



Healthcare Identifiers Service Memohon Individual Healthcare Identifier, atau meminda rekod Individual Healthcare Identifier (MS003)

Bila borang ini patut digunakan

Gunakan borang ini jika anda (atau anak tanggungan kurang 14 tahun yang anda bertanggungjawab sebagai ibu bapa) perlu mendapatkan Individual Healthcare Identifier (IHI) dan:

- tidak layak untuk Medicare, atau
- anda tidak layak mendapat pencen atau manfaat daripada Department of Veterans' Affairs (DVA).

Borang ini juga boleh digunakan untuk meminda butir-butir peribadi anda (atau anak tanggungan anda) jika sudah ada IHI dan termasuk dalam salah satu kategori di atas.

Mereka yang berumur 14 tahun ke atas boleh memohon IHI sendiri menggunakan borang ini.

Anda mesti berada di Australia semasa memohon.

Penerangan penting

Anda akan menerima surat yang memaklumkan hasil permohonan anda.

Healthcare Identifiers (HI) Service

HI Service menyediakan sekumpulan nombor pengenalan yang konsisten bagi individu dan penyedia perkhidmatan kesihatan. Dengan nombor pengenalan kesihatan, rekod yang betul dapat dipadankan dengan orang yang sedang dirawat. Cara ini meningkatkan ketepatan apabila maklumat kesihatan dikongsi di kalangan penyedia perkhidmatan kesihatan.

Healthcare Identifiers Act 2010 dapat dirujuk di www.legislation.gov.au

Individual healthcare identifiers (IHI)

IHI adalah nombor unik 16 angka yang digunakan sebagai pengenalan diri untuk urusan rawatan kesihatan Australia.

Tiada maklumat klinikal dikaitkan dengan nombor pengenalan itu. Anda tidak perlu ingat nombor IHI untuk mendapat rawatan kesihatan.

Jika dipohon untuk anak berumur kurang 14 tahun, IHI akan dibuat menggunakan alamat ibu bapa atau penjaga.

My Health Record

My Health Record adalah ringkasan maklumat kesihatan anda dalam talian. Rekod ini dapat diakses setiap waktu oleh anda dan pihak penyedia khidmat kesihatan anda.

Anda boleh mendapatkan My Health Record:

- untuk diri sendiri, setelah mendapat nombor IHI, atau
- untuk anak berumur kurang 14 tahun, setelah mereka mendapat nombor IHI.

Untuk penerangan lanjut tentang My Health Record, layari digitalhealth.gov.au

Bukti pengenalan

Anda mesti kemukakan **1** dokumen yang diperakui dalam Kumpulan Utama atau **2** dokumen diperakui dalam Kumpulan Kedua bagi setiap orang yang memohon IHI atau mahu meminda butir-butir peribadi. Nama dalam dokumen-dokumen tersebut mestilah sama. Dokumen yang dikemukakan mestilah sah pada waktu permohonan.

Jika melampirkan dokumen-dokumen tersebut, gunakan salinan yang diperakui (certified). Untuk mengetahui cara mendapatkan perakuan dokumen, layari www.servicesaustralia.gov.au/hi

Kumpulan utama

- pasport Australia
- pasport atau dokumen perjalanan asing berserta visa Australia yang sah
- lesen memandu Australia
- kad pengenalan berfoto yang dikeluarkan oleh kerajaan Persekutuan, negeri atau wilayah Australia
- perakuan kelahiran Australia

Kumpulan kedua

- dokumen perjalanan konvensyen PBB yang dikeluarkan oleh Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT)
- dokumen yang dikeluarkan kerajaan asing (misalnya, lesen memandu)
- permit berfoto dikeluarkan oleh pegawai keselamatan/kawalan keramaian Australia
- kad pengenalan berfoto pejabat konsul yang dikeluarkan DFAT
- dokumen pengenalan berfoto pelajar pendidikan tinggi Australia
- dokumen pengenalan berfoto pelajar sekolah menengah Australia
- transkrip akademik diperakui daripada universiti Australia
- kad bank atau institusi kewangan Australia

Jika perlu meminda butir-butir peribadi anda atau anak anda (selain butir-butir kontak seperti alamat atau nombor telefon), anda juga mesti mengemukakan satu dokumen diperakui berikut:

- perakuan perubahan nama
- perakuan perkahwinan
- kenyataan daripada pengamal perubatan berdaftar atau ahli psikologi berdaftar yang menyatakan jantina
- pasport Australia
- pasport atau dokumen perjalanan asing berserta visa Australia yang sah
- perakuan kelahiran negeri atau wilayah yang menyatakan jantina
- apa-apa dokumen daripada pendaftar Births, Deaths and Marriages negeri atau wilayah yang mengiktiraf perubahan jantina. Contohnya, Gender Recognition Certificate atau 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)

 8 0 0 3 6 0

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**

Notis privasi

11 Maklumat peribadi anda dilindungi oleh undang-undang, termasuk *Privacy Act 1988* dan *Healthcare Identifiers Act 2010*. Maklumat dipungut oleh Services Australia serta pengendali perkhidmatan Healthcare Identifiers Service bagi menguruskan Healthcare Identifiers Service. Pemungutan maklumat ini diwajibkan bagi memproses permohonan anda.

Maklumat anda boleh digunakan oleh kami, atau diberikan kepada pihak lain jika anda bersetuju, atau jika diwajibkan atau dibenarkan oleh undang-undang (termasuk untuk penyelidikan atau siasatan).

Untuk penerangan lanjut tentang cara Services Australia akan menguruskan maklumat peribadi anda, termasuk dasar privasi kami, layari **servicesaustralia.gov.au/privacy**

Perisytiharan pemohon

12 Saya mengisytiharkan bahawa:

- saya telah mengemukakan salinan dokumen pengenalan diri yang diperakui, bagi menyokong permohonan ini.
- saya bertanggungjawab sebagai ibu bapa atas kanak-kanak berumur kurang 14 tahun yang saya nyatakan dalam borang ini.
- maklumat yang saya berikan dalam borang ini adalah lengkap dan betul.

Saya faham bahawa:

- saya tidak berhak untuk menuntut Medicare atau manfaat farmaseutikal dengan Individual Healthcare Identifier yang dipohon atau dikemas kini dalam borang ini.
- memberi maklumat palsu atau mengelirukan adalah satu kesalahan yang serius.

Tandatangan pemohon



Tarikh (HH BB TTTT)

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

Mengembalikan borang ini

Kembalikan borang ini berserta dokumen sokongan melalui:

- **e-mel** kepada **healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au**
Mungkin terdapat risiko jika maklumat peribadi dikirimkan melalui rangkaian atau saluran e-mel yang tidak terjamin.
- **pos** kepada
Services Australia
eBusiness Service Centre
PO Box 9822
BRISBANE QLD 4000