



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.

இந்தப் படிவத்தின் நோக்கம்

உங்கள் உடல் ஊனம் அல்லது மருத்துவ நிலைமைகள் தொடர்பான தகவல்களை Australian Government Department of Human Services (ஆஸ்திரேலிய அரசின் மனித சேவைகள் திணைக்களம்) (திணைக்களம்) அல்லது திணைக்களத்தால் பணியில் அமர்த்தப்பட்டுள்ள மதிப்பீட்டாளர்களுக்கு வெளியிடுவதற்கு நீங்கள் உங்களுக்குச் சிகிச்சை அளிக்கும் சுகாதார நிபுணர்கள் மற்றும்/அல்லது சுகாதாரப்பணி வழங்குபவர்களுக்கு ஒப்புதல் அளிக்கிறீர்கள் என்பதை உறுதிசெய்ய இந்த படிவம் பயன்படுத்தப்படுகிறது.

Disability Support Pension (DSP) (உடல் ஊனத்துக்கு ஆதரவான ஓய்வூதியம்) (டி.எஸ்.பி) அல்லது Employment Services (வேலைவாய்ப்புச் சேவைகள்) பெறுவதற்கான உங்கள் தகுதியை மதிப்பீடு செய்ய மேலும் தகவல்கள் தேவைப்பட்டால், திணைக்களம் அல்லது திணைக்களத்தால் பணியில் அமர்த்தப்பட்டுள்ள மதிப்பீட்டாளர்கள், உங்கள் உடல் ஊனம் அல்லது மருத்துவ நிலைமைகள் பற்றி நீங்கள் அளித்த தகவல்களை உறுதி செய்ய அல்லது தெளிவுபடுத்த, உங்களுக்குச் சிகிச்சை அளிக்கும் சுகாதார நிபுணர்கள் மற்றும்/அல்லது சுகாதாரப்பணி வழங்குபவர்களைத் தொடர்பு கொள்ளலாம்.

DSP (உடல் ஊனத்துக்கு ஆதரவான ஓய்வூதியம்) அல்லது Employment Services (வேலைவாய்ப்புச் சேவைகள்) பெறுவதற்கான உங்கள் தகுதியை மதிப்பீடு செய்வதற்காக உங்கள் உடல் ஊனம் அல்லது மருத்துவ நிலைமைகளைப் பரிசோதித்த, கண்டறிந்த அல்லது சிகிச்சையளித்த சுகாதார நிபுணர்கள் மற்றும்/அல்லது சுகாதாரப்பணி வழங்குபவர்கள் இதில் அடங்கக்கூடும்.

DSP (உடல் ஊனத்துக்கு ஆதரவான ஓய்வூதியம்) அல்லது Employment Services (வேலைவாய்ப்புச் சேவைகள்) பெறுவதற்கான உங்கள் தகுதியை மதிப்பீடு செய்வதற்கு உரிய மருத்துவத் தகவல்களை வெளியிடுமாறு உங்களுக்குச் சிகிச்சை அளிக்கும் சுகாதார நிபுணர்கள் மற்றும்/அல்லது சுகாதாரப்பணி வழங்குபவர்களிடம் கேட்கப்படலாம். மருத்துவ மற்றும் சிறப்பு அறிக்கைகள், மருத்துவக் குறிப்புகள், மருத்துவப் பதிவேடுகள் அல்லது பிற தகவல்கள் மற்றும் தொழில் புரிவதை அல்லது தொழில் வாய்ப்புச் சேவைகள் பெறுவதை அல்லது பிற உதவித் திட்டங்களில் நீங்கள் பங்கேற்பதைப் பாதிக்கும் தடைகள் போன்ற அனைத்தும் இதில் அடங்கும்.

திணைக்களம் அல்லது திணைக்களத்தால் பணியில் அமர்த்தப்பட்டுள்ள மதிப்பீட்டாளர்களுக்கு உங்கள் மருத்துவத் தகவல்களை வெளியிடுவதற்கு, உங்களுக்குச் சிகிச்சை அளிக்கும் சுகாதார நிபுணர்கள் மற்றும்/அல்லது சுகாதாரப்பணி வழங்குபவர்களுக்கு ஒப்புதல் அளித்துள்ளீர்கள் என்பதை உறுதிப்படுத்தும்படி அவர்கள் உங்களிடம் கேட்கலாம்.

நீங்கள் உங்கள் ஒப்புதலை அளிக்க இந்த படிவத்தில் உள்ள "மருத்துவத் தகவல்களை வெளியிட ஒப்புதல்" அறிக்கையை நிரப்பலாம். அதன்பின் வேண்டுமென்று கேட்டுக்கொண்டால் திணைக்களம் இதை உங்களுக்குச் சிகிச்சை அளிக்கும் சுகாதார நிபுணர்கள் மற்றும்/அல்லது சுகாதாரப்பணி வழங்குபவர்களிடம் காண்பிக்கும்.

திணைக்களத்துக்குத் தெரிவிப்பதன் மூலம் நீங்கள் எந்த சமயத்திலும் உங்கள் ஒப்புதலைத் திரும்பப் பெற முடியும். இருப்பினும், உங்களுக்குச் சிகிச்சை அளிக்கும் சுகாதார நிபுணர்கள் அல்லது சுகாதாரப்பணி வழங்குபவர்கள் வேண்டுகோள் விடுக்கும்போது சம்பந்தப்பட்ட மருத்துவத் தகவல்களை வெளியிடாவிட்டால், DSP (உடல் ஊனத்துக்கு ஆதரவான ஓய்வூதியம்) அல்லது Employment Services (வேலைவாய்ப்புச் சேவைகள்) பெறுவதற்கான உங்கள் தகுதியை மதிப்பீடு செய்வதற்குத் தேவையான தகவல்கள் திணைக்களத்துக்குக் கிடைக்காமல் போய்விடலாம். இதனால் உங்கள் கோரிக்கை நிராகரிக்கப்படலாம் அல்லது உங்களுக்கு அளிக்கப்படும் தொகை நிறுத்தப்படலாம்.



centrelink

IMPORTANT INFORMATION

முக்கியத் தகவல்கள்

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.

அந்தரங்கம் மற்றும் உங்கள் தனிப்பட்ட தகவல்கள்

உங்கள் தனிப்பட்ட தகவல் தனியுரிமைச் சட்டம் 1988 உட்பட சட்டத்தால் பாதுகாக்கப்படுவதுடன் உதவித்தொகை மற்றும் சேவைகளின் மதிப்பீடு மற்றும் நிர்வாகத்துக்காக Australian Government Department of Human Services (ஆஸ்திரேலிய அரசின் மனித சேவைகள் திணைக்களம்) மூலம் அது சேகரிக்கப்படுகிறது. உங்கள் விண்ணப்பம் அல்லது கோரிக்கையைச் செயல்படுத்த இந்தத் தகவல் தேவைப்படும்.

உங்கள் தகவல் திணைக்களத்தால் பயன்படுத்தப்படலாம் அல்லது ஆய்வுக்காக, விசாரணைக்காக அல்லது நீங்கள் ஒப்புக் கொண்டுள்ள அல்லது தேவையான அல்லது சட்டத்தால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட காரணங்களுக்காக மற்றவர்களுக்குக் கொடுக்கப்படலாம்.

எங்களது அந்தரங்கக் கொள்கை உட்பட உங்கள் தனிப்பட்ட தகவல்களை Department of Human Services (மனித சேவைகள் திணைக்களம்) எவ்வாறு நிர்வகிக்கும் என்பதைப் பற்றிய மேலும் தகவல்களை humanservices.gov.au/privacy என்ற இணையதளத்தில் நீங்கள் பெற்றுக் கொள்ளலாம் அல்லது திணைக்களத்திலிருந்து ஒரு பிரதியை வேண்டிப் பெற்றுக் கொள்ளலாம்.

Consent to disclose medical information

மருத்துவத் தகவல்களை வெளியிட ஒப்புதல்

I (full name)

நான் (முழுப்பெயர்)

Date of birth

பிறந்த தேதி

Day/நாள்	Month/மாதம்	Year/ஆண்டு
/	/	/

of (address)

(முகவரியில்) உள்ள

Postcode	
அஞ்சல் குறியீட்டெண்	

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 (உடல் ஊனத்துக்கு ஆதரவான ஒய்வூதியம்) அல்லது Employment Services (வேலைவாய்ப்புச் சேவைகள்) பெறுவதற்கான எனது தகுதியை தேவைப்படும்போது மதிப்பீடு செய்ய என்னுடைய உடல் ஊனம் அல்லது மருத்துவ நிலைமைகள் தொடர்பான தகவல்களை Australian Government Department of Human Services (ஆஸ்திரேலிய அரசின் மனித சேவைகள் திணைக்களம்) (திணைக்களம்) அல்லது திணைக்களத்தால் பணியில் அமர்த்தப்பட்டுள்ள மதிப்பீட்டாளர்களுக்கு வெளியிடுவதற்கு எனக்குச் சிகிச்சை அளிக்கும் சுகாதார நிபுணர்கள் மற்றும்/அல்லது சுகாதாரப்பணி வழங்குபவர்களுக்கு ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

Your signature

உங்கள் கையொப்பம்

Date

தேதி

Day/நாள்	Month/மாதம்	Year/ஆண்டு
/	/	/



CLK0SA472TA 1603