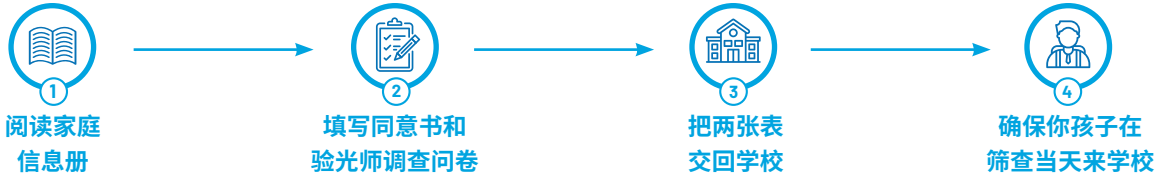


教育部（包括所有维州政府学校、中心和区域办公室）正在资助一家名为State Schools' Relief（州立学校救济，简称SSR）的非政府慈善机构，在2024年到2027年间为297所目标学校管理和实施Glasses for Kids计划（儿童配镜计划）。

如要让孩子参加这个计划，你需要给予同意。

## 参加Glasses for Kids计划的四个简单步骤.....



### 隐私保护和信息处理

通过这个过程收集的个人及健康信息将由孩子的学校、State Schools' Relief以及为孩子做筛查和测试并监督此过程的相关计划合作伙伴（验光师）保存。

收集的信息将用于管理及提供计划服务。同意书和验光师调查问卷将出于协助孩子接受计划服务的目的或在法律允许或要求的情况下与相关学校员工、SSR内部员工以及计划合作伙伴验光师共享。如需要，你可以要求查阅计划收集的有关你孩子的信息，请先与孩子的学校联系。

教育部、SSR及相关计划合作伙伴将根据《2014年隐私和数据保护法》、《2001年健康记录法》以及教育部隐私保护政策处理你和你孩子的个人和健康信息（包括本同意书和眼部健康调查问卷上的信息）。

教育部隐私保护政策可在此查阅：<https://www.education.vic.gov.au/Pages/privacy.aspx>

### 若你同意让孩子参加Glasses for Kids计划，请填写所有内容。

我确认已阅读家庭信息册。

我明白验光师可能需要在孩子检查视力的当天与我澄清或讨论其它细节，我已经提供我的电话号码。

我明白如果需要配镜，我孩子将在当天从SSR提供的系列镜框里选一幅镜框。之后做好的眼镜会送到学校。

我授权并同意让我孩子在学校通过该计划免费接受初步视力筛查，若需要，由一位注册验光师做测试并配镜。



## 我允许并同意让我孩子

学生的名字 (与护照或Medicare卡一致):

.....

学生的姓氏 (与护照或Medicare卡一致):

.....

生日 (日/月/年):

.....

参加Glasses for Kids计划。

学校:

.....

年级:

.....

班级:

.....

家长/照顾人姓名:

.....

电话:

.....

父母/照顾人签名:

.....

日期 (日/月/年):

.....

## Medicare资料

如果你没有Medicare卡, 你仍可参加Glasses for Kids计划。

- 所有参加学生将免费接受初步视力筛查。
- 如果你孩子需要综合视力测试, GFK计划伙伴需要你的Medicare号码。
- 综合视力测试费用或可通过Medicare全额报销。

如果学生没有Medicare卡, 请不要填写这部分。

Medicare卡号

个人姓名前面的参考数字

失效日期

/



请翻面

## 儿童资料和眼睛健康

上一次验光师检查你孩子的眼睛是什么时候？

- 从未     1年     2年     3年     4年多

你孩子戴眼镜吗？

- 戴     不戴

你孩子做过眼睛手术吗？如果做过，请说明：

你孩子是否接受过视觉治疗，比如做眼操或戴眼罩？如果接受过，请说明：

## 家庭眼睛健康

家里是否有人有以下问题？

- |                                  |                             |                                       |                                     |
|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 弱视（懒惰眼） | <input type="checkbox"/> 远视 | <input type="checkbox"/> 散光（视力模糊）     | <input type="checkbox"/> 其它问题 ..... |
| <input type="checkbox"/> 斜视（斗鸡眼） | <input type="checkbox"/> 近视 | <input type="checkbox"/> 眼球震颤（眼球快速移动） | <input type="checkbox"/> 没有/不确定     |

## 观察

请勾选你或孩子老师观察到的以下问题：

- |   |                                      |                                     |   |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 看远处模糊          | <input type="checkbox"/> 看近处模糊/复视    | <input type="checkbox"/> 过度眯眼或眨眼    | <input type="checkbox"/> 头疼             |
| <input type="checkbox"/> 斜侧头部           | <input type="checkbox"/> 避免近距离作业     | <input type="checkbox"/> 阅读时闭一只眼/眯眼 | <input type="checkbox"/> 红眼睛或泪溢（水汪汪的眼睛） |
| <input type="checkbox"/> 眼球向内/向外/向上翻转   | <input type="checkbox"/> 用手指瞄着阅读     | <input type="checkbox"/> 阅读时省略小字体   | <input type="checkbox"/> 手里的书本离眼睛太近     |
| <input type="checkbox"/> 阅读时突然不知道读到什么地方 | <input type="checkbox"/> 跳过几行字或重读几行字 | <input type="checkbox"/> 颠倒字母和数字的顺序 | <input type="checkbox"/> 字挤在一起或跑到一起     |
| <input type="checkbox"/> 阅读速度慢          | <input type="checkbox"/> 拼写出错        | <input type="checkbox"/> 其它 .....   |   |