

অস্ট্রেলিয়ার প্রাইভেসি অ্যাক্ট 1988 এর সংজ্ঞা অনুযায়ী আপনি যে প্রতিষ্ঠান/প্রতিনিধির তালিকা নিচে দিয়েছেন, তাদের কাছে আপনার বর্তমান ব্যক্তিগত তথ্য (যার অন্তর্ভুক্ত হল স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সংবেদনশীল তথ্য) প্রকাশের জন্য IHMS-কে নির্দেশ দেওয়ার জন্য আপনাকে "অন্য পক্ষের কাছে ব্যক্তিগত তথ্য প্রকাশের সম্মতি" ফর্মটি (MR049) ব্যবহার করতে হবে। ব্যক্তিগত তথ্য সংবলিত ভবিষ্যত নথিপত্রগুলি প্রকাশের লক্ষ্যে IHMS-কে নির্দেশ দেওয়ার সুযোগও এটি আপনাকে দেবে।

নিজ সম্মতি প্রদানের ক্ষেত্রে আপনাকে অবশ্যই এই বিষয়ে সচেতন হতে হবে যে কীভাবে আপনার সম্পর্কিত ব্যক্তিগত তথ্য সেই সব প্রতিষ্ঠান অথবা প্রতিনিধি কর্তৃক ব্যবহৃত হবে যাদের আপনি তথ্যে প্রবেশাধিকার দিচ্ছেন, কতদিন ধরে সেই প্রতিষ্ঠান অথবা প্রতিনিধি আপনার সম্পর্কিত ব্যক্তিগত তথ্যের রক্ষণাবেক্ষণ করবে এবং এই তথ্যকে তারা কী ধরনের সুরক্ষা দেবে। এছাড়াও আপনি অবশ্যই অন্য কাউকে আপনার সম্পর্কিত ব্যক্তিগত তথ্য (যার মধ্যে সংবেদনশীল তথ্যও রয়েছে) দেওয়ার ঝুঁকিগুলি সম্পর্কে সচেতন থাকবেন। এটিকে বলা হয় তথ্য অবগত হওয়া এবং আপনি যে সম্মতিটি দেবেন সেটি হবে "তথ্য অবগত হয়ে প্রদত্ত সম্মতি"। IHMS-কে এই বিষয়ে স্বচ্ছন্দ থাকতে হবে যে যখন আপনি সম্মতি দেন তখন আপনি তথ্য অবগত হয়েই সম্মতি দিচ্ছেন। IHMS কর্তৃক আপনার সম্পর্কিত ব্যক্তিগত তথ্য আপনার মনোনীত প্রতিষ্ঠান অথবা প্রতিনিধির কাছে প্রকাশের সুবিধা এবং ঝুঁকিগুলি সম্পর্কে আপনাকে সচেতন থাকার পরামর্শ দেওয়ার মাধ্যমে IHMS বিবেচনা করবে যে সম্মতি ফর্ম-এ আপনি যে সম্মতি দিয়েছেন সেটি অবহিত সম্মতি।

এছাড়াও আপনাকে মনে রাখতে হবে যে IHMS-কে পুনরায় লিখিত নির্দেশদানের মাধ্যমে আপনি যে কোনো সময় আপনার সম্মতি প্রত্যাহার অথবা সংশোধন করতে পারেন।

অনুগ্রহ করে নিশ্চিত করুন যে আপনি সম্মতিপত্রটি অত্যন্ত যত্নসহকারে পড়েছেন। যদি শর্তাবলী বোঝার ক্ষেত্রে আপনার সহায়তার প্রয়োজন হয়, তাহলে অবশ্যই IHMS-কে জিজ্ঞাসা করবেন। নিজে স্বাক্ষর করার পরে ভবিষ্যতের প্রয়োজনে আপনি অবশ্যই আপনার স্বাক্ষরিত সম্মতিপত্রের একটি অনুলিপি নিজের কাছে রাখবেন।

আপনার সম্পর্কিত ব্যক্তিগত তথ্য প্রকাশ নির্ধারণের ক্ষেত্রে IHMS তা শুধু তখনই করবে যদি তথ্য প্রকাশ আইনানুগ হয় এবং অস্ট্রেলিয়ান প্রাইভেসি অ্যাক্ট এর সঙ্গে সংগতিপূর্ণ হয়।

ধারা	নির্দেশিকা <i>(অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে যদি আপনি নিম্নলিখিত নির্দেশিকা অনুসরণ না করেন, তাহলে IHMS আপনার সম্মতিপত্রটি বাতিল করতে পারে, যতক্ষণ পর্যন্ত না ফর্মটি সঠিকভাবে পূরণ করা হয়)</i>
সম্মতি প্রদানকারী ব্যক্তি	সব ঘরগুলি ইংরেজি অক্ষর, সংখ্যা এবং তারিখ পদ্ধতি ও বিন্যাস ব্যবহার করে পূরণ করতে হবে এবং যেখানে প্রয়োজ্য শুধু বড় হাতের অক্ষর প্রয়োজ্য হবে।
পিতা-মাতা/আইনি অভিভাবকের সম্মতি	16 বছরের কমবয়সী শিশুদের ব্যক্তিগত তথ্য প্রকাশের ক্ষেত্রে তাদের পিতা-মাতা অথবা সরকার স্বীকৃত আইনসম্মত অভিভাবককে সম্মতি প্রদান করতে হবে। 16 বছর থেকে 18 বছর বয়স পর্যন্ত শিশুরা নিজেরাই সম্মতি দেবেন, যদি না এমন কোনো ক্লিনিকাল প্রমাণ থাকে যে শিশুর অবহিত সম্মতি প্রদানের সামর্থ্যের অভাব আছে। এই বয়সী শিশুদের ব্যক্তিগত তথ্য প্রকাশের ক্ষেত্রে পিতা-মাতা অথবা আইনসম্মত অভিভাবক শুধু তখনই প্রত্যয়ন করতে পারবেন যদি একটি শিশু, যে অবহিত সম্মতি প্রদানে সক্ষম, তার পিতা-মাতা অথবা আইনি কর্তৃপক্ষের নির্দেশটির সঙ্গে লিখিতভাবে সম্মত বলে IHMS-কে জানায়। 16 বছরের বেশি বয়সী একজন ব্যক্তি, যার সম্পর্কে একজন যোগ্যতাসম্পন্ন চিকিৎসক অবহিত সম্মতি প্রদানের সামর্থ্যের অভাব আছে বলে নির্ধারণ করেছেন, তাঁর ক্ষেত্রে উপযুক্ত কর্তৃপক্ষ একজন আইনসম্মত অভিভাবককে নিয়োগ করবে। সেই আইনসম্মত অভিভাবক অথবা পিতা-মাতা ওই ব্যক্তির পক্ষে সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর করতে পারেন। যে আইনি কারণে অভিভাবকত্বের আদেশ দেওয়া হয়েছে শুধু সেই উদ্দেশ্যে একজন আইনি অভিভাবক কোনো ব্যক্তি সম্পর্কিত ব্যক্তিগত তথ্য প্রকাশের অনুমতি প্রত্যয়ন করতে পারেন।
সম্মতি	<u>প্রতিষ্ঠান/প্রতিনিধি:</u> সম্মতিপত্রে শুধু একটি প্রতিষ্ঠান অথবা প্রতিনিধিকে শনাক্ত করতে হবে। যদি দুই অথবা ততোধিক তালিকাভুক্ত থাকেন, তাহলে IHMS তালিকার প্রথম প্রতিষ্ঠান অথবা প্রতিনিধিকেই কেবল স্বীকৃতি দেবে। যদি আপনি আপনার সম্পর্কিত ব্যক্তিগত তথ্য দুই অথবা ততোধিক প্রতিষ্ঠান অথবা প্রতিনিধির কাছে প্রকাশ করতে চান, তাহলে প্রতিটি প্রতিষ্ঠান এবং/অথবা প্রতিনিধির জন্য আপনাকে পৃথক সম্মতিপত্র পূরণ করতে হবে। <u>IHMS কর্তৃক প্রকাশিত নির্দিষ্ট ব্যক্তিগত তথ্য:</u> আপনার মনোনীত প্রতিষ্ঠান অথবা প্রতিনিধির কাছে আপনি কোন তথ্য প্রকাশের জন্য IHMS-কে অনুমতি দিচ্ছেন তা আপনাকে সুস্পষ্ট কিন্তু সংক্ষিপ্তভাবে চিহ্নিত করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, "চিকিৎসা সংক্রান্ত সমগ্র নথি", "হাতের আঘাত সম্পর্কিত", "মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত নথিপত্র" ইত্যাদি। <u>ভবিষ্যতের ব্যক্তিগত তথ্য:</u> যে তারিখ পর্যন্ত সম্মতি দেওয়া হয়েছে সেই তারিখ পর্যন্ত সম্মতিপত্রটি বৈধ থাকবে যার অন্তর্ভুক্ত হবে বর্তমানের ব্যক্তিগত তথ্য। যদি আপনি চান যে আপনার ভবিষ্যতের নথিপত্র (অর্থাৎ সম্মতিদানের তারিখের পরে IHMS-কর্তৃক সংগৃহীত আপনার সম্পর্কিত ব্যক্তিগত তথ্য) আপনার মনোনীত প্রতিষ্ঠান অথবা প্রতিনিধির কাছে লভ্য হবে, তাহলে আপনি সম্মতিপত্রের যেখানে "ভবিষ্যতের ব্যক্তিগত তথ্য"

	উল্লেখ করা আছে সেখানে অবশ্যই স্বাক্ষর করবেন। যদি ওই স্থানে কোনো স্বাক্ষর না থাকে, তাহলে IHMS এটিকে এইভাবে ব্যাখ্যা করবে যে আপনি ভবিষ্যতের নথিপত্র প্রকাশের জন্য অনুমতি দেননি।
IHMS কর্তৃক স্বাক্ষরের বৈধতা যাচাইকরণ	আপনাকে নিশ্চিত করতে হবে যে যখন আপনি সম্মতিপত্রটি পূরণ করবেন তখন IHMS কর্তৃক নিযুক্ত একজন চিকিৎসকের সামনে ফর্মটিতে স্বাক্ষর করবেন (যদি আপনি কোনো অভিবাসন সংক্রান্ত আটক কেন্দ্র অথবা আঞ্চলিক প্রক্রিয়াকরণ কেন্দ্রে থাকেন তাহলে এই ব্যক্তি IHMS এর কোনো স্বাস্থ্যকেন্দ্রের চিকিৎসক হতে পারেন অথবা আপনি যদি জনগোষ্ঠীর মধ্যে থাকেন, তাহলে কমিউনিটি হেলথ প্রোভাইডার হিসেবে IHMS কর্তৃক মনোনীত একজন চিকিৎসক হতে পারেন (যদি আপনি অস্ট্রেলিয়ায় কোনো কমিউনিটি ডিটেনশন-এ বসবাস করেন তাহলে এই ব্যক্তি হবেন একজন সাধারণ চিকিৎসক যাঁকে IHMS আপনার দায়িত্ব দিয়েছে অথবা ম্যানাস আইল্যান্ড-এ নাউরু সেটলমেন্ট ক্লিনিক অথবা দি ইস্ট লরেঞ্জা রেফিউজি ট্রানজিট সেন্টার এর একজন চিকিৎসক)। যদি আপনি ভিসার সাহায্যে অস্ট্রেলিয়ার জনগোষ্ঠীর মধ্যে বসবাস করেন, তাহলে আপনি সম্মতিপত্রটি ব্যবহার করবেন না, বরং অস্ট্রেলিয়ার <i>ফ্রিডম অব ইনফরমেশন অ্যাক্ট</i> এর অধীনে সরাসরি ডিপার্টমেন্ট অব ইমিগ্রেশন অ্যান্ড বর্ডার প্রোটেকশন এর কাছে প্রবেশাধিকারের জন্য আবেদন করবেন।

সম্মতি প্রদানকারী ব্যক্তি (“ব্যক্তি”)
(এই অংশটি সম্পূর্ণ করতে হবে)

নাম:	শনাক্তকরণ নম্বর:
<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা	জন্ম তারিখ: _____ / _____ / _____
ভাষা:	দোভাষীর সাহায্য নেওয়া হয়েছে কি না: হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/>
	বয়স:
	দোভাষীর নম্বর:

পিতা-মাতা/আইনি অভিভাবকের সম্মতি
(যদি ব্যক্তি সম্মতি প্রদানে অসমর্থ হন, শুধু তখনই পূরণ করতে হবে: যদি ব্যক্তিটি সম্মতি প্রদানে সমর্থ হন, তাহলে এই অংশটি খালি রাখতে হবে)

নাম:	ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক:
জন্ম তারিখ:	

সম্মতির বৈধতা এবং সম্মতি প্রত্যাহারের অধিকার সংক্রান্ত নোটিশ

এই সম্মতিপত্রটিতে স্বাক্ষরের মাধ্যমে আমি স্বীকার করছি যে আমার এখানে প্রদত্ত সম্মতিটি বৈধ থাকবে যদি না আমি এটি প্রত্যাহার করি অথবা আমার এই সম্মতিদানের তারিখ থেকে পাঁচ (5) বছরের সময়কাল উত্তীর্ণ হয় (যেটি আগে হবে সেটিই প্রযোজ্য)। আমি জেনেছি যে আমি যে কোনো সময় ইন্টারন্যাশনাল হেলথ অ্যান্ড মেডিক্যাল সার্ভিসেস প্রাইভেট লিমিটেড (IHMS)-কে অধিক লিখিত নির্দেশদানের মাধ্যমে এই সম্মতিটি প্রত্যাহার অথবা সংশোধন করতে পারি।

সম্মতিসমূহ
(নিচের সব ঘরগুলি পূরণ করতে হবে)

এতদ্বারা IHMS এবং সেই সাথে তাদের অধিনস্ত সংস্থাসমূহকে যে প্রতিষ্ঠানের নাম উল্লেখ করা হয়েছে অথবা আমার প্রতিনিধি (নিচে চিহ্নিত) এর অধীনস্থ নির্দেশ অনুসারে আমার সম্পর্কিত বর্তমান ব্যক্তিগত তথ্য (যার অন্তর্ভুক্ত হল IHMS কর্তৃক সংগৃহীত সংবেদনশীল তথ্যাদি) প্রকাশের জন্য অনুমোদন এবং নির্দেশদান করা হল:

প্রতিষ্ঠান/প্রতিনিধি (শুধু একটি প্রতিষ্ঠান অথবা প্রতিনিধিকে তালিকাভুক্ত করতে হবে: প্রত্যেক মনোনীত প্রতিষ্ঠান এবং/অথবা প্রতিনিধির জন্য পৃথক ফর্ম ব্যবহার করতে হবে)	IHMS কর্তৃক প্রকাশিত নির্দিষ্ট ব্যক্তিগত তথ্য:
--	--

ব্যক্তির স্বাক্ষর (অথবা পিতা-মাতা/অভিভাবক যদি সেই ব্যক্তি সম্মতি প্রদানে অসমর্থ হন):

সম্মতিদানের তারিখ:

এতদ্বারা IHMS এবং সেই সাথে তাদের অধিনস্ত সংস্থাসমূহকে সেই মনোনীত প্রতিষ্ঠান অথবা আমার প্রতিনিধির (নিচে চিহ্নিত) কাছে আমার সম্পর্কিত ভবিষ্যৎ ব্যক্তিগত তথ্য (যার অন্তর্ভুক্ত হল IHMS কর্তৃক সংগৃহীত সংবেদনশীল তথ্যাদি) প্রকাশের জন্য অনুমোদন এবং নির্দেশদান করা হল যে মনোনীত প্রতিষ্ঠান/প্রতিনিধি তার জন্য আইনসম্মত দাবি জানিয়েছে:

ব্যক্তির স্বাক্ষর (অথবা পিতা-মাতা/অভিভাবক যদি সেই ব্যক্তি সম্মতি প্রদানে অসমর্থ হন):

(যদি IHMS কর্তৃক ভবিষ্যতের নথিপত্র প্রকাশিত না হয়, তাহলে নিচের স্বাক্ষর ও তারিখ লেখার ঘরগুলি খালি রাখতে হবে)

সম্মতিদানের তারিখ:

মৌখিক সম্মতি (শুধু IHMS এর কর্মীদের ব্যবহারের জন্য – মৌখিক সম্মতি শুধু সেখানেই ব্যবহার করা যাবে যেখানে লিখিত সম্মতি নেওয়ার কাজটি সম্ভব নয়: যদি মৌখিক সম্মতি প্রযোজ্য না হয়, তাহলে নিচে স্বাক্ষর এবং তারিখ লেখার ঘরগুলি খালি রাখতে হবে):

আমি ওই ব্যক্তির সঙ্গে প্রস্তাবিত তথ্য প্রকাশ বিষয়ে আলোচনা করেছি। আমি এই বিষয়ে সন্তুষ্ট যে ওই ব্যক্তি প্রস্তাবিত তথ্য প্রকাশের বিষয়টি বুঝেছেন এবং এই ব্যাপারে তাঁর অবহিত সম্মতি দিয়েছেন।

IHMS এর চিকিৎসকের স্বাক্ষর:

IHMS এর চিকিৎসকের নাম:

তারিখ:

IHMS কর্তৃক স্বাক্ষরের আইনসিদ্ধকরণ

(অথবা পিতা-মাতা/আইনি অভিভাবক যদি সেই ব্যক্তি সম্মতি প্রদানে অসমর্থ হন)

IHMS কর্তৃক নিযুক্ত একজন চিকিৎসক হিসেবে আমি প্রত্যয়ন করছি এই যে, যে ব্যক্তির স্বাক্ষর উপরের সম্মতির অংশে দেখা যাচ্ছে সেটি সেই ব্যক্তির স্বাক্ষর সম্মতিপত্রটি যার সম্পর্কিত (অথবা, বিকল্পস্বরূপ, সেই ব্যক্তি অবহিত সম্মতি প্রদানে অসমর্থ এবং স্বাক্ষরটি সেই ব্যক্তির পিতা-মাতার অথবা আইনি অভিভাবকের)।

IHMS এর চিকিৎসকের স্বাক্ষর:

IHMS এর চিকিৎসকের নাম:

তারিখ: