

### الغرض من هذه الاستمارة

تُستخدم هذه الاستمارة لتأكيد موافقتك على قيام المهنيين الصحيين و/أو مقدّمي الخدمات الصحية الذين يعالجونك على الإفصاح عن معلومات ذات صلة بإعاقتك أو الحالات الطبية التي تعاني منها إلى Australian Government Department of Human Services (دائرة الخدمات البشرية التابعة للحكومة الأسترالية) (الدائرة) أو إلى المقيمين الذين تستخدمهم الدائرة.

إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من المعلومات لتقييم أهليتك للحصول على Disability Support Pension (معاش دعم الإعاقة) (DSP) أو Employment Services (خدمات التوظيف). فإنه يجوز للدائرة أو المقيمين الذين تستخدمهم الدائرة الاتصال بالمهنيين الصحيين و/أو مقدّمي الخدمات الصحية الذين يعالجونك لتأكيد أو توضيح المعلومات التي تقدّمها بشأن إعاقتك أو الحالات الطبية التي تعاني منها.

وقد يشمل ذلك الاتصال بأي من المهنيين الصحيين (من فيهم الطبيب الذي يعالجك) و/أو مقدّمي الخدمات الصحية الذين قاموا بفحص أو تشخيص أو معالجة إعاقتك أو الحالات الطبية التي تعاني منها ذات الصلة بأهليتك للحصول على DSP أو Employment Services.

وقد يُطلب من المهنيين الصحيين و/أو مقدّمي الخدمات الصحية الذين يعالجونك أن يُفصحوا عن أية معلومات طبية ذات صلة بتقييم أهليتك للحصول على DSP أو Employment Services. وهذه تشمل التقارير الطبية والتخصّصية أو الملاحظات السريرية أو السجلات الطبية أو المعلومات الأخرى. وكذلك أية عوائق قد تؤثر على قدرتك على العمل أو المشاركة في خدمات التوظيف أو برامج مساعدة أخرى.

يجوز أن يطلب المهنيون الصحيون و/أو مقدّمو الخدمات الصحية الذين يعالجونك تأكيداً بأنك قد وافقت على قيامهم بالإفصاح عن معلوماتك الطبية إلى الدائرة أو إلى المقيمين الذين تستخدمهم الدائرة.

يمكنك ملء بيان الموافقة على الإفصاح عن معلومات طبية على هذه الاستمارة لتقديم موافقتك. وستبرزها الدائرة إلى المهنيين الصحيين و/أو مقدّمي الخدمات الصحية الذين يعالجونك إذا طلبوا ذلك.

يمكنك سحب موافقتك في أي وقت بإبلاغ الدائرة بذلك. إلا أنه إذا لم يقدّم المهنيون الصحيون أو مقدّمو الخدمات الصحية الذين يعالجونك بالإفصاح عن المعلومات الطبية ذات الصلة عندما يُطلب منهم ذلك، فإنه قد لا تكون لدى الدائرة معلومات كافية لتقييم أهليتك للحصول على DSP أو Employment Services. وهذا قد يؤدي إلى رفض مطالبتك أو وقف دفعتك.

### Purpose of this form

This form is used to confirm that you consent to your treating health professionals and/or health providers disclosing relevant information about your disability or medical conditions to the Australian Government Department of Human Services (the department), or assessors engaged by the department.

If more information is needed to assess your eligibility for Disability Support Pension (DSP) or employment services, the department or assessors engaged by the department may contact your treating health professionals and/or health providers to confirm or clarify information you provide about your disability or medical conditions.

This may include contact with any health professionals (including your treating doctor) and/or health providers who have examined, diagnosed or treated your disability or medical conditions which are relevant to your eligibility for DSP or employment services.

Your treating health professionals and/or health providers may be asked to disclose any medical information relevant to assessing your eligibility for DSP or employment services. This includes medical and specialist reports, clinical notes, medical records or other information, and any barriers that may affect your ability to work or participate in employment services or other assistance programmes.

Your treating health professionals and/or health providers may ask for confirmation that you have consented for them to disclose your medical information to the department or assessors engaged by the department.

You can complete the Consent to disclose medical information statement on this form to provide your consent, and the department will show this to your treating health professionals and/or health providers if requested.

You can withdraw your consent at any time by advising the department. However, if your treating health professionals or health providers do not disclose relevant medical information when requested, the department may not have enough information to assess your eligibility for DSP or employment services. This may result in your claim being rejected or your payment being stopped.



# Consent to disclose medical information

## موافقة على الإفصاح عن معلومات طبية

### Consent to disclose medical information

#### موافقة على الإفصاح عن معلومات طبية

I (full name)

أنا (الاسم الكامل)

Date of birth

تاريخ الميلاد

Day/اليوم	Month/الشهر	Year/السنة
/	/	/

of (address)

عنواني (العنوان)

Postcode الرقم البريدي	

give consent for my treating health professionals and/or health providers to disclose any relevant information about my disability or medical conditions to the Australian Government Department of Human Services (the department), or assessors engaged by the department, if required to assess my eligibility for Disability Support Pension or employment services.

أعطي موافقتي على قيام المهنيين الصحيين و/أو مقدّمي الخدمات الصحية الذين يعالجونني على الإفصاح عن أية معلومات ذات صلة بإعاقتي أو الحالات الطبية التي أعاني منها إلى Australian Government Department of Human Services (الدائرة) أو إلى المقيّمين الذين تستخدمهم الدائرة، إذا لزم لتقييم أهليتي للحصول على Disability Support Pension أو Employment Services.

Your signature

توقيعك

Date

التاريخ

Day/اليوم	Month/الشهر	Year/السنة
/	/	/

### IMPORTANT INFORMATION

#### معلومات هامة

#### Privacy and your personal information

Your personal information is protected by law, including the *Privacy Act 1988*, and is collected by the Australian Government Department of Human Services for the assessment and administration of payments and services. This information is required to process your application or claim.

Your information may be used by the department or given to other parties for the purposes of research, investigation or where you have agreed or it is required or authorised by law.

You can get more information about the way in which the Department of Human Services will manage your personal information, including our privacy policy, at [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy) or by requesting a copy from the department.

#### السرية ومعلوماتك الشخصية

إن معلوماتك الشخصية محمية بموجب القانون. بما في ذلك قانون السرية لعام 1988. وتقوم Australian Government Department of Human Services بجمعها لتقييم وإدارة الدفعات والخدمات. تكون هذه المعلومات مطلوبة للبتّ بطلبك أو مطالبتك.

يجوز استخدام معلوماتك من جانب الدائرة أو إعطاؤها إلى جهات أخرى لأغراض البحث أو التحقيق أو في الحالات التي تعطي فيها موافقتك أو التي يلزم أو يصرّح بها القانون.

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات عن الطريقة التي ستقوم فيها Department of Human Services بإدارة معلوماتك الشخصية، بما في ذلك سياسة السرية لدينا، في الموقع [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy) أو بطلب نسخة من الدائرة.



CLK05A472AR 1603