

**Tăng cường chương trình hỗ trợ phụ huynh**  
**Mẫu E: Hồ sơ gia đình**

<b>Ngày hoàn thành/cập nhật lần cuối:</b>	__/__/____
<b>Theo (Tên điều phối viên):</b>	

**Thông tin chi tiết về gia đình:**

	<b>Cha mẹ / Người chăm sóc # 1</b>	<b>Cha mẹ / Người chăm sóc # 2 (nếu có liên quan)</b>
<b>Họ:</b>		
<b>Tên cụ thể:</b>		
<b>Tính nam:</b>	<input type="checkbox"/> Nam giới <input type="checkbox"/> Nữ giới <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Nam giới <input type="checkbox"/> Nữ giới <input type="checkbox"/> Khác
<b>Ngày sinh:</b>	__/__/____	__/__/____
<b>Điện thoại:</b>		
<b>Email:</b>		
<b>Địa chỉ nhà:</b>		
<b>Mối quan hệ với trẻ em:</b>	<input type="checkbox"/> Cha mẹ <input type="checkbox"/> Người giám hộ <input type="checkbox"/> Người chăm sóc <input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Cha mẹ <input type="checkbox"/> Người giám hộ <input type="checkbox"/> Người chăm sóc <input type="checkbox"/> Ông bà <input type="checkbox"/> Khác
<b>Người đó có xác định là thổ dân hoặc người dân đảo Torres Strait không:</b>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>Tình trạng hôn nhân:</b>	<input type="checkbox"/> Đơn <input type="checkbox"/> Đã kết hôn/Defacto	<input type="checkbox"/> Đơn <input type="checkbox"/> Đã kết hôn/Defacto
<b>Nước sinh:</b>		
<b>Ngôn ngữ chính được nói ở nhà:</b>		
<b>Có cần thông dịch viên không?</b>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

**Thông tin chi tiết về trẻ em:**

<b>Tên riêng</b>	<b>Ngày sinh</b>	<b>Loại khuyết tật hoặc chậm phát triển</b>	
	__/__/____	<input type="checkbox"/> Chấn thương não mắc phải <input type="checkbox"/> Rối loạn phổ tự kỷ <input type="checkbox"/> Bại não <input type="checkbox"/> Khiếm thính/Thị lực <input type="checkbox"/> Chậm phát triển <input type="checkbox"/> Hội chứng Down	<input type="checkbox"/> Chấn thương não mắc phải <input type="checkbox"/> Rối loạn phổ tự kỷ <input type="checkbox"/> Bại não <input type="checkbox"/> Khiếm thính/Thị lực <input type="checkbox"/> Chậm phát triển <input type="checkbox"/> Hội chứng Down
	__/__/____	<input type="checkbox"/> Chấn thương não mắc phải <input type="checkbox"/> Rối loạn phổ tự kỷ <input type="checkbox"/> Bại não <input type="checkbox"/> Khiếm thính/Thị lực <input type="checkbox"/> Chậm phát triển <input type="checkbox"/> Hội chứng Down	<input type="checkbox"/> Chấn thương não mắc phải <input type="checkbox"/> Rối loạn phổ tự kỷ <input type="checkbox"/> Bại não <input type="checkbox"/> Khiếm thính/Thị lực <input type="checkbox"/> Chậm phát triển <input type="checkbox"/> Hội chứng Down

**Thông tin chi tiết về trẻ em:**

Tên riêng	Ngày sinh	Loại khuyết tật hoặc chậm phát triển	
	__/__/____	<input type="checkbox"/> Chấn thương não mắc phải <input type="checkbox"/> Rối loạn phổ tự kỷ <input type="checkbox"/> Bại não <input type="checkbox"/> Khiếm thính/Thị lực <input type="checkbox"/> Chậm phát triển <input type="checkbox"/> Hội chứng Down	<input type="checkbox"/> Chấn thương não mắc phải <input type="checkbox"/> Rối loạn phổ tự kỷ <input type="checkbox"/> Bại não <input type="checkbox"/> Khiếm thính/Thị lực <input type="checkbox"/> Chậm phát triển <input type="checkbox"/> Hội chứng Down

**Tham gia SPSP:**

<b>Ngày gia đình bắt đầu với SPSP:</b>	__/__/____	<b>Gia đình có Gói Dịch vụ Gia đình không (Mẫu F)</b>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>Nguồn giới thiệu: (nếu có)</b>	<input type="checkbox"/> Bác sĩ y tế <input type="checkbox"/> MCH <input type="checkbox"/> ACD <input type="checkbox"/> Cơ quan dịch vụ cộng đồng	<input type="checkbox"/> Trường học <input type="checkbox"/> Dịch vụ GDMN <input type="checkbox"/> GP <input type="checkbox"/> Khác _____	

**Ghi chú:**


**Điều khoản về Quyền riêng tư:**

Chương trình Tăng cường Hỗ trợ Phụ huynh (SPSP) được tài trợ bởi Bộ Giáo dục và Đào tạo (Bộ). Thỏa thuận dịch vụ giữa Bộ và nhà cung cấp dịch vụ cung cấp SPSP yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ thu thập thông tin cá nhân và sức khỏe về bạn và con bạn / ren của bạn bằng cách sử dụng biểu mẫu này theo Đạo luật Bảo vệ Dữ liệu và Quyền riêng tư 2014 (Vic).

Thông tin cá nhân và sức khỏe được thu thập để cung cấp các dịch vụ thích hợp nhất cho bạn như một phần của SPSP. Mặc dù một cá nhân có thể chọn cung cấp thông tin cá nhân cho chúng tôi, nhưng việc không làm như vậy có thể ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ như một phần của SPSP.

Tất cả thông tin cá nhân được cung cấp được giữ an toàn và bảo mật. Nó chỉ được tiết lộ cho Điều phối viên SPSP với mục đích lập kế hoạch chương trình để đáp ứng nhu cầu của các gia đình và báo cáo dữ liệu không xác định cho Bộ. Một cá nhân có thể yêu cầu quyền truy cập vào thông tin cá nhân của họ bằng cách liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ bằng cách sử dụng các chi tiết bên dưới.

Để biết thêm thông tin về Chính sách quyền riêng tư của Dịch vụ Gia đình MacKillop, hãy xem: <http://www.mackillop.org.au/privacy-statement> hoặc liên hệ với Cán bộ quyền riêng tư, email: [privacy@mackillop.org.au](mailto:privacy@mackillop.org.au) điện thoại: (03) 9699 9177.