

全国障害者保険制度 (NDIS) への アクセスに対する同意

Consent to contact the National Disability Insurance Scheme (NDIS)

NSW州教育省が保護者様の代理として全国障害者保険局 (National Disability Insurance Agency (NDIA)) (または同様にNDISを代表する団体であるNDIS ローカル・エリア・コーディネーター (NDIS Local Area Coordinator) もしくはNDISアーリー・チャイルドフッド・パートナー (NDIS Early Childhood Partner)) と連絡をとることにご同意いただける場合は、本同意書に必要事項を英語でご記入ください。

本同意書は、指名されたNSW州教育省 (Department) の担当官が、お子様に直接関与するNDIS関連の事項についてNDIAまたは他の代表機関と直接話をしたり情報を共有したりすることを許可するものです。これにはお子様のNDISへのアクセス、お子様のNDISプラン、お子様のNDISプランの審査、そしてお子様がNDISを通して受けられる支援およびサービスに関連する情報が含まれます。ここで行われた同意は、本同意書の末尾に記載されている当省の代表者にのみ適用されます。

児童／生徒の詳細

Child's details

児童／生徒の氏名

Child's name

児童／生徒の生年月日

Child's date of birth

児童／生徒の住所

Child's address

NDIS番号 (ご存知であれば)

NDIS number (if known)

保護者の、児童／生徒との続柄 (例: 母)

Parent/carer relationship to child eg mother

電話番号

Contact phone number

同意と署名

Consent and signature

私は、NSW州教育省の代表者（下欄に記載）が、私の子どものNDISプランについて調査・確認を行うため、私の代理としてNDIA、NDISローカルエリア・コーディネーター（NDIS Local Area Coordinator (LAC)）またはNDISアーリー・チャイルドフッド・パートナー（NDIS Early Childhood (EC) Partner）と連絡をとることを許可します。

私は本同意書に署名することにより、同省が私と私の子どもに関する情報をNDIA、LACまたはECパートナーに求めること、およびその情報を共有することを許可するものと理解しています。またこの同意には、NDIA、LACまたはECパートナーが私に連絡する目的により、同省が私の子どもの学校名を開示すること含まれます。

私の同意は、以下の期間にわたり有効とします（以下の選択肢から一つお選びください）。

Consent provided for the following period of time

追って通知を行うまで
Until further notice

以下の日付まで：
Until the following date:

一回限り
One time only

私は、本同意をいつでも撤回できることを理解しています。

保護者氏名

Parent/carer name

保護者署名

Parent/carer signature

日付

Date

Approved NSW Department of Education representatives (up to 3)

承認されたNSW教育省の代表者

Name 氏名	Position 役職名	Contact details 連絡先
	School principal (or delegate)	
	NDIS Coordinator, (if appropriate)	

お問い合わせの際に通訳をご希望の方は、電話通訳サービス (TEL: 131 450) におかけになり、オペレーターにご希望の言語および相手先の電話番号をお伝えください。通訳が電話を介して会話のお手伝いをします。なお、このサービスは無料でご利用いただけます。