



ددې فوري مقصد

ددې فورمه څخه استفاده کول دا تائيدوي چې تاسو د خپل علاج او درمل روغتيايي مسلکي کارکوونکو او/يا روغتيايي عرضه کوونکو ته رضایت ورکړی ترڅو ستاسو د معيوبیت يا روغتيايي شرايطو اړوند مالومات يا وزارت له خوا بنکيلوارزونکو کسانو ته څرگند کړي.

که ستاسو د Disability Support Pension (DSP) يا Employment Services وړتيا ارزونې لپاره نورو مالوماتو ته اړتيا وي، وزارت، يا د وزارت له خوا ارزونکو بنکيل کسان، به بنيايي ستاسو د روغتيايي درملني او/يا روغتيايي مسلکيانو کارکوونکو عرضه کوونکو د تاسو د مالوماتو د تائيد يا وضاحت لپاره چې تاسو د خپل معيوبیت يا روغتيايي شرايطو اړوند ورکړي دي اړيکه ونيسي.

دا اړيکه بنيايي هر هغه روغتيايي مسلکي کارکوونکي (ستاسو د درملني ډاکټر په گډون) او/يا روغتيايي عرضه کوونکو ته شامله شي چې ستاسو د هغه معيوبیت يا روغتيايي وضعيت چې ستاسو د DSP يا Employment Services د وړتيا اړوند ده، معاینه او تشخيص او يا يې هم درملنه کړي ده.

ستاسو د درملني/معالجي د روغتيايي مسلکي کارکوونکو او/يا روغتيايي عرضه کوونکو څخه بنيايي وغوښتل شي چې ترڅو اړوند هر هغه طبي مالومات چې ستاسو د وړتيا ارزونې لپاره DSP يا Employment Services ته اړوند وي هغوی ته څرگند کړي. په دې کې طبي او تخصصي راپورونه، کلينيکي يادداشتونه، طبي نېټو يا نور مالومات، او هر ډول خنډونه چې کيدای شي ستاسو د کارکولو يا د استخدام خدمتونو په برخه اخیستلو يا د نورو مرستندوی پروگرامونو په وړتيا باندې اغيزه اچوي.

ستاسو د درملني روغتيايي مسلکي کارکوونکي او/يا روغتيايي عرضه کوونکي بنيايي له تاسو وغواړي چې دا تائيد کړئ چې تاسو دوی ته رضایت ورکړی دی چې ستاسو اړوند طبي مالومات د وزارت او يا هم د وزارت له خوا بنکيلو ارزونکو سره شريک کړي.

تاسو کولای شئ خپل رضایت د روغتيايي مالوماتو څرگندونې رضایت بيان په دې فورمه په ټکولو سره پوره کړئ، او وزارت به هغه ستاسو معالج روغتيايي مسلکي کارکوونکو او/يا روغتيايي مهيا کوونکو ته که يې په لازم وخت کې وښايي.

تاسو کولای شئ خپله موافقه په هروخت کې وزارت ته د مشورې ورکولو له لارې بيرته واخلي. په هر حال، که ستاسو معالج روغتيايي مسلکي کارکوونکي او/يا روغتيايي مهيا کوونکي اړوند طبي مالومات کوم وخت چې يې غوښتنه شوی وه څرگند نه کړي، وزارت به بنيايي چې پوره مالومات ونلری ترڅو ستاسو وړتيا ارزونه د DSP يا Employment Services خدمتونو لپاره وکړي. دا به ستاسو د ادعا د ردیدلو يا تاسو ته دپيسو ورکړې بندیدو پايلې يا نتيجه شي.

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.



centrelink

Consent to disclose medical information

د طبي مالوماتو د څرگندولو رضایت

I (full name)

زه (پوره نوم)

Date of birth

د زېږدو نېټه

Day/ورځ	Month/مياشت	Year/کال
/	/	/

of (address)

د (پته)

Postcode پست کود	

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.

خپل معالج/درملني روغتيايي کارکوونکو او/یا روغتيايي عرضه کوونکو ته موافقه ورکوم چې هر مالومات چې زما د معيوبیت يا طبي شرایطو اړوند دي وزارت له خوا بنکیلو ارزونکو کسانو، که زما د Australian Government Department of Human Services Disability Support Pension یا Employment Services وړتیا لپاره غوښتل شوی وي څرگند کړي.

Your signature

ستاسو لاسلیک

Date

نېټه

Day/ورځ	Month/مياشت	Year/کال
/	/	/

IMPORTANT INFORMATION

مهم مالومات

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.

محرمیت او ستاسو ځانگړي/شخصی مالومات

ستاسو ځانگړي مالومات د قانون لاندې د 1988 کال

د رازدارۍ/محرمیت قانون په گډون خوندي دي، او د

Australian Government Department of Human Services له

خوا د پیسو ورکړی او خدمتونو ارزونې لپاره را غونډیږي. دا مالومات

ستاسو د غوښتنلیک یا ادعا د اجرا کولو لپاره په کار دي.

ستاسو مالومات کیدای شي د وزارت له خوا په کارپورل وشی یا نورو خواو ته/مراجعو ته د څیړنو، تحقیقاتو موخو لپاره یا چیرته چې تاسو موافقه کړیده یا ایجاب کوي یا د قانون له خوا صلاحیت ورکړ شوی وي ورکړل شي.

تاسو کولای شئ نور مالومات د هغې لارې په اړوند کوم چې Department of Human Services به ستاسو ځانگړي مالومات تنظیم کړي، زموږ د رازدارۍ پالیسي humanservices.gov.au/privacy

له لارې یا یوه کاپی یی د وزارت څخه وغواړئ ترلاسه کړئ.



CLK05A472PS 1603