

# **Registo de Crianças Portadoras de Deficiência**

Para crianças e jovens com necessidades especiais por motivo de deficiência ou problema de saúde

## **Pedido de registo**

## **O que é o registo?**

O registo é uma lista de crianças e jovens em Jersey que têm necessidades especiais e deficiências e que usam, ou poderão precisar de vir a usar no futuro, os serviços de organizações de cuidados de saúde, de serviços sociais, de educação ou de voluntariado.

## **Para que serve?**

O registo é um ponto de contacto para fornecer às famílias informações sobre serviços e oportunidades de tomar parte em consultas sobre necessidades especiais e deficiências. As informações do registo irão ajudar-nos a formar uma imagem mais clara das necessidades especiais e deficiências em Jersey, do ponto de vista da família.

## **Quem pode ver as informações contidas no registo?**

O registo é guardado em computador e é gerido e mantido atualizado pelo Coordenador de Informações de Família (*Family Information Coordinator*) do Centro de Desenvolvimento e Terapia Infantil (*Child Development and Therapy Centre*). Apenas partilhamos informações estatísticas (números apenas, sem nomes) com os nossos parceiros noutros departamentos dos Estados para podermos trabalhar em cooperação no planeamento e na prestação de serviços locais às famílias em Jersey.

## **Quem se pode registar?**

Pode registar o seu filho ou um jovem com menos de 18 anos que tenha dificuldades de aprendizagem complexas, necessidades adicionais ou deficiência.

Gostaríamos que os pais, encarregados de educação e cuidadores de todas as crianças e todos os jovens com necessidades especiais ou deficiência registassem a criança ou o jovem, para que possamos planear da melhor forma para o futuro. Ninguém tem de se registar, se não quiser fazê-lo. Trata-se de um registo voluntário, que contém apenas as informações que nos são fornecidas por si - pai / mãe / encarregado de educação / cuidador.

## **O que fazemos com os seus dados?**

Usaremos as informações que nos fornecer para administrar o Registo de Crianças Portadoras de Deficiência de acordo com a Lei de Proteção de Dados Pessoais (Jersey) de 2018 (*Data Protection (Jersey) Law 2018*).

Faremos todos os esforços no sentido de manter as suas informações corretas e atualizadas e de não as conservar por mais tempo do que o necessário.

Poderemos ver-nos impossibilitados de lhe fornecer um serviço se não tivermos informações suficientes ou a sua autorização para as usar. Quando necessário, entraremos em contacto consigo a fim de solicitar a sua autorização para partilhar informações.

Não divulgamos nenhuma informação a ninguém sem a sua autorização, exceto nas poucas situações em que a divulgação é exigida por lei ou em que temos boas razões para acreditar que a não partilha das informações colocaria alguém em risco. Nesses casos, será informado, a menos que haja razões excepcionais para não o fazer.

Não processamos as suas informações no estrangeiro por meio de serviços da Internet que se encontrem fora do Espaço Económico Europeu.

**Quem deve preencher o formulário?**

- O pai, a mãe, o encarregado de educação, o cuidador ou o tutor de uma criança ou um jovem portador de deficiência
- O próprio jovem - quando este estiver para fazer 13 anos, pediremos a sua autorização para entrar ou permanecer no registo.

**O que acontece a seguir?**

Por favor envie o seu formulário, devidamente preenchido e assinado, por correio para:

Family Information Service  
Child Development and Therapy Centre  
Overdale Campus  
Westmount Road  
St Helier  
JE2 3UJ

Ou por email para: [familyinformation@health.gov.je](mailto:familyinformation@health.gov.je)

Por favor responda a TODAS as perguntas que se seguem sobre a criança ou jovem que está a registar.

Nome da criança ou do jovem	
Nome próprio	
Outros nomes próprios	
Apelido	
Morada e dados de contacto da criança ou do jovem	
1ª linha da morada	
2ª linha da morada	
Freguesia	
Código Postal	
Telefone	
Endereço de email	
Educação	
Infantário / Escola / Estabelecimento de ensino que frequenta atualmente	<p>Nome: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recebe educação fora da escola      <input type="checkbox"/> Não frequenta o ensino, não está empregado nem em formação</p> <p>O seu filho tem registo de necessidades?      Sim <input type="checkbox"/>      Não <input type="checkbox"/></p>

Dados pessoais da criança	
Data de nascimento	
Língua materna	
Grupo cultural e étnico <i>(Assinale todas as opções que se aplicam)</i>	
<input type="checkbox"/> Jersey <input type="checkbox"/> Britânico <input type="checkbox"/> Irlandês <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Português, incluindo da Madeira <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Do Bangladesh	<input type="checkbox"/> Caribenho <input type="checkbox"/> Chinês <input type="checkbox"/> Indiano <input type="checkbox"/> Paquistanês <input type="checkbox"/> Tailandês <input type="checkbox"/> Outro <i>Por favor especifique</i> _____ <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer

Serviços		
<p><b>O seu filho acedeu a algum dos seguintes serviços durante o último ano?</b> (Por favor assinale todas as opções que se aplicam)</p>	<input type="checkbox"/> Pathway - <i>Preparing for Adulthood</i> (Preparação para a idade adulta) <input type="checkbox"/> Assistência Social Infantil <input type="checkbox"/> Terapia da fala <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Psicólogo escolar <input type="checkbox"/> CAMHS <input type="checkbox"/> SEMHIT (Equipa de inclusão para a saúde social, emocional e mental)	<input type="checkbox"/> Enfermeira infantil da comunidade (FNHC) <input type="checkbox"/> Minipausas diurnas <input type="checkbox"/> Minipausas noturnas <input type="checkbox"/> Avaliação de ajuda precoce <input type="checkbox"/> Técnico de apoio familiar <input type="checkbox"/> Nenhum destes <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer

Que tipo de necessidades especiais ou deficiência tem o seu filho?		
<p><b>Principal necessidade</b> (Assinale apenas uma caixa)</p>	<input type="checkbox"/> Dificuldades de aprendizagem específicas <input type="checkbox"/> Dificuldades de aprendizagem moderadas <input type="checkbox"/> Dificuldades de aprendizagem graves <input type="checkbox"/> Dificuldades de aprendizagem profundas e múltiplas <input type="checkbox"/> Saúde social, emocional e mental <input type="checkbox"/> Necessidades de fala e comunicação	<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Dificuldades multissensoriais <input type="checkbox"/> Deficiência física e problema de saúde <input type="checkbox"/> Transtorno do espectro autista <input type="checkbox"/> Outra (é favor especificar) .....
<p><b>Outras necessidades</b> (Por favor assinale todas as outras opções que se aplicam)</p>	<input type="checkbox"/> Dificuldade de aprendizagem específica <input type="checkbox"/> Dificuldades de aprendizagem moderadas <input type="checkbox"/> Dificuldades de aprendizagem graves <input type="checkbox"/> Dificuldades de aprendizagem profundas e múltiplas <input type="checkbox"/> Saúde social, emocional e mental <input type="checkbox"/> Necessidades de fala, língua e comunicação	<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Dificuldades multissensoriais <input type="checkbox"/> Deficiência física e problema de saúde <input type="checkbox"/> Transtorno do espectro autista <input type="checkbox"/> Outra (é favor especificar) .....

Equipamento	
<p><b>O seu filho usa equipamento para alguma das atividades a seguir referidas?</b> (Por favor assinale todas as opções que se aplicam)</p>	<input type="checkbox"/> Comunicação (por exemplo, linguagem gestual / imagens / iPad) <input type="checkbox"/> Equipamento informático (por exemplo, teclado especial / programas ativados por voz) <input type="checkbox"/> Comer e beber (por exemplo, tubo gástrico / espessante / utensílios especiais) <input type="checkbox"/> Adaptações no lar (por exemplo, rampa / elevador / cabine de chuveiro aberta) <input type="checkbox"/> Médico (por exemplo, sucção / ventilador) <input type="checkbox"/> Mobilidade (por exemplo, andarilho / cadeira de rodas / carrinho especial) <input type="checkbox"/> Cuidados pessoais (por exemplo, com necessidades fisiológicas / banho) <input type="checkbox"/> Lúdico, didático e de desenvolvimento (por exemplo, brinquedos adaptados) <input type="checkbox"/> Cuidados de postura (por exemplo, assento estático / estrutura de pé / sistema de sono) <input type="checkbox"/> Transporte (por exemplo, veículo adaptado) <input type="checkbox"/> Outro (é favor especificar) .....

Diagnóstico médico (Por favor assinale todas as opções que se aplicam)	
<input type="checkbox"/> Sem diagnóstico formal <input type="checkbox"/> A aguardar diagnóstico <input type="checkbox"/> Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) <input type="checkbox"/> Perturbação do espectro do autismo <input type="checkbox"/> Lesão cerebral adquirida <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral <input type="checkbox"/> Fadiga crónica / Distúrbio doloroso <input type="checkbox"/> Tumor do sistema nervoso central <input type="checkbox"/> Transtorno de comunicação complexo <input type="checkbox"/> Displasia congénita <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo congénito <input type="checkbox"/> Infeção congénita <input type="checkbox"/> Distrofia muscular congénita <input type="checkbox"/> Transtorno de coordenação do desenvolvimento <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Transtorno do espectro alcoólico fetal <input type="checkbox"/> Distúrbio / Síndrome genético <input type="checkbox"/> Atraso no desenvolvimento global <input type="checkbox"/> Distúrbio de crescimento <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Dificuldades de aprendizagem / intelectuais <input type="checkbox"/> Perturbação metabólica <input type="checkbox"/> Doença / perturbação mitocondrial <input type="checkbox"/> Problema neuromuscular <input type="checkbox"/> Obesidade profunda <input type="checkbox"/> Distúrbio do controlo respiratório <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa grave <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Outra (é favor especificar) ..... .....

