

## Referral to School Counsellor/School Psychologist

From Learning and Support Team

## سکول کاؤنسلر/سکول سائیکالوجسٹ سے ملاقات کے لیے ریفرل تعلیمی اور امدادی ٹیم کی طرف سے

طالب علم کا نام	Name of student
سکول کا نام	Name of school
	Date of birth تاریخ پیدائش
	Date of referral ریفرل کی تاریخ

پرائیویسی نوٹس: یہ معلومات اس لیے حاصل کی جا رہی ہیں کہ سکول کے عملے کو آپ کے بچے کو سہارا دینے کے لیے مدد ملے۔ یہ معلومات دینا آپ کی مرضی پر منحصر ہے۔ انہیں بحفاظت رکھا جائے گا۔ اکٹھی کی جانے والی معلومات اور ایسیمنٹس کے نتائج حسب ضرورت سکول کے عملے کے ان دوسرے ارکان کو دیے جا سکتے ہیں جو آپ کے بچے کو سہارا دینے میں شامل ہوں۔ آپ کسی بھی وقت سکول کے کاؤنسلنگ سٹاف کے رکن سے رابطہ کر کے دی گئی ذاتی تفصیلات کو درست کروا سکتے ہیں۔

اگر آپ کو یہ فارم مکمل کرنے کے لیے مدد کی ضرورت ہو تو براہ مہربانی سکول سے رابطہ کریں۔ اگر آپ کو سکول سے رابطہ کرنے کے لیے انٹریپرٹ کی مدد درکار ہو تو 131 450 پر انٹریپرٹ سروس کو کال کریں اور اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور آپریٹر سے سکول کو فون کرنے کے لیے کہیں۔ آپریٹر گفتگو میں آپ کی مدد کے لیے لائن پر ایک انٹریپرٹ مہیا کر دے گا۔ آپ سے اس سروس کا معاوضہ نہیں لیا جائے گا۔

والدین یا نگران مندرجہ ذیل معلومات انگلش میں مکمل کریں - اگر یہ جگہ ناکافی ہو تو براہ مہربانی ایک اور صفحہ لگا لیں۔  
Reason for referral/parent's concerns ریفرل کی وجہ/والدین کی تشویش

نشوونما کے حالات/میڈیکل ہسٹری  
مثال کے طور پر، کیا آپ کو اپنے بچے کے بولنے، زبان یا حرکی نشوونما (موٹر ڈیولپمنٹ) کے متعلق تشویش رہی ہے؟ کیا آپ کے بچے کو کوئی بڑی بیماری رہی ہے؟  
Developmental/medical history

گزشتہ ایسیمنٹس  
مثال کے طور پر ڈاکٹر، سائیکالوجسٹ، سپیچ تھراپسٹ کی ایسیمنٹ (براہ مہربانی لکھیں کہ ایسیمنٹ کس نے کی تھی اور اگر ممکن ہو تو رپورٹیں ساتھ لگائیں۔)  
Previous assessments

مزید معلومات  
کیا آپ سکول کاؤنسلر/سکول سائیکالوجسٹ کے علم میں کوئی اور بات لانا چاہتے ہیں؟  
More information

آپ اپنے بچے کی سکول کاؤنسلر/سکول سائیکالوجسٹ سے ملاقات کے نتیجے میں کیا تبدیلی دیکھنے کی امید رکھتے ہیں؟  
What do you hope will happen as a result of the school counsellor/school psychologist seeing your child?

میں نے پرائیویسی نوٹس پڑھ لیا ہے اور میری طرف سے سکول کاؤنسلر/سکول سائیکالوجسٹ کو اجازت ہے کہ:  

ہاں	Yes	Carry out assessment and counselling as required
نہیں	No	میں نے جو رپورٹیں دی ہیں، ان کے لکھنے والوں سے رابطہ کرے
ہاں	Yes	Contact the authors of the reports I have provided
نہیں	No	ان اداروں کے ساتھ معلومات کا تبادلہ کرے
ہاں	Yes	Exchange information with these agencies
نہیں	No	والد/والدہ/نگران کے دستخط
تاریخ	Date	Signature of parent/carer