

اجازه برای تماس با طرح بیمه ملی معلولیت

Consent to contact the National Disability Insurance Scheme (NDIS)

لطفاً این فرم را به زبان انگلیسی تکمیل کنید تا اجازه بدهید که اداره آموزش NSW از جانب شما با سازمان بیمه ملی معلولیت (National Disability Insurance Agency (NDIA)) (یا سازمان دیگری که نماینده NDIS باشد - یک هماهنگ کننده منطقه محلی NDIS (NDIS Local Area Coordinator) یا یک شریک دوران اولیه کودکی NDIS (NDIS Early Childhood Partner)) تماس بگیرد.

این فرم اجازه نامه به مامورین منتخب از اداره آموزش NSW (Department) این امکان را می دهد که مستقیماً با NDIA یا سازمان نماینده صحبت کنند، یا اطلاعاتی را با NDIS یا سازمان نماینده در مورد موضوعات مرتبط با NDIS که مستقیماً روی فرزند شما تأثیر می گذارد، به اشتراک بگذارند. این شامل اطلاعات مربوط به دسترسی فرزند شما به NDIS، برنامه NDIS فرزند شما، بازبینی برنامه NDIS فرزند شما و پشتیبانی و خدماتی است که فرزند شما از طریق NDIS دریافت می کند. این اجازه فقط برای مامورین اداره که نامشان در انتهای این فرم اجازه ذکر شده استفاده می شود.

مشخصات کودک من Child's details

نام کودک

Child's name

تاریخ تولد کودک

Child's date of birth

آدرس کودک

Child's address

شماره NDIS (اگر می دانید)

NDIS number (if known)

نسبت با کودک، مثلاً پدر، مادر / مراقب

Parent/carer relationship to child eg mother

شماره تلفن تماس

Contact phone number



Consent and signature

من به یک نماینده اداره آموزش NSW (در فهرست زیر) اجازه می‌دهم که بمنظور پیگیری برنامه NDIS فرزندم از جانب من با NDIA، هماهنگ کننده منطقه محلی NDIS (NDIS Local Area Coordinator (LAC)) یا شریک دوران اولیه کودکی NDIS (NDIS Early Childhood (EC) Partner) تماس بگیرد.

من می‌دانم که با امضا کردن این فرم اجازه، به اداره اجازه داده‌ام که اطلاعات مربوط به من و فرزندم را درخواست کند و با NDIA، LAC یا EC Partner به اشتراک بگذارد. این شامل اجازه به اداره برای افشای نام مدرسه فرزندم به منظور تماس NDIA، LAC یا EC Partner با من می‌باشد.

من این اجازه را برای مدت زمانی که در زیر مشخص شده می‌دهم (لطفا یکی از گزینه‌های زیر را انتخاب کنید).

Consent provided for the following period of time

تا اطلاع ثانوی

Until further notice

تا تاریخ زیر:

Until the following date:

فقط یک بار

One time only

من می‌دانم که می‌توانم اجازه‌ام را در هر زمان لغو کنم.

نام پدر، مادر / مراقب

Parent/carer name

امضای پدر، مادر / مراقب

Parent/carer signature

تاریخ

Date

Approved NSW Department of Education representatives (up to 3)

نمایندگان تصویب شده اداره آموزش NSW

| Name نام | Position شغل | Contact details جزئیات تماس |
|-------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| | School principal (or delegate) | |
| | | |
| | NDIS Coordinator, (if appropriate) | |

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید و به مترجم نیاز دارید، لطفاً به سرویس مترجم تلفنی، شماره 131 450 تلفن کنید و یک مترجم زبان خودتان را درخواست کنید. شماره تلفنی را که می‌خواهید به آن زنگ بزنید به اپراتور بگویید و اپراتور مترجمی را روی خط خواهد آورد تا به شما در گفتگویتان کمک کند. برای این سرویس هزینه‌ای از شما دریافت نخواهد شد.