

### 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.

### यस फारामको उद्देश्य

तपाईंको उपचारमा कार्यरत स्वास्थ्य व्यवसायी र/वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले तपाईंको अपांगता वा स्वास्थ्य अवस्थाबारेको सान्दर्भिक सूचनाहरू Australian Government Department of Human Services (विभाग) लाई, वा विभागद्वारा नियुक्त मूल्यांकनकर्तालाई खुलासा गर्नसक्नेमा तपाईंको सहमति छ भन्ने यकिन गर्न यो फारामलाई प्रयोग गरिन्छ।

Disability Support Pension (DSP) (अपांगता सहायता पेन्सन) वा Employment Services (रोजगार सेवा) लाई तपाईंको योग्यताको मूल्यांकन गर्न थप सूचनाको आवश्यकता परेमा, विभाग वा विभागद्वारा नियुक्त मूल्यांकनकर्ताले अपांगता वा स्वास्थ्य अवस्थाका बारेमा तपाईंले उपलब्ध गराएको सूचनालाई स्पष्ट वा यकिन गर्न तपाईंको उपचारमा संलग्न स्वास्थ्य व्यवसायी र/वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई सम्पर्क गर्नेछन्।

यस अन्तर्गत DSP वा Employment Services को योग्यतासँग सान्दर्भिकता तपाईंलाई जाँच गर्ने, रोग पत्ता लगाउने वा तपाईंको अपांगता वा स्वास्थ्य अवस्थाको उपचार गर्ने कुनै पनि स्वास्थ्य व्यवसायी (तपाईंको उपचारमा संलग्न चिकित्सकलगायत) र/वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई सम्पर्क गर्न सक्छ।

तपाईंको उपचारमा संलग्न स्वास्थ्य व्यवसायी र/वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई तपाईंको DSP वा Employment Services को योग्यता मूल्यांकनका लागि सान्दर्भिक कुनै पनि स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित सूचनाको खुलासा गर्न अनुरोध गरिनेछ। यसमा मेडिकल र विशेषज्ञता प्रतिवेदन, स्वास्थ्य अवस्थासम्बन्धी नोट, मेडिकल रेकर्ड वा अभिलेख लगायत अन्य सूचना, र रोजगारी सेवा वा अन्य सहायता कार्यक्रममा तपाईंको काम गर्ने वा सहभागी हुने क्षमतालाई असर पार्नसक्ने कुनै पनि व्यवधानहरू समावेश हुन्छन्।

विभाग वा विभागले नियुक्त गरेका मूल्यांकनकर्तालाई तपाईंको मेडिकल सूचनाको खुलासा गर्नका लागि तपाईंले सहमति प्रकट गरेको यकिन गर्नका लागि तपाईंको उपचारमा संलग्न स्वास्थ्य व्यवसायी र/वा स्वास्थ्य प्रदायकहरूले निश्चित गर्न तपाईंसँग सोधिनेछ।

आफ्नो सहमति व्यक्त गर्न तपाईंले यस फाराम मेडिकल सूचना खुलासा गर्ने सहमति (Consent to disclose medical information) भर्न सक्नुहुन्छ, र अनुरोध प्राप्त भएमा विभागले यसलाई तपाईंको उपचारमा संलग्न स्वास्थ्य व्यवसायी र/वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलाई देखाउनेछ।

विभागलाई जानकारी दिएर तपाईंले कुनै पनि समयमा आफ्नो सहमति फिर्ता लिन सक्नुहुन्छ। तथापि, तपाईंको उपचारमा संलग्न स्वास्थ्य व्यवसायी वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले माग हुँदा सान्दर्भिक मेडिकल सूचना खुलासा नगरे, DSP वा Employment Services का लागि तपाईंको योग्यताको मूल्यांकन गर्न विभागसँग मनग्रे सूचना नहुन सक्छ। यसबाट तपाईंको दावी अस्वीकृत हुने वा तपाईंको रकम भुक्तानी रोकिने परिणाम आउन सक्छ।

IMPORTANT INFORMATION

महत्वपूर्ण सूचना

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.

गोपनीयता तथा तपाईंको व्यक्तिगत विवरण

तपाईंको व्यक्तिगत विवरण *Privacy Act 1988* (गोपनीयता ऐन १९८८) लगायत कानूनद्वारा संरक्षित छ र रकम भुक्तानी तथा सेवाको मूल्यांकन तथा प्रशासनिक कार्यका लागि Australian Government Department of Human Services द्वारा संग्रहित हुन्छ। तपाईंको आवेदन वा दावीको प्रकृत्या अघि बढाउन यो विवरणको आवश्यकता पर्दछ।

तपाईंको विवरणलाई विभाग वा अन्य क्षेत्रको अनुसन्धान, अध्ययन वा जहाँ तपाईंले सहमति जनाउनु भएको ठाउँ वा जहाँ यसको आवश्यकता छ वा कानूनद्वारा अधिकारप्रदत्त छ त्यहाँका लागि प्रयोग हुन सक्छ।

तपाईंको व्यक्तिगत विवरणलाई Department of Human Services ले कसरी व्यवस्थापन गर्नेछ भन्नेबारे तपाईंले थप जानकारी प्राप्त गर्न र गोपनीयताको नीति हेर्न [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy) मा जानुहोस् वा विभागसँग प्रतिलिपिको माग गर्नुहोस्।

Consent to disclose medical information

मेडिकल सूचनाको खुलासा गर्ने सहमति

I (full name)

म (पूरा नाम)

Date of birth

जन्ममिति

Day/दिन	Month/महिना	Year/साल
/	/	/

of (address)

को (ठेगाना)

Postcode पोस्टकोड	

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.

Disability Support Pension वा Employment Services का लागि मेरो योग्यताको मूल्यांकन गर्न आवश्यक परेको खण्डमा मेरो उपचारमा संलग्न स्वास्थ्य व्यवसायी र/वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई Australian Government Department of Human Services (विभाग), वा विभागद्वारा नियुक्त मूल्यांकनकर्तालाई मेरो अपांगता वा स्वास्थ्य अवस्थाका बारेमा कुनै पनि सान्दर्भिक सूचनाको खुलासागर्नका लागि म सहमति प्रदान गर्दछु।

Your signature

तपाईंको हस्ताक्षर

Date

मिति

Day/दिन	Month/महिना	Year/साल
/	/	/



CLK0SA472NE 1603