፣ አግባብነት-ካለው የዲሲ የሕዝብ ትምህርት ቤቶች እና የምግብ-አገልግሎት አስተዳደር አቅራቢ ሠራተኞች ጋር፣ ለመጋራት-ይችል ይሆናል። ማመቻቻዎቹ (Accommodations)፤ ከወላጅ/አሳዳጊ በተፃፈ የጽሁፍ-መጠየቂያ አማካኝነት - እንዲቀጥል-ሊደረግ ይችላል።

ይህ ቅጽ፣ ወደ-የሚከተለው መግባት-አለበት: Dietary.forms@k12.dc.gov