

Bộ Giáo dục (bộ), bao gồm tất cả các trường công lập bang Victoria, cũng như các văn phòng trung ương và khu vực, đang tài trợ cho tổ chức Cứu trợ Trường học Tiểu bang (State Schools' Relief, SSR) là tổ chức phi chính phủ từ thiện, quản lý và cung cấp chương trình Mắt kính cho Trẻ em (Chương trình) tại 297 trường được chọn trong khoảng thời gian từ 2024 đến 2027.

Cần có sự đồng ý của quý vị để con quý vị có thể tham gia chương trình.

4 bước đơn giản để tham gia chương trình Mắt kính cho Trẻ em...



Đọc Tài liệu Thông tin
dành cho Gia đình



Hoàn thành Giấy Đồng ý và
Bảng câu hỏi của Chuyên
viên đo thị lực



Gửi lại cả hai mẫu đơn
này cho trường học



Đảm bảo rằng con quý vị có
mặt ở trường vào ngày đoàn
khám đến trường

Quyền riêng tư và xử lý thông tin

Thông tin cá nhân và sức khỏe thu thập thông qua quá trình này sẽ được lưu giữ bởi trường học con quý vị, Tổ chức Cứu trợ Trường học Tiểu bang và các đối tác chương trình có liên quan (chuyên viên đo thị lực), những người thực hiện và giám sát việc sàng lọc và kiểm tra con quý vị.

Thông tin thu thập được sử dụng cho mục đích quản lý và cung cấp dịch vụ của Chương trình. Giấy Đồng ý và Bảng câu hỏi của Chuyên viên đo thị lực này sẽ được chia sẻ với nhân viên trường học phù hợp, nhân viên trong SSR và các chuyên viên đo thị lực của các đối tác với chương trình, những người yêu cầu thông tin đó để tạo điều kiện thuận lợi cho con quý vị nhận được các dịch vụ được cung cấp thông qua Chương trình hoặc khi được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu. Nếu được yêu cầu, quý vị có thể yêu cầu quyền truy cập vào thông tin đã thu thập về con quý vị cho Chương trình bằng cách trước tiên liên hệ với trường học con quý vị.

Bộ, SSR và các đối tác chương trình liên quan sẽ xử lý thông tin cá nhân và sức khỏe của quý vị và con quý vị (bao gồm cả trên mẫu đơn này và bảng câu hỏi về sức khỏe mắt) theo Đạo luật bảo vệ dữ liệu và quyền riêng tư năm 2014, Đạo luật Hồ sơ Y tế 2001, chính sách quyền riêng tư của bộ.

Chính sách quyền riêng tư của bộ có thể tìm thấy ở đây: <https://www.education.vic.gov.au/Pages/privacy.aspx>

Vui lòng điền đầy đủ chi tiết nếu quý vị đồng ý cho con mình tham gia chương trình Mắt kính cho Trẻ em

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc tài liệu Thông tin dành cho Gia đình.

Tôi hiểu rằng chuyên viên đo thị lực có thể cần làm rõ hoặc thảo luận thêm chi tiết với tôi vào ngày con tôi đến khám và đã cung cấp số điện thoại của tôi.

Tôi hiểu rằng nếu cần phải đeo kính, con tôi sẽ chọn mắt kính trong ngày trong số các loại gọng kính của SSR. Những thứ này sẽ được giao đến trường sau chuyển thăm khám.

Tôi ủy quyền và đồng ý cho con tôi được kiểm tra thị lực ban đầu miễn phí và nếu cần, được chuyên viên đo thị lực có đăng ký kiểm tra và đeo mắt kính tại trường thông qua Chương trình này.

Tôi cho phép và đồng ý cho con tôi

Tên học sinh (theo Hộ chiếu hoặc Medicare):

Họ Học sinh (theo Hộ chiếu hoặc Medicare):

Ngày sinh (DD/MM/YYYY):

tham gia chương trình Mắt kính cho Trẻ em.

Trưởng:

Cấp Lớp:

Lớp:

Tên cha/mẹ/người chăm sóc:

Điện thoại:

Chữ ký cha/mẹ hoặc người chăm sóc:

Ngày (DD/MM/YYYY):

Chi tiết Medicare

Nếu không có thẻ Medicare, quý vị vẫn có thể tham gia chương trình Mắt kính cho Trẻ em.

- Tất cả học sinh tham gia sẽ được kiểm tra thị lực ban đầu miễn phí.
- Các đối tác của chương trình GFK yêu cầu số Medicare của quý vị nếu con quý vị cần Kiểm tra mắt toàn diện.
- Kiểm tra mắt toàn diện có thể được trả thông qua Medicare.

Nếu học sinh không có thẻ Medicare, vui lòng để trống phần này.

Số thẻ Medicare

Số tham chiếu cá nhân

Ngày hết hạn



XIN VUI LÒNG LẬT SANG TRANG SÀU

Chi tiết Trẻ em và Sức khỏe Mắt

Lần khám mắt cuối cùng của con quý vị với chuyên viên đo thị lực là khi nào? Chưa bao giờ 1 năm 2 năm 3 năm Từ 4 năm trở lên

Con quý vị có đeo kính không? Có Không

Con quý vị đã từng phẫu thuật mắt chưa? Nếu có, vui lòng mô tả chi tiết:

Con quý vị đã bao giờ được trị liệu thị lực chưa, chẳng hạn như các bài tập thể dục hoặc đắp miếng dán cho mắt? Nếu có, vui lòng mô tả chi tiết:

Sức khỏe Mắt Gia đình

Có ai trong gia đình bị bất kỳ điều nào sau đây?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nhược thị (Amblyopia) (mắt lười) | <input type="checkbox"/> Viễn thị (Hyperopia) (nhìn xa) | <input type="checkbox"/> Loạn thị (Astigmatism) (nhìn mờ) | <input type="checkbox"/> Khác..... |
| <input type="checkbox"/> Lác (Strabismus) (lệ mắt) | <input type="checkbox"/> Cận thị (Myopia) (cận thị) | <input type="checkbox"/> Rung giật nhãn cầu (Nystagmus) (chuyển động mắt nhanh) | <input type="checkbox"/> Không có/Không chắc |

Quan sát

Vui lòng đánh dấu vào bất kỳ điều nào sau đây mà quý vị hoặc giáo viên con quý vị đã quan sát thấy:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thị lực xa bị mờ | <input type="checkbox"/> Thị lực gần bị mờ/nhìn hai bóng | <input type="checkbox"/> Nheo mắt hoặc chớp mắt quá mức | <input type="checkbox"/> Nhức đầu |
| <input type="checkbox"/> Đầu bị nghiêng | <input type="checkbox"/> Tránh công việc nhìn gần | <input type="checkbox"/> Nhắm một mắt/nheo mắt khi đọc | <input type="checkbox"/> Mắt đỏ hoặc chảy nước |
| <input type="checkbox"/> Mắt quay vào/quay ra/quay lên | <input type="checkbox"/> Dùng ngón tay để dò khi đọc | <input type="checkbox"/> Đọc từng nhóm từ nhỏ khi đọc sách | <input type="checkbox"/> Cảm sách quá gần |
| <input type="checkbox"/> Mắt vị trí chữ khi đọc | <input type="checkbox"/> Bỏ qua hoặc đọc lại các dòng | <input type="checkbox"/> Đảo ngược chữ cái và số | <input type="checkbox"/> Các từ di chuyển hoặc cùng chuyển động |
| <input type="checkbox"/> Đọc chậm | <input type="checkbox"/> Đánh vần kém | <input type="checkbox"/> Khác | |