

ការយល់ព្រមដើម្បីទាក់ទងជាមួយ គម្រោងធានារ៉ាប់រងជន ពិការថ្នាក់ជាតិ

Consent to contact the National Disability Insurance Scheme (NDIS)

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះជាភាសាអង់គ្លេស ដើម្បីផ្តល់ការយល់ព្រមដល់ក្រសួងអប់រំរដ្ឋ NSW ឱ្យនិយាយជាមួយទីភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងជនពិការថ្នាក់ជាតិ (National Disability Insurance Agency (NDIA)) (ឬអង្គការផ្សេងទៀតដែលតំណាងឱ្យ NDIS - ទោះជា អ្នកសម្របសម្រួលក្នុងតំបន់មូលដ្ឋាន NDIS (NDIS Local Area Coordinator) ឬក៏ដៃគូកុមារតូចៗ NDIS (NDIS Early Childhood Partner)) ក្នុងនាមអ្នក។

ទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះអនុញ្ញាតឱ្យមន្ត្រីដែលបានតែងតាំងមកពីក្រសួងអប់រំរដ្ឋ NSW (Department) ដើម្បីនិយាយដោយផ្ទាល់ជាមួយ NDIA ឬអង្គការតំណាង ឬចែករំលែកព័ត៌មានជាមួយ NDIS ឬអង្គការតំណាង លើបញ្ហានានាដែលទាក់ទងនឹង NDIS ដែលប៉ះពាល់ដល់កូនរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការចូលប្រើប្រាស់ NDIS របស់កូនអ្នក គម្រោង NDIS របស់កូនអ្នក ការពិនិត្យលើគម្រោង NDIS របស់កូនអ្នក និងការគាំទ្រ ហើយនិងសេវាកម្មនានាដែលកូនរបស់អ្នកទទួលបានតាមរយៈ NDIS។ ការយល់ព្រមនេះនឹងអនុវត្តចំពោះតែមន្ត្រីមកពីក្រសួងប៉ុណ្ណោះ ដែលមានរាយឈ្មោះនៅចុងទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះ។

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់កូនខ្ញុំ **Child's details**

ឈ្មោះរបស់កុមារ
Child's name

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់កុមារ
Child's date of birth

អាសយដ្ឋានរបស់កុមារ
Child's address

លេខ NDIS (ប្រសិនបើដឹង)
NDIS number (if known)

ទំនាក់ទំនងចំពោះឪពុកម្តាយ/អ្នកថែទាំ ជាមួយកុមារ ឧទាហរណ៍ ម្តាយ
Parent/carer relationship to child eg mother

លេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនង
Contact phone number



ការយល់ព្រម និងហត្ថលេខា

Consent and signature

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យតំណាងក្រសួងអប់រំរដ្ឋ NSW (រាយឈ្មោះខាងក្រោម) ទាក់ទងមកអ្នកសម្របសម្រួលក្នុងតំបន់មូលដ្ឋាន NDIS (NDIS Local Area Coordinator (LAC)) ឬដៃគូកុមារតូចៗ (NDIS Early Childhood (EC)) ក្នុងនាមខ្ញុំ ដើម្បីតាមដានផែនការ NDIS របស់កូនខ្ញុំ។

ដោយការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំបានផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ក្រសួងដើម្បីស្នើសុំ និងចែករំលែកព័ត៌មានអំពីខ្ញុំ និងកូនរបស់ខ្ញុំជាមួយ NDIA, LAC ឬដៃគូ EC។ នេះរួមមានការយល់ព្រមដល់ក្រសួង ដើម្បីលាតត្រដាងឈ្មោះសាលារៀនរបស់កូនខ្ញុំ សម្រាប់គោលបំណងនៃ NDIA, LAC ឬដៃគូ EC ទាក់ទងមកខ្ញុំ។

ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំសម្រាប់រយៈពេលដូចខាងក្រោម (សូមជ្រើសរើសជម្រើសមួយ ក្នុងចំណោមជម្រើសខាងក្រោម)។
 Consent provided for the following period of time

រហូតដល់មានការជូនដំណឹងបន្ថែម
 Until further notice

រហូតដល់កាលបរិច្ឆេទខាងក្រោម៖
 Until the following date:

តែម្តងប៉ុណ្ណោះ
 One time only

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចដកចេញការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំនៅពេលណាក៏បាន។

ឈ្មោះរបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកថែទាំ
 Parent/carer name

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកថែទាំ
 Parent/carer signature

កាលបរិច្ឆេទ
 Date

Approved NSW Department of Education representatives (up to 3)

តំណាងក្រសួងអប់រំរដ្ឋ NSW ដែលបានយល់ព្រម

| Name ឈ្មោះ | Position មុខងារ | Contact details ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងលម្អិត |
|---------------|------------------------------------|--|
| | School principal (or delegate) | |
| | | |
| | NDIS Coordinator, (if appropriate) | |

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ហើយអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ សូមទូរសព្ទទៅ សេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់តាមទូរសព្ទ តាមលេខ 131 450 ហើយស្នើសុំអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ជាភាសារបស់អ្នក។ សូមប្រាប់ការិយាល័យទូរសព្ទដែលអ្នកចង់ហៅ ពេលនោះការិយាល័យនឹងរៀបចំអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់តាមទូរសព្ទ ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការសន្ទនា។ អ្នកនឹងមិនត្រូវគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មនេះទេ។