



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.

ဤပုံစံ၏ရည်ရွယ်ချက်။

သင်၏မစွမ်းမသန်ဖြစ်မှု သို့မဟုတ် မကျန်းမမာဖြစ်မှုတို့နှင့် သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်များကို သင့်အား ကုသပေးနေသည့် ဆရာဝန်များ နှင့် ကျန်းမာရေးအတွက် ဆောင်ရွက်ပေးနေသူတို့အား Australian Government Department of Human Services (သြစတြေးလျားနိုင်ငံ အစိုးရ လူမှုရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာန) သို့မဟုတ် ဌာနက ခန့်ထားသော စစ်ဆေးဆုံးဖြတ်သူတို့ ထံ သင့်အနေနှင့် ဖော်ပြခွင့်ပြုကြောင်း သေချာစေရန်အတွက် ဤပုံစံကို အသုံးပြုခြင်း ဖြစ်သည်။

သင့်အနေနှင့် Disability Support Pension (DSP) (မစွမ်းမသန် သူတို့အား ထောက်ပံ့သည့် ပင်စင်) သို့မဟုတ် Employment Services (အလုပ်အကိုင် ရရှိရေး ဝန်ဆောင်မှု) ခံစားခွင့် ရှိ မရှိ စစ်ဆေးဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် အချက်အလက်များ ပိုမိုလိုအပ်ခဲ့လျှင် ဌာနမှ သို့မဟုတ် ဌာနက ခန့်ထားသော စစ်ဆေးဆုံးဖြတ်သူတို့အနေနှင့် သင်တင်ပြခဲ့သည့် သင်၏မစွမ်းမသန်မှု သို့မဟုတ် သင်၏ကျန်းမာရေး အခြေအနေ ဟုတ်မှန်ကြောင်း အထောက်အကူပြုရန်၊ သို့မဟုတ် ရှင်းပြရန် အတွက် သင့်အား ကုသပေးနေသော ဆရာဝန်များနှင့်/ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးသူများအား ဆက်သွယ်မေးမြန်းဖွယ်ရာ ရှိပါသည်။

ဤကဲ့သို့ဆက်သွယ်မေးမြန်းရာ၌ (သင့်အား ကုသပေးနေသော ဆရာဝန် အပါအဝင်) ကျန်းမာရေးအတတ်ပညာဖြင့် အသက်မွေးဝမ်းကျောင်းပြုသူ များနှင့်/ DSP သို့မဟုတ် Employment Services တို့ကို သင်သည် ခံစားပိုင်ခွင့် ရှိ မရှိ နှင့်ပတ်သက်ပြီး စစ်ဆေးခြင်း၊ ရောဂါအရင်းအမြစ်ကို စိစစ်ခြင်း၊ သို့မဟုတ် ကုသခြင်းတို့ကို ဆောင်ရွက်ခဲ့ကြသော အချက်အလက်များကို ဖော်ပြခွင့်ပေးဖွယ် အလားအလာရှိပါသည်။

သင့်အား ကုသပေးနေသော ကျန်းမာရေးအတတ်ပညာဖြင့် အသက်မွေးဝမ်းကျောင်းပြုသူ များနှင့်/ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအတွက် ဆောင်ရွက်ပေးနေသူတို့အား DSP သို့မဟုတ် Employment Services တို့ကို သင်သည် ခံစားပိုင်ခွင့် ရှိ မရှိ နှင့်ပတ်သက်သည့် ဆေးဖက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ဖော်ပြရန် ခိုင်းစေဖွယ် ရှိပါသည်။ ဤကဲ့သို့ ဖော်ပြရန် တောင်းဆိုသည့် အချက်အလက်များတွင် ဆေးဘက် နှင့် အထူးကုဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာများ၊ လူနာပြုစုမှုဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများ၊ ဆေးကုသခြင်း မှတ်တမ်းများ နှင့် အခြားအချက်အလက်များအပြင် သင် အလုပ်အကိုင်ရှာဖွေရေးဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် အခြား ထောက်ပံ့မှု အစီအစဉ် ပါဝင်လုပ်ဆောင်ခြင်းကို တားမြစ်နိုင်သော အချက်အလက်များလည်း ပါရှိပါလိမ့်မည်။

သင့်အား ကုသပေးနေသော ကျန်းမာရေးအတတ်ပညာဖြင့် အသက်မွေးဝမ်းကျောင်းပြုသူ များ နှင့်/ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအတွက် ဆောင်ရွက်ပေးနေသူတို့ အနေနှင့် ဌာန သို့မဟုတ် ဌာနမှ ခန့်အပ်ထား သော စိစစ်သူများထံ သင်၏ ဆေးဖက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ဖော်ပြ ခွင့် ပေးထားပြီးကြောင်း သက်သေခံ စာရွက်စာတမ်း ပြရန် တောင်းဆို နိုင်ပါသည်။

ဤပုံစံတွင်ပါရှိသော ဆေးဝါးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ဖော်ပြခွင့် ပြုခြင်း အသေအချာ ဖော်ပြချက် ကို ဖြည့်စွက်ပေးလျှင် ဌာနက သင့်အား ကုသပေးနေသော ကျန်းမာရေးအတတ်ပညာရှင် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးဆောင်ရွက်ပေးနေသူတို့ထံ တောင်းဆိုလာပါက ပြပေးပါမည်။

သင်၏ ခွင့်ပြုချက်ကို ဌာနအားအကြောင်းကြားပြီး အချိန်မရွေး ရုပ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။ သို့သော် သင့်အား ကုသပေးနေသော ကျန်းမာရေး အတတ်ပညာရှင်များ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးဆောင်ရွက်ပေးနေသူတို့ က လိုအပ်သည့် ဆေးဝါးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို DSP သို့မဟုတ် Employment Services တောင်းဆိုသည့်အခါ ထုတ်ဖော်မပေးလျှင် ဌာနအနေနှင့် အချက်အလက် မပြည့်စုံသည့်အတွက် သင်၏လျှောက်ထားချက်ကိုပယ်ပြီး ထောက်ပံ့ကြေးကိုလည်း ရပ်ပစ်နိုင်ပါသည်။



IMPORTANT INFORMATION

အရေးကြီးသော သိကောင်းစရာ အချက်အလက်များ။

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 or by requesting a copy from the department.

ပုဂ္ဂလိကနှင့်သာ ဆိုင်သော အကြောင်းအချက် နှင့် သင်၏ကိုယ်ပိုင် အချက်အလက်များ။

သင်၏ကိုယ်ပိုင် အချက်အလက်များကို 1988 ခုနှစ် လျှို့ဝှက်ထားခြင်းဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေအပါအဝင် တရားဥပဒေက ကာကွယ်ထားပါသည်။

Australian Government Department of Human Services ဌာနမှ ဝန်ဆောင်မှုများအဖြစ် ငွေ ပေးခြေရန် စိစစ်ခြင်း နှင့် အုပ်ချုပ်ရေးအတွက် စုဆောင်းထားသည်။ သင် လျှောက်ထားသည့် သို့မဟုတ် တောင်းခံ ထားသည့် ထောက်ပံ့မှုတို့ကို ဆောင်ရွက်ပေးရန် ဤအချက်အလက်တို့ကို လိုအပ်ပါသည်။

သင်၏ ကိုယ်ပိုင် အချက်အလက်များကို ဌာနမှ အသုံးပြုဖွယ် ရှိသည်။ သို့မဟုတ် သုတေသန အတွက်၊ စုံစမ်းစစ်ဆေးရေးအတွက်၊ သို့မဟုတ်သင်က ခွင့်ပြုထားလျှင် သို့မဟုတ် ဥပဒေက ခွင့်ပြုထားလျှင် အခြားအဖွဲ့များထံ လွှဲပေးနိုင်မည်ဖြစ်သည်။

Department of Human Services သည်သင်၏ ကိုယ်ပိုင် အချက်အလက်များကို မည်ကဲ့သို့ ထိန်းသိမ်းအသုံးပြုမည်ဆိုသည်ကို သိလိုလျှင် အောက်ပါ အင်တာနက် လိပ်စာတွင် ဉာန၏ မူဝါဒအပါအဝင် ရှုနိုင်သည်။ humanservices.gov.au/privacy သို့မဟုတ် ဌာနမှ မိတ္တူ တစ်စောင် တောင်းယူနိုင်သည်။

Consent to disclose medical information

ဆေးဝါးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ဖော်ပြခွင့် ပြုခြင်း။

I (full name)
ကျွန်ုပ် (အမည် အပြည့်အစုံ)

Date of birth
မွေးနေ့

Day/နေ့ရက် / Month/လ / Year/ခုနှစ်။

of (address)
နေရပ် လိပ်စာ တွင် နေထိုင်သူ

Postcode
စာတိုက်နယ်မြေအမှတ်။

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.

သည် Australian Government Department of Human Services (ဌာန) သို့မဟုတ် ဌာနမှ ခန့်အပ်ထားသော စိစစ်သူများအား ကျွန်ုပ်၏ Disability Support Pension သို့မဟုတ် Employment Services ထောက်ပံ့ရေးတို့ကို ခံစားပိုင်ခွင့် ရှိ မရှိ စိစစ်ရန်အတွက် လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်အား ကုသပေးနေသော ကျန်းမာရေးပညာရှင်များနှင့်/သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး ဆောင်ရွက်ပေးသူများအား ကျွန်ုပ်၏ မစွမ်းမသန်မှု သို့မဟုတ် ဆေးဝါးဆိုင်ရာ အခြေအနေကို ဖော်ပြခွင့် ပြုပါသည်။

Your signature
သင်၏ထိုးမြဲလက်မှတ်။

Date
ရက်စွဲ။

Day/နေ့ရက် / Month/လ / Year/ခုနှစ်။



CLK05A472MY 1603