

Jabatan Pendidikan (jabatan) yang merangkumi semua sekolah-sekolah awam di Victoria, pejabat pusat dan Iserantau menyediakan pembiayaan kepada State Schools' Relief (SSR) (Bantuan Sekolah Negeri) yang merupakan organisasi kebajikan bukan kerajaan, untuk mengurus dan melaksanakan program Kaca Mata untuk Kanak-kanak (Program) di 297 sekolah yang disasarkan antara tahun 2024 dan 2027.

Kebenaran anda diperlukan untuk anak anda menyertai program ini.

4 langkah mudah untuk menjadisebahagian daripada program Kaca Mata untuk Kanak-kanak...



Pengendalian Maklumat dan Privasi

Maklumat peribadi dan kesihatan yang dikumpul melalui proses ini akan disimpan oleh sekolah anak anda, Bantuan Sekolah Negeri dan rakan kongsi program ini (optometris) yang akan menjalankan dan menyelia saringan dan pemeriksaan anak anda.

Maklumat yang dikumpul digunakan untuk tujuan pentadbiran dan menyediakan perkhidmatan bagi program tersebut. Borang Kebenaran dan Soal Selidik Optometris akan diedarkan kepada kakitangan sekolah yang sesuai, kakitangan dalam SSR, dan rakan kongsi optometris, yang memerlukan maklumat tersebut untuk memudahkan anak anda menerima perkhidmatan yang disediakan melalui Program tersebut, atau sebaliknya apabila dibenarkan atau diperlukan oleh undang-undang. Jika perlu, anda boleh meminta akses ke maklumat tentang anak anda yang dikumpul untuk Program tersebut dengan menghubungi sekolah anak anda terlebih dahulu.

Jabatan Pendidikan, SSR dan rakan kongsi program yang berkaitan akan mengendalikan maklumat peribadi dan kesihatan anak anda (termasuk dalam borang ini dan soal selidik tentang kesihatan mata) mengikut Akta Perlindungan Privasi dan Data 2014, Akta Rekod Kesihatan 2001, dasar privasi jabatan.

Dasar privasi jabatan boleh ditemui di sini: <https://www.education.vic.gov.au/Pages/privacy.aspx>

Sila lengkapkan semua butiran sekiranya anda membenarkan anak anda menyertai program Kaca Mata untuk Kanak-kanak

Saya mengesahkan bahawa saya telah membaca risalah Maklumat untuk Keluarga.

Saya memahami bahawa optometris mungkin perlu menjelaskan atau membincangkan tentang butiran lanjut dengan saya pada hari lawatan anak saya, dan telah memberikan nombor telefon saya.

Saya memahami sekiranya kaca mata diperlukan, anak saya akan memilihnya pada hari tersebut daripada rangkaian bingkai SSR. Borang ini akan dihantar ke sekolah selepas lawatan.

Saya membenarkan anak saya menerima saringan penglihatan awal dan jika perlu, pemeriksaan dan pemberian kaca mata oleh optometris berdaftar di sekolah melalui Program ini.



Saya memberikan kebenaran dan persetujuan bagi anak saya

Nama Pertama Pelajar (seperti yang tertera pada Pasport atau kad Medicare):

Nama Keluarga Pelajar (seperti yang tertera pada Pasport atau kad Medicare):

Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT):

untuk menyertai program Glasses for Kids
(Kaca Mata untuk Kanak-kanak).

Sekolah:

Tahun persekolahan:

Kelas:

Nama Ibu bapa/Penjaga:

Nombor Telefon:

Tandatangan Ibu bapa/Penjaga :

Tarikh (HH/BB/TTTT):

Butiran Kad Medicare

Sekiranya ada tidak mempunyai kad Medicare, anda masih boleh menyertai program Kaca Mata untuk Kanak-kanak.

- Semua pelajar yang mengambil bahagian akan menerima saringan penglihatan awal percuma.
- Rakan kongsi program GFK memerlukan nombor Medicare anda sekiranya anak anda memerlukan Pemeriksaan Mata yang Komprehensif.
- Pemeriksaan Mata yang Komprehensif mungkin dibilkan secara pukal melalui Medicare.

Jika pelajar tidak memiliki kad Medicare, sila tinggalkan kosong pada ruangan ini.

Nombor kad Medicare

Nombor rujukan individu

Tarikh tamat tempoh

 /


SILA LIHAT SEBELAH

Butiran Anak dan Butiran Kesihatan Mata

Bilakah kali terakhir anak anda menjalani pemeriksaan mata dengan optometris? Tidak pernah 1 tahun 2 tahun 3 tahun 4+ tahun

Adakah anak anda memakai kaca mata? Ya Tidak

Adakah anak anda pernah menjalani pembedahan mata? Jika ya, sila nyatakan:

Adakah anak anda pernah menjalani terapi mata, seperti senaman mata atau pemakaian penutup sebelah mata? Jika ya, sila nyatakan:

Kesihatan Mata Seisi Keluarga

Adakah sesiapa dalam keluarga mengalami mana-mana yang berikut?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ambliopia (mata malas) | <input type="checkbox"/> Hiperopia (penglihatan jarak jauh) | <input type="checkbox"/> Astigmatisme (penglihatan kabur) | <input type="checkbox"/> Lain-lain |
| <input type="checkbox"/> Strabismus (penglihatan silang) | <input type="checkbox"/> Miopia (penglihatan jarak dekat) | <input type="checkbox"/> Nistagmus (pergerakan mata yang pantas) | <input type="checkbox"/> Tiada/Tidak pasti |

Pemerhatian

Sila tandakan mana-mana daripada berikut yang anda atau guru anak anda telah perhatikan:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Penglihatan jarak jauh kabur | <input type="checkbox"/> Kabur jarak dekat/ penglihatan berganda | <input type="checkbox"/> Juling atau mata berkedip berlebihan | <input type="checkbox"/> Sakit kepala |
| <input type="checkbox"/> Kepala senget | <input type="checkbox"/> Mengelak kerja yang memerlukan tumpuan penglihatan yang dekat | <input type="checkbox"/> Menutup sebelah mata/juling apabila membaca | <input type="checkbox"/> Mata merah atau berair |
| <input type="checkbox"/> Mata menghalu ke dalam/ keluar/ke atas | <input type="checkbox"/> Menunjukkan perkataan apabila membaca | <input type="checkbox"/> Tertinggal perkataan pendek semasa membaca | <input type="checkbox"/> Memegang buku terlalu dekat dengan mata |
| <input type="checkbox"/> Hilang fokus semasa membaca | <input type="checkbox"/> Tertinggal baris atau membaca dua kali | <input type="checkbox"/> Huruf dan nombor yang songsang | <input type="checkbox"/> Perkataan yang seolah-olah bergerak atau bercantum |
| <input type="checkbox"/> Lambat membaca | <input type="checkbox"/> Lemah dalam mengeja | <input type="checkbox"/> Lain-lain | |