



Healthcare Identifiers Service

Meminta catatan Individual Healthcare Identifier atau mengubah Individual Healthcare Identifier (MS003)

Kapan menggunakan formulir ini

Gunakan formulir ini jika Anda (atau anak berusia kurang dari 14 tahun yang menjadi tanggung jawab sebagai orang tua) perlu mendapatkan Individual Healthcare Identifier (IHI) dan:

- tidak memenuhi syarat untuk Medicare, atau
- Anda tidak berhak atas pensiun atau tunjangan dari Department of Veterans' Affairs (DVA).

Anda juga dapat menggunakan formulir ini untuk mengubah perincian pribadi Anda (atau anak tanggungan Anda) di mana Anda memiliki IHI yang ada dan termasuk dalam salah satu kategori di atas.

Individu berusia 14 tahun ke atas dapat meminta IHI mereka sendiri dengan menggunakan formulir ini.

Anda harus berada di Australia saat mengajukan permohonan.

Informasi penting

Anda akan menerima surat untuk memberi tahu Anda hasil aplikasi Anda.

Healthcare Identifiers (HI) Service

HI Service menyediakan seperangkat pengenalan yang konsisten untuk individu dan penyedia layanan kesehatan. Pengidentifikasi layanan kesehatan memberikan cara untuk mencocokkan catatan yang benar dengan orang yang sedang dirawat. Ini meningkatkan akurasi ketika informasi kesehatan dibagikan di antara penyedia layanan kesehatan.

Healthcare Identifiers Act 2010 tersedia di www.legislation.gov.au

Individual healthcare identifiers (IHI)

IHI adalah nomor 16 digit unik yang digunakan untuk mengidentifikasi seseorang untuk tujuan perawatan kesehatan di Australia.

Tidak ada informasi klinis yang terkait dengan pengidentifikasi. Anda tidak perlu mengingat IHI Anda untuk menerima layanan kesehatan.

Jika IHI diminta untuk seseorang yang berusia di bawah 14 tahun, IHI akan dibuat menggunakan alamat orang tua atau wali.

My Health Record

My Health Record adalah ringkasan online dari informasi kesehatan seseorang. My Health Record dapat diakses kapan saja oleh individu dan penyedia layanan kesehatan mereka.

Anda bisa mendapatkan My Health Record:

- untuk Anda sendiri, setelah Anda mendapatkan IHI, atau
- untuk anak di bawah usia 14 tahun, setelah Anda mendapatkan IHI.

Untuk informasi lebih lanjut tentang My Health Record, buka digitalhealth.gov.au

Bukti identitas

Anda harus memberikan **1** dokumen bersertifikat dari grup Primer atau **2** dokumen bersertifikat dari grup Sekunder untuk setiap orang yang mengajukan IHI atau mengajukan permohonan untuk mengubah data pribadi mereka. Nama-nama dalam dokumen ini harus identik. Dokumen yang diberikan harus terkini pada saat aplikasi.

Jika Anda melampirkan dokumen-dokumen ini, salinan yang diberikan harus disertifikasi. Untuk informasi tentang cara mengesahkan dokumen, buka servicesaustralia.gov.au/hi

Grup primer

- paspor Australia
- paspor asing atau dokumen perjalanan dengan visa Australia yang sah
- SIM Australia
- kartu identitas berfoto yang dikeluarkan oleh Pemerintah Persemakmuran, negara bagian atau teritori
- akte kelahiran Australia

Grup sekunder

- Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) mengeluarkan dokumen perjalanan konvensi PBB
- dokumen yang dikeluarkan pemerintah asing (misalnya, SIM)
- Lisensi foto penjaga keamanan/kontrol massa yang dikeluarkan Australia
- kartu identitas foto konsuler yang dikeluarkan oleh DFAT
- Dokumen identitas foto mahasiswa Australia
- Dokumen identitas foto siswa sekolah menengah Australia
- transkrip akademik bersertifikat dari universitas Australia
- Kartu bank atau lembaga keuangan Australia

Jika Anda perlu mengubah detail pribadi Anda atau anak Anda (selain detail kontak, misalnya alamat atau nomor telepon), Anda juga harus memberikan 1 dari dokumen resmi berikut yang memberikan bukti ini:

- surat keterangan ganti nama
- surat nikah
- pernyataan dari praktisi medis terdaftar atau psikolog terdaftar yang menyebutkan jenis kelamin mereka
- paspor Australia
- paspor asing atau dokumen perjalanan dengan visa Australia yang sah
- akta kelahiran negara bagian atau teritori yang menyebutkan jenis kelamin mereka
- dokumen apa pun dari pencatat Births, Deaths and Marriages negara bagian atau teritori yang mengakui perubahan jenis kelamin dan/atau gender. Contohnya, Gender Recognition Certificate or 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**

Pemberitahuan privasi

11 Informasi pribadi Anda dilindungi oleh hukum, termasuk *Privacy Act 1988* dan *Healthcare Identifiers Act 2010*, dan dikumpulkan oleh Services Australia dan operator layanan Healthcare Identifiers Service, untuk tujuan terkait dengan pengoperasian Healthcare Identifiers Service. Pengumpulan informasi ini diperlukan untuk memproses aplikasi Anda.

Informasi Anda dapat digunakan oleh kami, atau diberikan kepada pihak lain jika Anda telah menyetujuinya, atau jika diwajibkan atau diizinkan oleh undang-undang (termasuk untuk tujuan penelitian atau melakukan penyelidikan).

Anda dapat memperoleh informasi selengkapnya tentang cara Services Australia mengelola informasi pribadi Anda, termasuk kebijakan privasi kami, di servicesaustralia.gov.au/privacy

Pernyataan pemohon

12 Saya menyatakan bahwa:

- Saya telah memberikan salinan resmi dokumen identifikasi untuk mendukung aplikasi ini.
- Saya memiliki tanggung jawab sebagai orang tua untuk anak yang berusia kurang dari 14 tahun yang telah saya sertakan dalam formulir ini.
- informasi yang saya berikan dalam formulir ini adalah lengkap dan benar.

Saya mengerti bahwa:

- Saya tidak berhak mengklaim tunjangan Medicare atau farmasi dengan Individual Healthcare Identifier yang diminta atau diperbarui dalam formulir ini.
- memberikan informasi palsu atau menyesatkan adalah pelanggaran serius.

Tandatangan pemohon



Tanggal (DD MM YYYY)

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

Mengembalikan formulir ini

Kembalikan formulir ini dan dokumen pendukung lainnya dengan:

- **email** ke healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au
Mungkin ada risiko dengan mengirimkan informasi pribadi melalui jaringan atau saluran email yang tidak aman.
- dengan pos ke
Services Australia
eBusiness Service Centre
PO Box 9822
BRISBANE QLD 4000