

आप “अन्य पक्षों के समक्ष व्यक्तिगत सूचनाएं प्रकट करने के लिए सहमति” प्रपत्र (MR049) का प्रयोग IHMS को अपनी वर्तमान व्यक्तिगत सूचनाओं को (संवेदनशील एवं स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं सहित), जिन्हें ऑस्ट्रेलियाई गोपनीयता अधिनियम (Australian Privacy Act) 1988 में परिभाषित किया गया है, उस संस्था / प्रतिनिधि के समक्ष प्रकट करने का निर्देश देने के लिए करेंगे/करेंगी जिसका उल्लेख आपने नीचे की सूची में किया है। इससे आपको भविष्य की व्यक्तिगत सूचनाओं के रिकॉर्ड को प्रकट करने के लिए भी IHMS को निर्देश देने का अवसर प्राप्त होगा।

अपनी सहमति देते समय आपको इन बातों से अवश्य अवगत होना चाहिए कि जिस संस्था या प्रतिनिधि को आप पहुंच प्रदान कर रहे/रही हैं, वह आपकी व्यक्तिगत सूचनाओं का इस्तेमाल कैसे करेगा, वह संस्था या प्रतिनिधि आपकी व्यक्तिगत सूचनाओं को कब तक रखना चाहता है और वह उन सूचनाओं की रक्षा कैसे करेगा। आपको किसी अन्य व्यक्ति को अपनी व्यक्तिगत सूचनाएं (संवेदनशील सूचनाएं सहित) प्रदान करने में निहित जोखिमों से भी अवगत होना चाहिए। इसे ‘सूचित होना’ कहते हैं और आप जो सहमति देंगे/देंगी उसे “सूचित सहमति” कहा जाएगा। IHMS इस बारे में आश्वस्त होना चाहता है कि सहमति देते समय आप सूचित सहमति दे रहे/रही हैं। आपको यह समझा दिए जाने के बाद कि IHMS द्वारा आपकी नामांकित संस्था या प्रतिनिधि के समक्ष आपकी व्यक्तिगत सूचनाएं प्रकट किए जाने में निहित प्रयोगों और जोखिमों से आप अवगत हो जाएं, IHMS यह मानकर चलेगा कि सहमति प्रपत्र में आपने जो सहमति दी है वह सूचित सहमति है।

आपके लिए यह भी याद रखना ज़रूरी है कि IHMS को आगे पुनः लिखित निर्देश देकर आप अपनी सहमति वापस ले सकते/सकती हैं या उसमें संशोधन कर सकते/सकती हैं।

कृपया यह सुनिश्चित करें कि आपने सहमति प्रपत्र को सावधानीपूर्वक पढ़ लिया है। यदि आवश्यक बातों को समझने में आपको किसी मदद की ज़रूरत हो, तो कृपया IHMS से ज़रूर पूछें। सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के बाद यह सुनिश्चित करें कि आपके द्वारा हस्ताक्षरित इसकी एक प्रति आपके पास सुरक्षित रहे।

आपकी व्यक्तिगत सूचनाओं का प्रकटीकरण सुनिश्चित करते समय IHMS उसे केवल तभी प्रकट करेगा जब प्रकट करना कानून-सम्मत और ऑस्ट्रेलियाई गोपनीयता अधिनियम के अनुरूप होगा।

खंड	मार्गदर्शन
	<i>(कृपया ध्यान दें कि यदि आप नीचे दिए गए मार्गदर्शन का अनुपालन नहीं करेंगे/करेंगी तो IHMS आपके सहमति प्रपत्र को अस्वीकृत कर सकता है, जबतक कि प्रपत्र सही ढंग से भर न दिया जाए)</i>
सहमति देने वाला व्यक्ति	सभी रिक्त स्थान अंग्रेज़ी वर्णमाला के अक्षरों, संख्या और दिनांक प्रणाली एवं प्रारूप का प्रयोग करके भरे जाने चाहिए और जहां कहीं भी लागू हो, बड़े अक्षरों का प्रयोग किया जाना चाहिए।
माता/पिता/कानूनी अभिरक्षक की सहमति	<p>16 वर्ष से कम उम्र के बच्चों के मामले में उनकी व्यक्तिगत सूचनाओं को प्रकट करने के लिए माता/पिता या कानूनी अभिरक्षक की अधिकृत सहमति आवश्यक होगी।</p> <p>16 वर्ष से लेकर 18 वर्ष तक की उम्र के बच्चों को स्वयं अपनी सहमति देनी होगी, बशर्ते कि इस तरह का कोई चिकित्सीय प्रमाण न हो कि बच्चा/बच्ची सूचित सहमति दे पाने में सक्षम नहीं है। इस आयुवर्ग का बच्चा/बच्ची जो सूचित सहमति देने में सक्षम है, उसकी व्यक्तिगत सूचनाओं के प्रकटीकरण को माता/पिता या कानूनी अभिरक्षक केवल तभी अधिकृत कर सकेंगे जब वह बच्चा/बच्ची लिखित रूप से यह सहमति दे कि उसके माता/पिता या कानूनी अभिरक्षक IHMS को ऐसा निर्देश दे सकते हैं।</p> <p>16 वर्ष से अधिक उम्र का ऐसा बच्चा/बच्ची जिसे किसी योग्यता-प्राप्त चिकित्सक द्वारा सूचित सहमति दे पाने में सक्षम न होना माना गया हो, उसके कानूनी अभिरक्षक को एक समुचित अधिकारी द्वारा नियुक्त किया जाएगा। ऐसा कानूनी अभिरक्षक, या माता/पिता, उस व्यक्ति की ओर से सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर कर सकता है।</p> <p>कानूनी अभिरक्षक किसी व्यक्ति की व्यक्तिगत सूचनाओं के प्रकटीकरण को केवल उसी कानूनी उद्देश्य के लिए अधिकृत कर सकता है जिसके लिए अभिरक्षण की आज्ञा दी गई है।</p>
सहमति	संस्था/प्रतिनिधि: सहमति प्रपत्र पर केवल किसी एक संस्था या प्रतिनिधि की पहचान की जाएगी। यदि दो या दो से अधिक संस्थाएं/प्रतिनिधि सूची में हैं तो IHMS सूची में अंकित केवल प्रथम संस्था या प्रतिनिधि पर ही विचार करेगा। यदि आप अपनी व्यक्तिगत सूचनाएं दो या दो से अधिक संस्थाओं या प्रतिनिधियों के समक्ष प्रकट करना चाहते/चाहती हों, तो आपको प्रत्येक एवं सभी संस्था और/या प्रतिनिधि के लिए अलग-अलग सहमति प्रपत्र भरना होगा।

	<p><u>IHMS द्वारा प्रकट की जाने वाली विशिष्ट व्यक्तिगत सूचनाएं:</u> आपको स्पष्ट किंतु संक्षिप्त रूप से यह बताना होगा कि आप IHMS को अपने नामांकित संस्था या प्रतिनिधि के समक्ष किस सूचना को प्रकट किए जाने का अधिकार देते/देती हैं। उदाहरण के लिए, “पूरी मेडिकल फाइल”, “हाथ में लगी चोट संबंधी”, “मानसिक स्वास्थ्य संबंधी रिकॉर्ड”, इत्यादि।</p> <p><u>भविष्य में व्यक्तिगत सूचनाएं:</u> सहमति प्रपत्र उस तिथि तक मान्य होता है जबतक के लिए सहमति दी गई है (वर्तमान व्यक्तिगत सूचना सहित)। यदि आप चाहते/चाहती हैं कि भविष्य के रिकॉर्ड (यानि IHMS द्वारा सहमति तिथि के बाद एकत्र की गई आपकी व्यक्तिगत सूचना) आपके द्वारा नामांकित संस्था या प्रतिनिधि को उपलब्ध कराए जाएं, तो आपको सहमति प्रपत्र में “भविष्य में व्यक्तिगत सूचनाएं” दिखाने वाले स्थान पर हस्ताक्षर करना चाहिए। यदि उस स्थान पर कोई हस्ताक्षर नहीं किया गया है तो IHMS उसका यह अर्थ निकालेगा कि आप भविष्य के रिकॉर्ड के प्रकटीकरण के लिए सहमति नहीं दे रहे/रही हैं।</p>
<p>IHMS द्वारा हस्ताक्षर का पुष्टिकरण</p>	<p>आपको यह सुनिश्चित करना चाहिए कि जब आप सहमति प्रपत्र भरने के लिए इच्छुक हों, तो आप उस प्रपत्र को IHMS द्वारा नियुक्त किसी चिकित्सक के समक्ष भरें (यदि आप आत्रजन अवरोध केन्द्र अर्थात ‘immigration detention facility’ या क्षेत्रीय प्रसंस्करण केन्द्र (Regional Processing Centre) में रह रहे/रही हों, तो यह IHMS स्वास्थ्य क्लीनिक का कोई चिकित्सक हो सकता है या यदि आप समुदाय में रह रहे/रही हों, तो यह IHMS द्वारा आपके सामुदायिक स्वास्थ्य चिकित्सक के रूप में नियुक्त कोई चिकित्सक हो सकता है। (यदि आप ऑस्ट्रेलिया में कम्युनिटी डिटेंशन में रह रहे/रही हों तो वह IHMS द्वारा आपके लिए नियुक्त कोई सामान्य चिकित्सक होगा या फिर Nauru Settlement Clinic अथवा East Lorengau Refugee Transit Centre on Manus Island का कोई चिकित्सक होगा)। यदि आप ऑस्ट्रेलियाई समुदाय में किसी वीजा के तहत रह रहे/रही हों, तो आपको सहमति प्रपत्र का उपयोग नहीं करना चाहिए, बल्कि आपको ऑस्ट्रेलियाई सूचना स्वतंत्रता अधिनियम के तहत आत्रजन और सीमा सुरक्षा विभाग के पास पहुँच के लिए सीधे आवेदन करना चाहिए।</p>

सहमति देने वाला व्यक्ति ("व्यक्ति") (इस खंड को भरना अनिवार्य है)

नाम:		पहचान सँख्या:
<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री	जन्मतिथि: ____ / ____ / ____	आयु:
भाषा:	दुभाषिए की सेवा ली गई: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	दुभाषिया सँख्या:

माता/पिता/कानूनी अभिरक्षक द्वारा सहमति

(केवल तभी भरा जाना चाहिए जब व्यक्ति सहमति देने में सक्षम न हो: यदि व्यक्ति सहमति देने में सक्षम हो तो इस खंड को खाली छोड़ दिया जाना चाहिए)

नाम:	
जन्मतिथि:	व्यक्ति से संबंध:

सहमति की मान्यता और सहमति वापस लेने के अधिकार की सूचना

इस सहमति प्रपत्र पर हस्ताक्षर करके मैं यह स्वीकार करता/करती हूँ कि इसमें निहित मेरी सहमति तबतक मान्य रहेगी जबतक मेरे द्वारा इसे वापस न ले लिया जाए अथवा मेरे द्वारा यह सहमति देने के बाद पांच (5) वर्ष न बीत जाएँ (इनमें से जो भी पहले आएँ)। मैं यह समझता/समझती हूँ कि 'इंटरनेशनल हेल्थ एंड मेडिकल सर्विसेज प्रा. लिमिटेड' (International Health and Medical Services Pty Limited - IHMS) को बाद में लिखित निर्देश देकर मैं किसी भी समय इस सहमति को वापस ले सकता/सकती हूँ या इसमें संशोधन कर सकता/सकती हूँ।

सहमतियां

(नीचे दिए गए सभी रिक्त स्थान भरे जाने चाहिए)

IHMS (इसकी सहायक संस्थाएं सहित) को इस माध्यम से अधिकृत और निर्देशित किया जाता है कि वह मेरी वर्तमान व्यक्तिगत सूचनाओं को (जिनमें IHMS के पास संरक्षित संवेदनशील सूचनाएं भी शामिल हैं) नीचे उल्लिखित नामांकित संस्था या मेरे प्रतिनिधि (जिसकी पहचान नीचे दी गई है) के समक्ष प्रकट करे:

संस्था/प्रतिनिधि (केवल एक ही संस्था या प्रतिनिधि का नाम अंकित किया जाना चाहिए: प्रत्येक संस्था और/या प्रतिनिधि के लिए अलग-अलग प्रपत्र का उपयोग किया जाना चाहिए)	IHMS द्वारा प्रकट की जाने वाली विशिष्ट व्यक्तिगत सूचना
--	---

व्यक्ति का हस्ताक्षर (या माता/पिता/अभिरक्षक का हस्ताक्षर, यदि व्यक्ति सहमति देने में सक्षम न हो):	सहमति की तिथि:
--	-----------------------

IHMS (इसकी सहायक संस्थाएं सहित) को इस माध्यम से अधिकृत और निर्देशित किया जाता है कि वह भविष्य में मेरी व्यक्तिगत सूचनाओं को (जिनमें IHMS के पास संरक्षित संवेदनशील सूचनाएं भी शामिल हैं) उपरोक्त नामांकित संस्था या मेरे प्रतिनिधि (जिसकी पहचान ऊपर दी गई है) की कानून-सम्मत मांग पर उनके समक्ष प्रकट करे:

व्यक्ति का हस्ताक्षर (या माता/पिता/अभिरक्षक का हस्ताक्षर, यदि व्यक्ति सहमति देने में सक्षम न हो): (यदि IHMS द्वारा भविष्य के रिकॉर्ड को प्रकट नहीं किया जाना है तो नीचे के दिनांक और हस्ताक्षर स्थान खाली छोड़ दिए जाने चाहिए)	सहमति की तिथि:
---	-----------------------

मौखिक सहमति (केवल IHMS स्टाफ के प्रयोग के लिए) – मौखिक सहमति का प्रयोग केवल तभी किया जाना चाहिए जब लिखित सहमति ले पाना व्यावहारिक न हो: यदि मौखिक सहमति लागू न हो सके तो नीचे के दिनांक और हस्ताक्षर स्थान खाली छोड़ दिए जाने चाहिए: मैंने प्रस्तावित प्रकटीकरणों के बारे में व्यक्ति के साथ चर्चा कर ली है। मैं संतुष्ट हूँ कि व्यक्ति प्रस्तावित प्रकटीकरणों के बारे में समझता है और उसने इनके लिए अपनी सूचित सहमति दे दी है।

IHMS चिकित्सक का हस्ताक्षर:	IHMS चिकित्सक का नाम:	तिथि:
------------------------------------	------------------------------	--------------

IHMS द्वारा व्यक्ति के हस्ताक्षर का पुष्टिकरण

(या माता/पिता/कानूनी अभिरक्षक का हस्ताक्षर, यदि व्यक्ति सहमति देने में सक्षम न हो):

IHMS द्वारा नियुक्त किए गए एक चिकित्सक के रूप में मैं इस बात की पुष्टि करता/करती हूँ कि ऊपर सहमति खंड में जिस व्यक्ति का हस्ताक्षर है वह उसी व्यक्ति का हस्ताक्षर है जिसे इस सहमति प्रपत्र में संदर्भित किया गया है (या वैकल्पिक रूप से, यदि वह व्यक्ति सूचित सहमति देने में सक्षम नहीं है तो यह उस व्यक्ति के माता/पिता अथवा कानूनी अभिरक्षक का हस्ताक्षर है)।

IHMS चिकित्सक का हस्ताक्षर:	IHMS चिकित्सक का नाम:	तिथि:
------------------------------------	------------------------------	--------------