

# 同意与全国残障人士保险计划联系

## Consent to contact the National Disability Insurance Scheme (NDIS)

请用英语填写此表格，以表示同意 NSW 教育部代表您与全国残障人士保险当局 (National Disability Insurance Agency (NDIA)) (或其他代表 NDIS 的机构——NDIS 的本地协调者 (NDIS Local Area Coordinator) 或者 NDIS 幼儿服务协作机构 (NDIS Early Childhood Partner)) 联络。

本同意书允许 NSW 教育部 (以下简称 Department) 指定的官员跟 NDIA 或其代表机构直接交谈，或者跟 NDIS 或其代表机构分享信息，讨论跟 NDIS 相关的直接影响您孩子的事宜。这包括跟以下事项相关的信息：您的孩子获得 NDIS 服务；您孩子的 NDIS 计划、对您孩子的 NDIS 计划的复审以及您的孩子通过 NDIS 而获得的说明和服务，等等。同意的范围，仅限于本同意书末尾所列的教育部官员。

### 我的孩子的详细资料      **Child's details**

孩子姓名

Child's name

孩子生日

Child's date of birth

孩子住址

Child's address

NDIS 编号 (假如知道的话)

NDIS number (if known)

父母或照顾者与孩子的关系 (例如母亲)

Parent/carer relationship to child eg mother

联系电话

Contact phone number

## 同意并签名

### Consent and signature

我允许 NSW 教育部的代表（如下所示）代表我跟 NDIA、NDIS 的本地协调者 (NDIS Local Area Coordinator) 或者 NDIS 幼儿服务协作机构 (NDIS Early Childhood Partner)——联系以便跟进我孩子的 NDIS 计划。

我知道一旦签署此同意书，就表示我允许教育部向 NDIA、LAC 或 EC 协作机构查询有关我和孩子的信息以及与其分享这些信息。这包括同意教育部披露我孩子的学校名称，以便 NDIA、LAC 或 EC 与我联系。

我表示同意的期限如下（请在以下选项中选择一個）：

Consent provided for the following period of time

直到再次通知为止

Until further notice

直到下列日期为止：

Until the following date:

仅同意一次

One time only

我知道我可以随时撤回我的同意。

父母或照顾者姓名

Parent/carer name

父母或照顾者签名

Parent/carer signature

日期

Date

### Approved NSW Department of Education representatives (up to 3)

#### 获得允许的 NSW 教育部代表

Name 姓名	Position 职务	Contact details 联系方式
	School principal (or delegate)	
	NDIS Coordinator, (if appropriate)	

如果您需要口译员说明您了解更多信息，请致电 131 450 给电话口译服务中心，要求安排您所用语言的口译员。请告诉接线员您要拨打的电话号码，接线员就会安排口译员在电话在线协助您通话。您无需为此服务付费。