

विद्यालयको परामर्शदाता/मनोवैज्ञानिकलाई रेफरल

अध्ययन तथा सहायता टोलीबाट

गोपनीयताको सूचना: यो जानकारी विद्यालयको परामर्शदाता कर्मचारीलाई तपाईंको बच्चा/बच्चासँग सहयोग गर्ने कार्यमा मद्दत गर्न लिइँदैछ। यो जानकारीको प्रावधान स्वेच्छिक छ। यसलाई सुरक्षित रूपमा भण्डारण गरिनेछ। संकलन गरिएका जानकारी, र कुनै पनि मूल्यांकन परिणामहरू, उचित भएको खण्डमा, तपाईंको बच्चा/बच्चासँग सहयोग गर्ने सो कार्यमा संलग्न विद्यालय कर्मचारी टोलीका अन्य सदस्यहरूलाई उपलब्ध गर्न सकिन्छ। तपाईंले विद्यालयको परामर्श कर्मचारी सदस्यलाई सम्पर्क गरेर कुनै पनि समयमा प्रदान गरिएको कुनै पनि व्यक्तिगत जानकारी सच्याउन सक्नुहुन्छ।

यदि तपाईं यो फारम पूरा गर्न मद्दत चाहनुहुन्छ भने कृपया विद्यालयलाई सम्पर्क गर्नुहोस्। यदि विद्यालयलाई सम्पर्क गर्न तपाईंलाई दोभाषेको मद्दत चाहिन्छ भने, 131 450 मा फोन गरेर तपाईंलाई आवश्यक भाषा भन्नुहोस् र अपरेटरलाई विद्यालयलाई फोन गर्न भन्नुहोस्। अपरेटरले तपाईंको कुराकानीमा तपाईंलाई सहयोग गर्न लाइनमा एक दोभाषे ल्याउनेछन्। तपाईंलाई यो सेवाको लागि शुल्क लाग्ने छैन।

Name of student विद्यार्थीको नाम

Name of school विद्यालयको नाम

Date of birth

जन्म मिति

Date of referral

रेफरल गरिएको मिति

अभिभावक वा हेरचाहकर्ताले निम्न विवरणहरू अंग्रेजीमा भर्नु पर्नेछ - लेख्ने ठाँउ अपर्याप्त भएमा कृपया अर्को पेज थप्नुहोस्।

रेफरल / अभिभावकको चिन्ताको कारण Reason for referral/parent's concerns

विकास / चिकित्सा इतिहास Developmental/medical history

उदाहरणका लागि, के तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको बोली, भाषा वा हिंडल गर्ने क्षमता (motor skills) विकासको बारेमा चिन्ता थियो? के तपाईंको बच्चा/बच्चा कुनै गम्भीर रोग लागेको थियो?

अघिल्ला मूल्याङ्कनहरू Previous assessments

उदाहरणका लागि डाक्टर, मनोवैज्ञानिक, स्पीच थेरापिस्टद्वारा (कृपया कसले मूल्याङ्कन गरेको थियो बताउनुहोस् र सम्भव भएमा रिपोर्टहरू संलग्न गर्नुहोस्।)

थप जानकारी More information

के तपाईंले विद्यालयको परामर्शदाता/मनोवैज्ञानिकलाई थाहा दिन चाहेका अन्य कुराहरू छन्?

विद्यालयको परामर्शदाता/मनोवैज्ञानिकले तपाईंको बच्चा/बच्चा हरेपछि परिणामस्वरूप के हुने आशा तपाईं गर्नुहुन्छ?

What do you hope will happen as a result of the school counsellor/school psychologist seeing your child?

मैले गोपनीयताको सूचना पढेको छु र निम्न कुराहरूको लागि विद्यालयको परामर्शदाता / मनोवैज्ञानिकको लागि अनुमति दिएको छु:

आवश्यकता अनुसार मूल्याङ्कन गर्न र परामर्श दिन

Carry out assessment and counselling as required

छु

Yes

छैन

No

मैले उपलब्ध गराएका रिपोर्टहरू बनाउने व्यक्तिहरूलाई सम्पर्क गर्नुहोस्

Contact the authors of the reports I have provided

छु

Yes

छैन

No

रिपोर्टहरू बनाउने

Reports from

यी निकायहरूसँग सूचना आदानप्रदान गर्नुहोस्

Exchange information with these agencies

छु

Yes

छैन

No

अभिभावक/हेरचाहकर्ताको हस्ताक्षर

Signature of parent/carer

मिति

Date