



Healthcare Identifiers Service Individual Healthcare Identifier के लिए अनुरोध करें या Individual Healthcare Identifier रिकार्ड (MS003) में संशोधन करें

इस फ़ॉर्म का प्रयोग कब करें

इस फ़ॉर्म का उपयोग करें यदि आप (या 14 वर्ष से कम आयु के आश्रित बच्चे (बच्चों) जिनके लिए आप माता-पिता के रूप में जिम्मेदार हैं) को Individual Healthcare Identifier (IHI) लेने की आवश्यकता है और:

- Medicare के लिए पात्र नहीं हैं, या
- आप Department of Veterans' Affairs (DVA) से पेंशन या लाभ प्राप्त करने के पात्र नहीं हैं।

आप इस फ़ॉर्म का उपयोग अपने (या अपने आश्रित बच्चे के) व्यक्तिगत विवरण में संशोधन करने के लिए भी कर सकते हैं, जहाँ आपके पास मौजूदा IHI है और आप उपरोक्त श्रेणियों में से एक हैं।

14 वर्ष और उससे अधिक आयु के व्यक्ति इस फ़ॉर्म का उपयोग करके अपने स्वयं के लिए IHI का अनुरोध कर सकते हैं।

आवेदन करते समय आपको ऑस्ट्रेलिया में होना चाहिए।

महत्वपूर्ण सूचना

आपको अपने आवेदन के परिणाम की जानकारी देने के लिए एक पत्र प्राप्त होगा।

Healthcare Identifiers (HI) Service

HI Service सेवा व्यक्तियों और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के लिए आइडेंटिफ़ायर्स का सुसंगत सेट प्रदान करती है। हेल्थकेयर आइडेंटिफ़ायर उपचार किए जा रहे व्यक्ति को सही रिकॉर्ड से मिलान करने का एक तरीका उपलब्ध कराते हैं। स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के बीच स्वास्थ्य जानकारी साझा किए जाने पर इससे बेहतर रूप से सत्यापन हो पाता है।

यह *Healthcare Identifiers Act 2010* www.legislation.gov.au पर उपलब्ध है।

Individual healthcare identifiers (IHI)

IHI ऑस्ट्रेलिया में स्वास्थ्य संबंधी उद्देश्यों के लिए किसी व्यक्ति की पहचान करने के लिए उपयोग की जाने वाली एक विशिष्ट 16 अंकों की संख्या है। पहचानकर्ता से कोई नैदानिक जानकारी जुड़ी नहीं होती है। स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करने के लिए आपको अपने IHI को याद रखने की आवश्यकता नहीं है। यदि 14 वर्ष से कम आयु के व्यक्ति के लिए IHI का अनुरोध किया जा रहा है, तो इसे माता-पिता या अभिभावक के पते का उपयोग करके बनाया जाएगा।

My Health Record

My Health Record किसी व्यक्ति की स्वास्थ्य जानकारी का ऑनलाइन सारांश है। इसे किसी भी समय व्यक्ति-विशेष और उनके स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा देखा जा सकता है।

आप My Health Record प्राप्त कर सकते हैं:

- अपना HI प्राप्त करने के बाद, अपने लिए, या
- 14 वर्ष से कम उम्र के बच्चे के लिए, जब आप उनका IHI प्राप्त कर लेते हैं।

My Health Record के बारे में अधिक जानकारी के लिए, digitalhealth.gov.au पर जाएँ।

पहचान का सबूत

IHI के लिए आवेदन करने वाले या अपने व्यक्तिगत विवरण में संशोधन करने के लिए आवेदन करने वाले प्रत्येक व्यक्ति के लिए आपको प्राथमिक समूह से 1 प्रमाणित दस्तावेज़ या सहायक समूह से 2 प्रमाणित दस्तावेज़ प्रदान करने होंगे। इन दस्तावेज़ों में नाम समान होने चाहिए। प्रदान किए गए दस्तावेज़ आवेदन के समय चालू होने चाहिए।

यदि आप इन दस्तावेज़ों को संलग्न कर रहे हैं, तो प्रदान की गई प्रतियाँ प्रमाणित होनी चाहिए। दस्तावेज़ों को प्रमाणित करने के बारे में जानकारी के लिए, servicesaustralia.gov.au/hi पर जाएँ।

प्राथमिक समूह

- ऑस्ट्रेलियाई पासपोर्ट
- विदेशी पासपोर्ट या यात्रा दस्तावेज़ जिसमें एक वैध ऑस्ट्रेलियाई वीज़ा है
- ऑस्ट्रेलियाई ड्राइवर लाइसेंस
- राष्ट्रमंडल, राज्य या राज्य क्षेत्र (टेरेटरी) सरकार द्वारा जारी किया गया फोटो पहचान पत्र
- ऑस्ट्रेलियाई जन्म प्रमाण पत्र

सहायक समूह

- Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) द्वारा जारी किया गया संयुक्त राष्ट्र प्रसंविदा यात्रा दस्तावेज़
- विदेशी सरकार द्वारा जारी किए गए दस्तावेज़ (उदाहरण के लिए, ड्राइवर लाइसेंस)
- ऑस्ट्रेलिया द्वारा जारी किया गया सुरक्षा गार्ड/भीड़ नियंत्रण फोटो लाइसेंस
- DFAT द्वारा जारी राजनयिक फोटो पहचान पत्र
- ऑस्ट्रेलियाई तृतीयक छात्र फोटो पहचान दस्तावेज़
- ऑस्ट्रेलियाई माध्यमिक छात्र फोटो पहचान दस्तावेज़
- किसी ऑस्ट्रेलियाई विश्वविद्यालय से प्रमाणित शैक्षणिक प्रतिलिपि
- ऑस्ट्रेलियाई बैंक या वित्तीय संस्थान का कार्ड

यदि आपको अपने, या अपने बच्चे के व्यक्तिगत विवरण (संपर्क विवरण के अलावा, उदाहरण के लिए, पता या फ़ोन नंबर) में संशोधन करने की आवश्यकता है, तो आपको निम्नलिखित प्रमाणित दस्तावेज़ों में से 1 प्रदान करना होगा जो यह प्रमाण प्रदान करता है:

- नाम परिवर्तन प्रमाण पत्र
- विवाह का प्रमाणपत्र
- किसी पंजीकृत चिकित्सक या पंजीकृत मनोवैज्ञानिक का बयान जो उनके लिंग को निर्दिष्ट करता है
- ऑस्ट्रेलियाई पासपोर्ट
- वैध ऑस्ट्रेलियाई वीज़ा के साथ विदेशी पासपोर्ट या यात्रा दस्तावेज़
- राज्य या टेरेटरी का जन्म प्रमाण पत्र जो उनके लिंग को निर्दिष्ट करता है
- किसी राज्य या टेरेटरी के Births, Deaths and Marriages रजिस्ट्रार से कोई भी दस्तावेज़ जो लिंग और/या लिंग परिवर्तन को पहचानता है। उदाहरण के लिए, Gender Recognition Certificate या Recognised Details Certificate।

For more information

You can:

- go to servicesaustralia.gov.au/ihl
 - email healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au
- There may be risks with sending personal information through unsecured networks or email channels.
- call **1300 361 457** for help or to ask for a free interpreter service. Monday to Friday, 8:30 am to 5 pm, Australian Eastern Standard Time.
- Call charges may apply.

Filling in this form

You can complete this form on your computer, print and sign it.

If you have a printed form:

- Use black or blue pen.
- Print in BLOCK LETTERS.
- Where you see a box like this **Go to 1** skip to the question number shown.

Applicant's details

1 Dr Mr Mrs Miss Ms Other

Family name

First given name

Second given name

2 Your date of birth (DD MM YYYY)

3 Individual Healthcare Identifier (if applicable)

4 Your gender

Male

Female

5 Your residential address in Australia

Postcode

Your postal address in Australia (if different to above)

Postcode

Your previous residential address in the last 3 years

Postcode

6 Daytime phone number (including area code)

Mobile phone number

Email

7 I would like to:

Tick one only

- get** an IHI for myself **Go to 11**
- get** an IHI for a dependent child
younger than 14 years of age **Go to 8**
- amend** my personal details for an existing IHI **Go to 10**
- amend** personal details for an existing IHI
connected to a child younger than
14 years of age **Go to 9**

Use separate forms if you need to select more than one option.



MCA0MS003 2304

Request an IHI for a dependent child

- 8 Do you have parental responsibility for this child(ren)?
- No ▶ As you do not have parental responsibility for the child(ren), you cannot request an IHI for them.
- Yes ▶ Give details

Child 1 details

Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>

Child 2 details

Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>

If you would like to request an IHI for more than 2 dependent children, provide a separate form.

▶ **Go to 11**

Request to amend personal details associated with your or your dependent child's IHI

Use separate forms if you need to amend personal details connected to more than one person.

9 Existing personal details

Dr <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/>	
Family name	<input type="text"/>
First given name	<input type="text"/>
Second given name	<input type="text"/>
Date of birth (DD MM YYYY)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
Your residential address in Australia	<input type="text"/> <hr/> <input type="text"/> Postcode
Your postal address in Australia (if different to above)	<input type="text"/> <hr/> <input type="text"/> Postcode
Daytime phone number (including area code)	<input type="text"/>
Mobile phone number	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

▶ **Go to next question**

10 New personal details (only provide details that have changed)

Dr <input type="checkbox"/>	Mr <input type="checkbox"/>	Mrs <input type="checkbox"/>	Miss <input type="checkbox"/>	Ms <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>
Family name					
<input type="text"/>					
First given name					
<input type="text"/>					
Second given name					
<input type="text"/>					
Date of birth (DD MM YYYY)					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>			
Your residential address in Australia					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
Postcode					
<input type="text"/>					
Your postal address in Australia (if different to above)					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
Postcode					
<input type="text"/>					
Daytime phone number (including area code)					
<input type="text"/>					
Mobile phone number					
<input type="text"/>					
Email					
<input type="text"/>					

► Go to next question

गोपनीयता सूचना

11 आपकी व्यक्तिगत जानकारी कानून द्वारा संरक्षित है, जिसमें *Privacy Act 1988* और *Healthcare Identifiers Act 2010* शामिल हैं, और इसे Services Australia और Healthcare Identifiers Service के सेवा संचालकों द्वारा Healthcare Identifiers Service के संचालन से संबंधित उद्देश्यों के लिए लिया जाता है। आपके आवेदन को संसाधित करने के लिए इस जानकारी का लिया जाना आवश्यक है।

आपकी जानकारी का उपयोग हमारे द्वारा किया जा सकता है, या अन्य पार्टियों को दिया जा सकता है जहाँ आप इसके लिए सहमत हैं, या जहाँ यह आवश्यक है या कानून द्वारा अधिकृत है (अनुसंधान या जाँच करने के उद्देश्य सहित)।

आप servicesaustralia.gov.au/privacy पर इस बारे में अधिक जानकारी प्राप्त कर सकते हैं कि Services Australia आपकी गोपनीयता नीति सहित आपकी व्यक्तिगत जानकारी का प्रबंधन कैसे करेगा।

आवेदक की घोषणा

12 मैं घोषणा करता/ती हूँ कि:

- मैंने इस आवेदन का समर्थन करने के लिए पहचान दस्तावेज़ (दस्तावेज़ों) की प्रमाणित प्रतियाँ प्रदान की हैं।
- मेरे ऊपर 14 वर्ष से कम उम्र के बच्चे(बच्चों) के लिए माता-पिता के रूप में जिम्मेदारी है जिसे/जिन्हें मैंने इस फॉर्म में शामिल किया है।
- मेरे द्वारा इस फॉर्म में दी गई जानकारी पूर्ण और सही है।

मैं समझता/ती हूँ कि:

- मैं इस फॉर्म में अनुरोध किए गए या अपडेट किए गए Individual Healthcare Identifier के साथ Medicare या दवाईयों के लाभों का दावा करने का/की हकदार नहीं हूँ।
- गलत या भ्रामक जानकारी देना एक गंभीर अपराध है।

आवेदक के हस्ताक्षर

तिथि (दि.म.व.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

इस फॉर्म को वापस करना

इस फॉर्म तथा अन्य किसी भी सहायक दस्तावेज़ को निम्नलिखित द्वारा वापस करें:

- **ईमेल** करें healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au असुरक्षित नेटवर्क या ईमेल चैनलों के माध्यम से व्यक्तिगत जानकारी भेजने में खतरा हो सकता है।
- डाक द्वारा भेजें
Services Australia
eBusiness Service Centre
PO Box 9822
BRISBANE QLD 4000