

ความยินยอมให้ติดต่อโครงการประกันความพิการแห่งชาติ

Consent to contact the National Disability Insurance Scheme (NDIS)

โปรดกรอกแบบฟอร์มเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อให้ความยินยอมแก่กระทรวงศึกษาธิการ NSW ในการติดต่อกับองค์กรประกันความพิการแห่งชาติ (National Disability Insurance Agency (NDIA)) (หรืออีกองค์กรหนึ่งที่เป็นตัวแทนของ NDIS - ไม่ว่าจะเป็นผู้ประสานงาน NDIS ในเขตท้องถิ่น (NDIS Local Area Coordinator) หรือผู้ร่วมงานเด็กปฐมวัย NDIS (NDIS Early Childhood Partner)) แทนตัวท่าน

แบบฟอร์มให้ความยินยอมนี้อนุญาตให้เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการแต่งตั้งจากกระทรวงศึกษาธิการ NSW (Department) ติดต่อโดยตรงกับ NDIA หรือองค์กรที่เป็นตัวแทน หรือแบ่งข้อมูลกับ NDIS หรือองค์กรที่เป็นตัวแทน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ NDIS ที่มีผลต่อบุตรของท่านโดยตรง ซึ่งรวมทั้งข้อมูลที่บุตรเข้ารับบริการ NDIS แผนการ NDIS ของบุตร การทบทวนแผน NDIS ของบุตร และความสนับสนุนและบริการที่บุตรของท่านได้รับผ่าน NDIS ความยินยอมนี้จะใช้กับเจ้าหน้าที่จากกระทรวงฯ ที่ระบุไว้ข้างท้ายของแบบฟอร์มยินยอมนี้เท่านั้น

รายละเอียดเกี่ยวกับบุตรของข้าพเจ้า

Child's details

ชื่อของบุตร
Child's name

วันเดือนปีเกิดของบุตร
Child's date of birth

ที่อยู่ของบุตร
Child's address

หมายเลข NDIS (ถ้าทราบ)
NDIS number (if known)

ความสัมพันธ์ของบิดาหรือมารดา/ผู้ดูแล กับเด็ก เช่นเป็นมารดา
Parent/carer relationship to child eg mother

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
Contact phone number

ความยินยอมและลายเซ็น Consent and signature

ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้แทนของกระทรวงศึกษาธิการ NSW (ตามที่ระบุข้างล่างนี้) ติดต่อกับ NDIA ผู้ประสานงาน NDIS ในเขตท้องถิ่น (NDIS Local Area Coordinator) หรือผู้ร่วมงานเด็กปฐมวัย NDIS (NDIS Early Childhood (EC) Partner) แทนข้าพเจ้า เพื่อติดตามดูแลแผนการประกัน NDIS ของบุตรข้าพเจ้า

ในการเซ็นชื่อในแบบฟอร์มให้ความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าได้อนุญาตให้กระทรวงฯถามคำถามหรือแบ่งข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าและบุตรกับ NDIA, LAC หรือผู้ร่วมงาน EC ซึ่งรวมทั้งยินยอมให้กระทรวงฯ เปิดเผยชื่อโรงเรียนของบุตรข้าพเจ้า เพื่อวัตถุประสงค์ให้ NDIA, LAC หรือผู้ร่วมงาน EC ติดต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมสำหรับระยะเวลาดังต่อไปนี้ (โปรดเลือกข้อเลือกข้างล่างหนึ่งข้อ)

Consent provided for the following period of time

จนกว่าจะแจ้งให้ทราบ
Until further notice

จนถึงวันที่ดังต่อไปนี้:
Until the following date:

ครั้งเดียวเท่านั้น
One time only

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าสามารถเพิกถอนการให้ความยินยอมนี้ได้ทุกเมื่อ

ชื่อของบิดาหรือมารดา/ผู้ดูแล
Parent/carer name

ลายเซ็นของบิดาหรือมารดา/ผู้ดูแล
Parent/carer signature

วันที่
Date

Approved NSW Department of Education representatives (up to 3)

ผู้แทนของกระทรวงศึกษาธิการ NSW ที่ได้รับแต่งตั้ง

Name ชื่อ	Position ตำแหน่ง	Contact details รายละเอียดที่ติดต่อได้
	School principal (or delegate)	
	NDIS Coordinator, (if appropriate)	

หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมและต้องการล่าม โปรดติดต่อบริการล่ามทางโทรศัพท์ที่หมายเลข 131 450 และขอล่ามภาษาของท่าน แจ้งหมายเลขโทรศัพท์ที่ท่านต้องการติดต่อแก็งพนักงานรับโทรศัพท์ เขาจะหาล่ามให้ช่วยในการสนทนาของท่านทางโทรศัพท์ ท่านจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการนี้