



Rejestr dzieci niepełnosprawnych

Dla dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami
wynikającymi z niepełnosprawności lub stanu zdrowia

Wniosek o rejestrację

Czym jest rejestr?

Rejestr to lista dzieci i młodych osób w Baliwacie Jersey, które mają specjalne potrzeby oraz niepełnosprawności i które korzystają, albo w pewnym momencie będą musiały zacząć korzystać, z usług świadczonych przez służbę zdrowia, służby socjalne, wydział edukacji lub organizacje wolontariackie.

Do czego służy?

Rejestr stanowi punkt kontaktowy do zapewniania rodzinom informacji o dostępnych usługach oraz możliwościach uczestniczenia w konsultacjach w zakresie potrzeb specjalnych i niepełnosprawności. Informacje w rejestrze pomogą nam uzyskać szerszy obraz potrzeb specjalnych i niepełnosprawności w Baliwacie Jersey z perspektywy rodzin.

Kto ma dostęp do informacji w rejestrze?

Rejestr jest przechowywany na komputerze i aktualizowany przez koordynatora ds. informacji dotyczących rodzin (Family Information Coordinator) w ośrodku Child Development and Therapy Centre. Udostępniamy wyłącznie informacje statystyczne (tylko dane liczbowe, żadnych nazwisk) naszym partnerom w innych departamentach Baliwatu, żebyśmy mogli wspólnie pracować przy planowaniu oraz świadczeniu lokalnych usług dla rodzin w Jersey.

Kto może dokonać rejestracji?

Mogą Państwo zarejestrować swoje dziecko poniżej 18. roku życia, które ma złożoną niepełnosprawność intelektualną, dodatkowe potrzeby lub niepełnosprawność fizyczną.

Chcielibyśmy, aby rodzice i opiekunowie wszystkich dzieci i młodych osób, które są niepełnosprawne i mają specjalne potrzeby, zarejestrowali swoje dziecko, żebyśmy mogli przygotować jak najlepsze plany na przyszłość. Nikt nie musi dokonywać rejestracji, jeśli nie chce. Jest to dobrowolny rejestr, który zawiera wyłącznie informacje podane przez rodziców lub opiekunów.

Co się dzieje z danymi osobowymi?

Uzyskane informacje będziemy wykorzystywać do prowadzenia rejestru Children's Disability Register zgodnie z przepisami Data Protection (Jersey) Law 2018.

Staramy się, aby przechowywane dane były dokładne i aktualne. Nie przechowujemy ich dłużej niż to konieczne.

Być może nie będziemy mogli zapewnić naszych usług danej osobie, o ile nie uzyskamy od niej wystarczających informacji albo zgody na wykorzystanie tych informacji. W stosownych przypadkach będziemy się kontaktować z Państwem w celu uzyskania zgody na udostępnienie informacji.

Bez zgody zainteresowanych osób nie będziemy nikomu ujawniać żadnych danych z wyjątkiem nielicznych sytuacji przewidzianych w prawie lub jeśli będziemy mieli wiarygodne

podstawy, aby przypuszczać, że niedostępność tych informacji może narazić kogoś na ryzyko. Poinformujemy o tym zainteresowaną osobę, chyba że będą istniały wyjątkowe powody, aby tego nie robić.

Nie przetwarzamy uzyskanych informacji przy użyciu usług internetowych świadczonych poza granicami Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EEA).

Kto powinien wypełnić formularz?

- Rodzic, opiekun lub kurator niepełnosprawnego dziecka lub młodej osoby
- Młoda osoba we własnym imieniu – gdy młoda osoba kończy 13 lat, prosimy ją o zgodę na wpisanie do rejestru lub pozostanie w nim

Co dalej?

Prosimy podpisać i zwrócić wypełniony formularz na adres pocztowy:

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

Lub wysłać go pocztą e-mail: familyinformation@health.gov.je

Prosimy odpowiedzieć na WSZYSTKIE pytania dotyczące rejestrowanego dziecka lub młodej osoby.

Nazwisko dziecka lub młodej osoby	
Imię	
Drugie imię	
Nazwisko	
Adres domowy i dane kontaktowe dziecka lub młodej osoby	
1. wiersz adresu	
2. wiersz adresu	
Gmina	
Kod pocztowy	
Telefon	
Adres e-mail	
Edukacja	
Aktualne przedszkole / szkoła / college	Nazwa: _____ <input type="checkbox"/> Edukacja poza-szkolna <input type="checkbox"/> Nie uczy się, nie pracuje ani nie zdobywa zawodu Czy dziecko ma rejestr potrzeb (Record of Need)? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Dane osobowe dziecka	
Data urodzenia	
Pierwszy język	
Grupa kulturowa i etniczna (zaznaczyć wszystkie stosowne)	
<input type="checkbox"/> Jerseyczyk <input type="checkbox"/> Brytyjczyk <input type="checkbox"/> Irlandczyk <input type="checkbox"/> Polak <input type="checkbox"/> Portugalczyk lub Maderczyk <input type="checkbox"/> Afrykanin <input type="checkbox"/> Banglijczyk	<input type="checkbox"/> Karaib <input type="checkbox"/> Chińczyk <input type="checkbox"/> Indus <input type="checkbox"/> Pakistańczyk <input type="checkbox"/> Taj <input type="checkbox"/> Inny <i>Prosimy określić</i> _____ <input type="checkbox"/> Wolę nie mówić

Usługi		
<p>Czy Państwa dziecko korzystało z którejś z poniższych usług w ostatnim roku? (Prosimy zaznaczyć wszystkie stosowne pola)</p>	<input type="checkbox"/> Przygotowanie do dorosłości Pathway <input type="checkbox"/> Opieka społeczna ds. dzieci <input type="checkbox"/> Terapia logopedyczna <input type="checkbox"/> Terapia zajęciowa <input type="checkbox"/> Fizjoterapia <input type="checkbox"/> Psychol edukacyjny <input type="checkbox"/> CAMHS <input type="checkbox"/> SEMHIT (Social Emotional & Mental Health Inclusion Team)	<input type="checkbox"/> Children's Community Nurse (FNHC) <input type="checkbox"/> Krótkie przerwy dzienne <input type="checkbox"/> Krótkie przerwy z noclegiem <input type="checkbox"/> Early Help Assessment <input type="checkbox"/> Pracownik wsparcia rodziny <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych <input type="checkbox"/> Wolę nie mówić

Jakiego typu niepełnosprawność lub potrzeby specjalne ma Państwa dziecko?		
<p>Główna potrzeba (Zaznaczyć tylko jedno pole)</p>	<input type="checkbox"/> Konkretna niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/> Umiarkowana niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/> Poważna niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/> Głęboka i wieloraka niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/> Zdrowie socjalne, emocjonalne i psychiczne <input type="checkbox"/> Potrzeby w zakresie logopedii	<input type="checkbox"/> Upośledzenie słuchu <input type="checkbox"/> Upośledzenie wzroku <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność fizyczna i stan zdrowia <input type="checkbox"/> Spektrum autystyczne <input type="checkbox"/> Inne (prosimy określić)
<p>Inne potrzeby (Prosimy zaznaczyć wszystkie pozostałe stosowne pola)</p>	<input type="checkbox"/> Konkretna niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/> Umiarkowana niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/> Poważna niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/> Głęboka i wieloraka niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/> Zdrowie socjalne, emocjonalne i psychiczne <input type="checkbox"/> Potrzeby w zakresie logopedii	<input type="checkbox"/> Upośledzenie słuchu <input type="checkbox"/> Upośledzenie wzroku <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność fizyczna i stan zdrowia <input type="checkbox"/> Spektrum autystyczne <input type="checkbox"/> Inne (prosimy określić)

Wyposażenie

Czy dziecko korzysta z wyposażenia do którychś z poniższych czynności?

(Prosimy zaznaczyć wszystkie stosowne pola)

- Komunikacja (np. znaki / obrazki / iPad)
- Sprzęt komputerowy (np. specjalna klawiatura / programy aktywowane głosem)
- Jedzenie i picie (np. PEG / zagęszczacz / specjalne przybory)
- Modyfikacje w domu (np. rampa / winda / prysznic dla niepełnosprawnych)
- Sprzęt medyczny (np. odsysacz / respirator)
- Sprzęt do poruszania się (np. balkonik / wózek inwalidzki / wózek specjalistyczny)
- Sprzęt do higieny osobistej (np. toaleta / wanna)
- Zabawa, nauka i rozwój (np. zabawki z włącznikami)
- Wady postawy (np. siedzenie statyczne / pionizator / system do spania)
- Transport (np. przystosowany pojazd)
- Inne (proszę określić)

Diagnoza medyczna *(Prosimy zaznaczyć wszystkie stosowne pola)*

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nie ma formalnej diagnozy <input type="checkbox"/> Czekamy na diagnozę <input type="checkbox"/> Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) <input type="checkbox"/> Spektrum autystyczne <input type="checkbox"/> Nabyte obrażenia mózgu <input type="checkbox"/> Porażenie mózgowie <input type="checkbox"/> Chroniczne zmęczenie / chroniczny ból <input type="checkbox"/> Guz w ośrodkowym układzie nerwowym <input type="checkbox"/> Złożone zaburzenia komunikacji <input type="checkbox"/> Wrodzona dysplazja <input type="checkbox"/> Wrodzona niedoczynność tarczycy <input type="checkbox"/> Wrodzone zakażenie <input type="checkbox"/> Wrodzona dystrofia mięśniowa <input type="checkbox"/> Zaburzenia rozwoju koordynacji <input type="checkbox"/> Zespół Downa <input type="checkbox"/> Epilepsja | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alkoholowy zespół płodowy <input type="checkbox"/> Choroby/zespoły genetyczne <input type="checkbox"/> Ogólne opóźnienie rozwojowe <input type="checkbox"/> Zaburzenia wzrostu <input type="checkbox"/> Upośledzenie słuchu <input type="checkbox"/> Wodogłowie <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/> Zaburzenia metaboliczne <input type="checkbox"/> Choroba / zespół mitochondrialny <input type="checkbox"/> Choroba nerwowo-mięśniowa <input type="checkbox"/> Poważna otyłość <input type="checkbox"/> Zaburzenia oddechowe <input type="checkbox"/> Poważny jadłowstręt psychiczny <input type="checkbox"/> Upośledzenie wzroku <input type="checkbox"/> Inne (proszę określić) |
|---|---|

Dane opiekuna	
Nazwisko 1. opiekuna	
1. wiersz adresu	
2. wiersz adresu	
Gmina	
Kod pocztowy	
Związek z dzieckiem <i>(Zaznaczyć tylko jedno pole)</i>	<input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Kierownik domu dziecka <input type="checkbox"/> Opiekun zastępczy <input type="checkbox"/> Spokrewniony opiekun (np. ciocia, dziadek, przyjaciel rodziny)
Telefon	
E-mail	
Typ informacji, jakie możemy Państwu wysłać <i>(Zaznaczyć wszystkie stosowne)</i>	<input type="checkbox"/> Biuletyn <input type="checkbox"/> Możliwości uczestniczenia w konsultacjach w zakresie potrzeb specjalnych i niepełnosprawności
<i>(Zaznaczyć preferowany sposób)</i>	<input type="checkbox"/> Poczta e-mail <input type="checkbox"/> Przesyłka pocztowa
Nazwisko 2. opiekuna	
1. wiersz adresu	
2. wiersz adresu	
Gmina	
Kod pocztowy	
Związek z dzieckiem <i>(Zaznaczyć tylko jedno pole)</i>	<input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Kierownik domu dziecka <input type="checkbox"/> Opiekun zastępczy <input type="checkbox"/> Spokrewniony opiekun (np. ciocia, dziadek, przyjaciel rodziny)
Telefon	
E-mail	
Typ informacji, jakie możemy Państwu wysłać <i>(Zaznaczyć wszystkie stosowne)</i>	<input type="checkbox"/> Biuletyn <input type="checkbox"/> Możliwości uczestniczenia w konsultacjach w zakresie potrzeb specjalnych i niepełnosprawności
<i>(Zaznaczyć preferowany sposób)</i>	<input type="checkbox"/> Poczta e-mail <input type="checkbox"/> Przesyłka pocztowa
Zgoda dziecka / osoby małoletniej	
Podpis młodej osoby w wieku 13 lat i starszej <i>(w miarę możliwości)</i>	
Data	