



ទម្រង់បែបបទយល់ព្រម

ក្រសួងអប់រំ (ក្រសួង) ដែលរួមបញ្ចូលគ្រប់សាលារដ្ឋទាំងអស់នៅរដ្ឋវិចត្រី និងការិយាល័យកណ្តាល និងនៅតាមតំបន់ទាំងឡាយ បច្ចុប្បន្ននេះផ្តល់ថវិកាអង្គការសម្រាលបន្ទុកសាលារដ្ឋ (State Schools' Relief (SSR)) ដែលជាអង្គការសប្បុរសធម៌ក្រៅរដ្ឋាភិបាលមួយ ដើម្បីចាត់ចែង និងផ្តល់កម្មវិធី Glasses for Kids (វ៉ែនតាសម្រាប់កុមារ) (កម្មវិធី) នៅសាលាគោលដៅចំនួន 297 នៅចន្លោះឆ្នាំ 2024 និង 2027 ។

យើងត្រូវការការយល់ព្រមពីអ្នក ដើម្បីឲ្យកូនអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីនេះ។

4 ជំហានសាមញ្ញៗដើម្បីចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Glasses for Kids ...



ឯកជនភាព និងការគ្រប់គ្រងព័ត៌មាន

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងអំពីសុខភាពដែលទទួលបានតាមរយៈវិធីនេះ នឹងត្រូវបានរក្សាដោយសាលារបស់អ្នក, SSR និងដៃគូដែលពាក់ព័ន្ធ (អ្នកឯកទេសពិនិត្យភ្នែក) ដែលធ្វើនិងត្រួតពិនិត្យការពិនិត្យចក្ខុវិស័យ និងការធ្វើតេស្តរបស់កូនអ្នក។

ព័ត៌មានដែលប្រមូលបាន ត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងចាត់ចែង និងផ្តល់សេវានៃកម្មវិធីនេះ។ ទម្រង់ឯកសារយល់ព្រម និងកម្រងសំណួររបស់អ្នកឯកទេសពិនិត្យភ្នែកនេះ នឹងត្រូវបានចែករំលែកជាមួយបុគ្គលិកសាលាដែលសមស្រប បុគ្គលិកក្នុង SSR និងអ្នកឯកទេសពិនិត្យភ្នែករបស់ដៃគូកម្មវិធី ដែលត្រូវការព័ត៌មានដូចនោះដើម្បីសម្រួលការទទួលបានសេវាកម្មនានារបស់កូនអ្នកដែលផ្តល់ឲ្យតាមរយៈកម្មវិធីនេះ ឬបើមិនដូច្នោះទេ នៅពេលមានការអនុញ្ញាត ឬតម្រូវដោយច្បាប់។ បើត្រូវការ អ្នកអាចសុំចូលមើលព័ត៌មានដែលប្រមូលបានអំពីកូនរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីនេះ ដោយទាក់ទងទៅសាលារបស់កូនអ្នកជាបឋម។

ក្រសួង, SSR និងដៃគូកម្មវិធីដែលពាក់ព័ន្ធរបស់ខ្លួន នឹងគ្រប់គ្រងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងអំពីសុខភាព (រួមទាំងក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ និងកម្រងសំណួរអំពីសុខភាពភ្នែក) ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ឯកជនភាព និងការការពារទិន្នន័យឆ្នាំ 2014, ច្បាប់កំណត់ត្រាសុខភាពឆ្នាំ 2001, គោលនយោបាយរបស់ក្រសួងស្តីពីឯកជនភាព។

គោលនយោបាយរបស់ក្រសួងស្តីអំពីឯកជនភាព អាចរកឃើញនៅ៖ <https://www.education.vic.gov.au/Pages/privacy.aspx>

សូមបំពេញព័ត៌មានលម្អិតទាំងអស់ ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមឲ្យកូនរបស់អ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Glasses for Kids

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអានខិតប័ណ្ណព័ត៌មានសម្រាប់គ្រួសារហើយ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា អ្នកឯកទេសពិនិត្យភ្នែកអាចសួររក្សា ឬពិភាក្សាលម្អិតថែមទៀតជាមួយខ្ញុំនៅថ្ងៃដែលកូនខ្ញុំទៅជួប និងបានផ្តល់លេខទូរសព្ទរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ប្រសិនបើត្រូវការវ៉ែនតា កូនរបស់ខ្ញុំនឹងជ្រើសយកវ៉ែនតានៅថ្ងៃនោះពីក្នុងចំណោមស៊ុមមួយចំនួនដែល SSR មាន។ វ៉ែនតានោះនឹងត្រូវបានប្រគល់ទៅសាលាក្រោយពីការទៅជួប។

ខ្ញុំអនុញ្ញាត និងយល់ព្រមឲ្យកូនរបស់ខ្ញុំទទួលបានការពិនិត្យចក្ខុវិស័យ (vision screening) ដំបូងដោយឥតគិតថ្លៃ ហើយប្រសិនបើត្រូវការ ការធ្វើតេស្ត និងវ៉ែនតា ដោយអ្នកឯកទេសពិនិត្យភ្នែកដែលបានចុះបញ្ជីស្របច្បាប់នៅសាលាតាមរយៈកម្មវិធីនេះ។



កម្រងសំណួរអ្នកឯកទេសពិនិត្យភ្នែក

ព័ត៌មានលម្អិត និងសុខភាពភ្នែករបស់កុមារ

តើការពិនិត្យភ្នែកចុងក្រោយរបស់កូនអ្នកជាមួយនឹងអ្នកឯកទេសពិនិត្យភ្នែក បានធ្វើនៅពេលណា? មិនដែលទេ 1 ឆ្នាំ 2 ឆ្នាំ 3 ឆ្នាំ 4+ ឆ្នាំ

តើកូនរបស់អ្នកពាក់វ៉ែនតាទេ? បាទ/ចាស ពាក់ អត់ទេ

តើកូនរបស់អ្នកដែលធ្វើការរកកាត់ភ្នែកទេ? ប្រសិនបើដែល សូមពណ៌នា៖

តើកូនរបស់អ្នកដែលធ្វើការព្យាបាលចក្ខុវិស័យ ដូចជាការហាត់ប្រាណភ្នែក ឬការបិទបន្ទះទេ? ប្រសិនបើដែល សូមពណ៌នា៖

សុខភាពភ្នែករបស់គ្រួសារ

តើនៅក្នុងគ្រួសារមានអ្នកណាមានចំណុចណាមួយខាងក្រោមនេះទេ ?

- | | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amblyopia (ភាពងងឹតបន្តិចម្តងៗ) | <input type="checkbox"/> Hyperopia (មើលឃើញឆ្ងាយច្បាស់) | <input type="checkbox"/> Astigmatism (ព្រិលភ្នែក) | <input type="checkbox"/> ដទៃទៀត |
| <input type="checkbox"/> Strabismus (ស្រលៀងភ្នែក) | <input type="checkbox"/> Myopia (មើលឃើញជិតច្បាស់) | <input type="checkbox"/> Nystagmus (ភ្នែកវិលចុះវិលឡើង) | <input type="checkbox"/> គ្មានទេ/មិនប្រាកដ |

ការសង្កេតឃើញ

សូមគូសផិតខាងក្រោមនេះចំពោះចំណុចដែលអ្នក ឬគ្រូរបស់កូនអ្នកបានសង្កេតឃើញ៖

- | | | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> មើលឆ្ងាយ ព្រិល | <input type="checkbox"/> មើលជិតព្រិល/មើលឃើញរូបពីរ | <input type="checkbox"/> ព្រឹមភ្នែក ឬព្រិចភ្នែកច្រើនលើសលុប | <input type="checkbox"/> ឈឺក្បាល |
| <input type="checkbox"/> ផ្អៀងក្បាល | <input type="checkbox"/> ជៀសវាងការងារដែលត្រូវមើលជិត | <input type="checkbox"/> បិទភ្នែកម្ខាង/បើកភ្នែកព្រឹមៗនៅពេលអាន | <input type="checkbox"/> ភ្នែកក្រហម ឬពេញទៅដោយទឹកភ្នែក |
| <input type="checkbox"/> ភ្នែកវង្វេង/ចេញ/ឡើងលើ | <input type="checkbox"/> ប្រើម្រាមដៃដើម្បីនាំអាន | <input type="checkbox"/> រំលងពាក្យតូចៗនៅពេលអាន | <input type="checkbox"/> កាន់សៀវភៅជិតពេក |
| <input type="checkbox"/> ពេលអាន បាត់កន្លែងដែលអាន | <input type="checkbox"/> រំលងឃ្លា ឬអានឃ្លាដែលឡើងវិញ | <input type="checkbox"/> ដាក់អក្សរ និងលេខផ្ទុយគ្នា | <input type="checkbox"/> ពាក្យទាំងឡាយដើរ ឬរត់ជាមួយគ្នា |
| <input type="checkbox"/> អានយឺត | <input type="checkbox"/> ប្រកបអក្សរមិនបានល្អ | <input type="checkbox"/> ដទៃទៀត | |