

加强家长支持计划

表格 E：家庭记录

完成/上次更新日期:	
由 (协调员姓名):	

家庭详细信息:

	家长/照顾者 (1)	家长/照顾者 (2)
姓:		
给定的名称:		
性别:	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 其他	
出生日期:		
电话:		
电子邮件:		
家庭地址:		
与孩子的关系:	<input type="checkbox"/> 家长 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 照顾者 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
此人是否属于原住民和托雷斯海峡岛民:	<input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不	
婚姻状况:	<input type="checkbox"/> 单身的 <input type="checkbox"/> 已婚/事实婚姻	
出生国家:		
在家使用的主要语言:		
需要口译员吗?	<input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不	

孩子的详细信息:

给定的名称:	出生日期:	残疾或发育迟缓的类型:	
		<input type="checkbox"/> 获得性脑损伤 <input type="checkbox"/> 自闭症谱系障碍 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 听力/视力障碍 <input type="checkbox"/> 发育迟缓 <input type="checkbox"/> 唐氏综合症	<input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肌营养不良症 <input type="checkbox"/> 脊髓损伤 <input type="checkbox"/> 特定学习障碍 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 没有任何
		<input type="checkbox"/> 获得性脑损伤 <input type="checkbox"/> 自闭症谱系障碍 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 听力/视力障碍 <input type="checkbox"/> 发育迟缓 <input type="checkbox"/> 唐氏综合症	<input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肌营养不良症 <input type="checkbox"/> 脊髓损伤 <input type="checkbox"/> 特定学习障碍 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 没有任何
		<input type="checkbox"/> 获得性脑损伤 <input type="checkbox"/> 自闭症谱系障碍 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 听力/视力障碍 <input type="checkbox"/> 发育迟缓 <input type="checkbox"/> 唐氏综合症	<input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肌营养不良症 <input type="checkbox"/> 脊髓损伤 <input type="checkbox"/> 特定学习障碍 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 没有任何
		<input type="checkbox"/> 获得性脑损伤 <input type="checkbox"/> 自闭症谱系障碍 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 听力/视力障碍 <input type="checkbox"/> 发育迟缓 <input type="checkbox"/> 唐氏综合症	<input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肌营养不良症 <input type="checkbox"/> 脊髓损伤 <input type="checkbox"/> 特定学习障碍 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 没有任何

参与 SPSP:

家庭开始 SPSP 的日期:		该家庭有家庭服务计划吗？ (表格F)?	<input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 否
Referral source: (if any)	<input type="checkbox"/> 健康从业者 <input type="checkbox"/> 母婴健康 <input type="checkbox"/> 残疾儿童协会 <input type="checkbox"/> 社区服务机构	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 幼儿教育托管服务 <input type="checkbox"/> 全科医生 <input type="checkbox"/> 其他 _____	

隐私条款:

加强家长支持计划 (SPSP) 由教育和培训部 (该部门) 资助。该部门与提供 SPSP 的服务提供商之间的服务协议要求服务提供商根据该法案使用此表格收集有关您和您的孩子的个人和健康信息。 2014 年数据保护和隐私 (维多利亚州) 。

作为 SPSP 的一部分，收集个人和健康信息是为了向您提供最合适的服务。虽然个人可以选择向我们提供个人信息，但不这样做可能会影响 SPSP 提供的服务。

所提供的所有个人信息均受到安全保密。向 SPSP 协调员披露该信息仅用于满足家庭需求的计划规划以及向该部门报告去识别化数据。个人可以通过使用以下详细信息联系服务提供商来请求访问其个人信息。

有关 MacKillop 家庭服务隐私政策的更多信息:

<http://www.mackillop.org.au/privacy-statement>

或联系隐私官：privacy@mackillop.org.au / 电话：(03) 9699 9177。