

تاسي باید "نورو ډلو ته د خصوصي معلوماتو د افشا کولو لپاره رضایت ورکول" (MR049) فورمي څخه استفاده وکړئ او IHMS ته لارښوونه وکړئ چې ستاسي اوسني خصوصي معلومات (د حساسو او روغتیايي معلوماتو په شمول)، لکه څنګه چې د 1988 کال د استرالیا د محرمیت قانون کې تعریف شوي دي، ستاسي لخوا لاندې په ګوته شوي اداري/استازي ته افشا کړي. همدا رنگه تاسي ته به دا فرصت هم درکړي چې IHMS ته لارښوونه وکړئ چې د راتلونکي اسناد چې ستاسي خصوصي معلومات ولري، هم افشا کړي.

په خپل رضایت ورکولو سره، تاسي باید په دې باندې خبر شئ چې ستاسي خصوصي معلومات به د هغې اداري/استازي لخوا چې تاسي هغوی ته لاسرسی ورکړئ، څه ډول استعمالیږي، دا اداره/استازي څه په نیت کې لري چې ستاسي خصوصي معلومات به د څومره وخت لپاره ساتي او د دې معلوماتو د خوندي ساتلو لپاره به څه تدابیر نیسي. تاسي باید په دې باندې هم ځان خبر کړئ چې کوم بل شخص ته د خپلو خصوصي معلوماتو په ورکولو سره (چې په هغوی کې حساس معلومات هم شامل دي) کوم احتمالي خطرات موجود دي. دې ته د ځان خبرول یا پوهول وایي، او هغه رضایت چې تاسي یې ورکوي، هغه به "آگاهانه رضایت ورکول" وي. IHMS غواړي په دې باندې ډاډه شي چې کله تاسي رضایت ورکړئ، نو دا رضایت ورکول آگاهانه دی. تاسي ته په مشوره درکولو سره، چې د IHMS لخوا ستاسي خصوصي معلومات ستاسي لخوا معرفي شوي اداري یا استازي ته د افشا کولو سره کوم احتمالي خطرات موجود دي، IHMS به داسې ګڼي چې کوم رضایت چې تاسي د رضایت ورکولو په فورمه کې ورکړئ دی، هغه به آگاهانه رضایت ورکول وي.

همدا رنگه تاسي باید په یاد ولرئ چې تاسي کولی شي خپل رضایت هر وخت چې وغواړئ فسخ او یا تبدیل کړئ، او د دې کار لپاره باید IHMS ته لیکل شوي لارښوونه وکړئ.

مهرباني وکړئ او دا خبره یقیني کړئ چې د رضایت ورکولو فورمه په ډیر دقت سره ولولئ. که چیرې په شرایطو باندې د پوهیدلو لپاره مرستې ته ضرورت لرئ، مهرباني وکړئ او له IHMS نه پوښتنه وکړئ. وروسته له هغه چې دا فورمه لاسلیک کړئ، لطفاً د رضایت ورکولو د لاسلیک شوي فورمي یوه کاپي د راتلونکي لپاره د مرجع په توګه له ځان سره وساتئ.

ستاسي د خصوصي معلوماتو د افشا کولو په اړه د تصمیم نیولو لپاره، IHMS به دا کار یوازې هغه وخت وکړئ چې دا افشا کول قانوني وي او د استرالیا د محرمیت قانون سره برابر وي.

برخه	لارښوونه
هغه شخص چې رضایت ورکوي	(مهرباني وکړئ او دا خبره په یاد ولرئ چې که تاسي لاندې ورکړ شوي لارښوونې مراعات نه کړئ، نو کیدای شي IHMS ستاسي د رضایت ورکولو فورمه رد کړي، تر هغه چې دا فورمه په مناسب ډول بشپړه شي)
د والدین/قانوني سرپرست رضایت ورکول	تولې برخې باید په انګریزي حروفو، اعدادو او د نښې لیکلو په فارمټ کې ولیکل شي، او په هغو ځایونو کې چې راجع کيږي نو یوازې له غټو انګلیسي حروفو څخه استفاده وشي. هغه ماشومان چې عمر یې تر 16 کلنې کم دی، هغوی باید د والدینو یا د دولت لخوا رسمي صلاحیت لرونکي قانوني سرپرست رضایت راوړي چې د ماشوم خصوصي معلومات افشا کړي شي. هغه ماشومان چې عمر یې 16 کاله او تر 18 کلنې پورې عمر لري، هغوی باید خپل رضایت پخپله ورکړي، مګر دا چې داسې طبي شواهد موجود وي چې دا ماشوم د آگاهانه رضایت ورکولو ظرفیت نه لري. د دې عمر ماشومانو د خصوصي معلوماتو د افشا کولو اجازه د والدین یا قانوني سرپرست لخوا هغه مهال ورکول کیدای شي چې که دا ماشوم، چې د آگاهانه رضایت ورکولو ظرفیت لري، په لیکل شوي توګه د والدین یا قانوني صلاحیت لرونکي لخوا IHMS ته د لارښوونو سره موافقه وکړي. هغه شخص چې عمر یې تر 16 کاله پورته وي، او کوم چې د صلاحیت لرونکي طبي کارکوونکي لخوا داسې ګڼل کيږي چې دا ظرفیت نه لري چې آگاهانه رضایت ورکړي، هغوی ته به د مناسب اداري لخوا قانوني سرپرست وټاکل شي. دا قانوني سرپرست، یا والدین، کولی شي د هغه شخص په استازیتوب د رضایت ورکولو فورمه لاسلیک کړي. د قضایي دعوی سرپرست یوازې د قضایي دعوی لپاره د شخص د خصوصي معلومات د افشا کولو اجازه ورکولی شي، د کوم لپاره چې د سرپرستي حکم ورکړ شوی دی.
رضایت ورکول	اداره/استازي: د رضایت ورکولو په فورمه کې باید یوازې یوه اداره یا استازي ونومول شي. که چیرې د رضایت ورکولو په فورمه کې دوه یا ډیر کسان ذکر شي، IHMS به له لیست څخه یوازې لومړۍ اداره یا استازي په رسمیت وپېژني. که تاسي غواړئ چې خپل خصوصي معلومات دوه یا ډیرو ادارو یا استازو په اختیار کې ورکړي، بیا نو تاسي اړ یاست چې د هرې اداري یا سازمان او/یا استازي لپاره بیل فورمونه تکمیل کړئ. مشخص خصوصي معلومات چې د IHMS لخوا به افشا کيږي: تاسي باید په څرګنده څو په لنډیز سره دا ولیکئ چې IHMS ته اجازه ورکړئ کوم معلومات ستاسي لخوا نومول شي اداري یا استازي ته افشا کړي. د مثال په توګه: "مکمله طبي دوسیه"، "د لاس د زخم اړوند"، "د ذهني ناروغي سوابق"، او داسې نور. راتلونکي خصوصي معلومات: د رضایت ورکولو دا فورمه د رضایت ورکولو تر نښې پورې اعتبار لري (اوسني خصوصي معلومات پکې شامل دي). که تاسي غواړئ چې راتلونکي سوابق (یعني، ستاسي خصوصي معلومات کوم چې د رضایت

<p>ورکولو له نيټې وروسته د IHMS لخوا راټوليزي) ستاسي لخوا نومول شوي اداري يا استازي په اختيار کي ورکړ شي، بيا نو تاسي بايد د رضایت ورکولو په فورمه کي هغه برخه لاسليک کړئ چي "د راتلونکي خصوصي معلومات" لپاره ځانگړي شوي ده. که په دي برخه کي لاسليک ونشي، بيا نو IHMS د دي په اړه داسي معنی اخلي چي تاسي د خپلو راتلونکو سوابقو د افشا کولو لپاره رضایت نه ورکړئ.</p>	
<p>اسي بايد دا خبره يقيني کړئ چي کله غواړئ د رضایت ورکولو فورمه بشپړه کړئ، تاسي بايد دا فورمه د IHMS لخوا ټاکل شوي روغتيايي کارکوونکي په وړاندي لاسليک کړئ (که تاسي د مهاجرت د توقيف په مرکز يا د پروسس کولو سيمه ييز مرکز کي اوسيرئ، نو دا کيداى شي د IHMS په روغتيايي کلينیک کي روغتيايي کارکوونکي وي، او يا هم که تاسي په ټولنه کي اوسيرئ، نو دا به هغه روغتيايي کارکوونکي وي چي د IHMS لخوا تاسي ته د روغتيايي خدماتو د چمتو کولو لپاره نومول شوي وي (دا به هغه عمومي روغتيايي کارکوونکي وي چي IHMS تاسي ته اختصاص درکړي که تاسي په استراليا کي د ټولني په توقيف کي اوسيري او يا هم روغتيايي کارکوونکي د Nauru د ميشنډني کلينیک کي او يا د East Lorengau د مهاجرينو انتقالي مرکز په Manus Island کي). که تاسي په استراليايي ټولنه کي په ويزه باندي ژوند کوئ، بيا نو تاسي بايد د رضایت ورکولو فورمه استعمال نه کړئ، او په عوض کي د استراليا د معلوماتو د آزادي قانون لاندي د لاسرسي لپاره مستقيماً د مهاجرينو او سرحداتو د حفاظت وزارت ته غوښتنليک وکړئ.</p>	<p>د IHMS لخوا د لاسليک تصدیقول</p>

هغه شخص چې رضایت ورکوي ("شخص")
(دا برخه باید بشپړه شي)

نوم:	د هويت شميره:		
نارینه <input type="checkbox"/>	بځينه <input type="checkbox"/>	د زيربڼې نيټه:	عمر:
ژبه:	له ژباړن نه استفاده شوي:	هو <input type="checkbox"/>	نه <input type="checkbox"/>
د ژباړن شميره:			

د والدين/قانوني سرپرست رضایت

(يوازې هغه مهال دي دا برخه بشپړه شي که شخص نشي کولای چې رضایت ورکړي؛ که شخص کولای شي چې رضایت ورکړي، دا برخه باید تشه پرېښودل شي)

نوم:	له شخص سره خپلوي:
د زيربڼې نيټه:	

د رضایت ورکولو د اعتبار موده او د فسخ کولو د حق خبرتيا

د رضایت ورکولو د دي فورمې په لاسليک کولو سره، زه په دي پوهيرم چې زما رضایت به تر هغه وخت پوري اعتبار ولري چې زه بي فسخ کړم او يا هم له هغې نيټې څخه چې ما رضایت ورکړي، پنځه (5) کاله تير شي (هر يو چې لومړی راشي). زه په دي پوهيرم چې زه کولی شم هر وخت چې وغواړم دا رضایت نامه فسخ کړم يا هغه کې تغييرات راوړم، او د دي کار لپاره باید زه د نړيوال روغتيايي او طبي خدمتونو خصوصي شرکت (IHMS) ته ليکلي لارښوونې ورکوم.

رضایت ورکول

(ټولې برخې باید تکميل شي)

IHMS، او د هغه تر لاس لاندې ادارې، په دي توگه صلاحيت لري او لارښوونه ورته کيږي چې زما اوسني خصوصي معلومات (د حساسو معلوماتو په شمول چې د IHMS لخوا ساتل کيږي) د لاندې ورکړ شوي مشخصاتو سره سم نومول شوي ادارې يا زما استازي ته (چې لاندې په گوته شوي دي) افشا کړي.

هغه مشخص خصوصي معلومات چې د IHMS لخوا به افشا کيږي	اداره / استازی (يوازې يوه اداره يا استازی باید وليکل شي: د هر نومول شوي ادارې او/يا استازي لپاره باید بيل فورمونه استعمال شي.)
د رضایت ورکولو نيټه:	د شخص لاسليک (با والدين/سرپرست که چيري دا شخص نشي کولی چې رضایت ورکړي)

IHMS، او د هغه تر لاس لاندې ادارې، په دي توگه صلاحيت لري او لارښوونه ورته کيږي چې زما اوسني خصوصي معلومات (د حساسو معلوماتو په شمول چې د IHMS لخوا ساتل کيږي) د لاندې ورکړ شوي مشخصاتو سره سم نومول شوي ادارې يا زما استازي ته (چې لاندې په گوته شوي دي) د نومول شوي ادارې/استازي د قانوني غوښتنې سره سم افشا کړي.

د رضایت ورکولو نيټه:	د شخص لاسليک (با والدين/سرپرست که چيري دا شخص نشي کولی چې رضایت ورکړي) [که چيري نه غواړئ چې راتلونکې سوابق د IHMS لخوا افشا شي، نو لاندې د لاسليک او نيټې ځای باید تش پرېښودل شي]
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

شفاهي رضایت ورکول (يوازې د IHMS د کارکوونکو د استفادې لپاره) - شفاهي رضایت ورکول باید يوازې هغه مهال استفاده وشي که د تحريري رضایت اخيستل عملي نه وي: که شفاهي رضایت ورکول نه راجع کيږي، لاندې د لاسليک او نيټې ځایونه باید تش پرېښودل شي):
ما د وړاندې شوي افشا کولو په اړه له شخص سره خبرې وکړي. زه په دي باندي داده يم چې دا شخص د وړاندې شوي افشا کولو په اړه پوهيږي او خپل آگاهانه رضایت يې ورکړی دی.

د IHMS د روغتيايي کارکوونکي لاسليک:	د IHMS د روغتيايي کارکوونکي نوم:	نيټه:
-------------------------------------	----------------------------------	-------

د IHMS لخوا د شخص د لاسليک تاييدول

(يا د والدين/قانوني سرپرست د لاسليک تاييدول، که شخص نشي کولی رضایت ورکړي)

د IHMS د روغتيايي کارمند په توگه، زه دا تاييدوم د هغه شخص لاسليک چې پورته د رضایت ورکولو په برخه کې بنکاري، د هغه شخص لاسليک دی چې د رضایت ورکولو دا فورمه هغه ته راجع کيږي (يا، په متبادل ډول، هغه شخص نشي کولی چې آگاهانه رضایت ورکړي او دا لاسليک د هغه شخص د والدين يا قانوني سرپرست لاسليک دی).

د IHMS د روغتيايي کارکوونکي لاسليک:	د IHMS د روغتيايي کارکوونکي نوم:	نيټه:
-------------------------------------	----------------------------------	-------