

1988 ஆம் ஆண்டின் அவுஸ்திரேலிய தனியுரிமைச் சட்டத்தின் மூலம் வரையறுக்கப்பட்டவாறு, நீங்கள் கீழே குறிப்பிட்டுக் காட்டியுள்ள அமைப்புகள்/ பிரதிநிதிகளுக்கு உங்களது தற்போதைய தனிப்பட்ட தகவல்களை (முக்கியமான மற்றும் சுகாதார தகவல்கள் உள்ளிட்டவை) வழங்குவதற்கு IHMS ஐ அறிவுறுத்தும் வகையில் "தனிப்பட்ட தகவல்களை பிற தரப்பினருக்கு வழங்குவதற்கான சம்மதத்தைத் தெரிவித்தல்" எனும் படிவத்தை (MR049) நீங்கள் உபயோகிக்க வேண்டும். மேலும் இது உங்களது எதிர்காலத் தனிப்பட்ட தகவல்களை வெளிப்படுத்தும் வகையில் IHMS ஐ அனுமதிப்பதற்கான ஏற்பாட்டினையும் இப்படிவம் வழங்குகிறது.

நீங்கள் உங்களது சம்மதத்தைத் தெரிவிக்கும் போது, தகவல்களைப் பெறுவதற்கு நீங்கள் அனுமதிக்கின்ற குறித்த அமைப்பினால் அல்லது பிரதிநிதியினால் உங்களது தனிப்பட்ட தகவல்கள் எவ்வாறு உபயோகிக்கப்படவுள்ளன, குறித்த அமைப்பு அல்லது பிரதிநிதி எவ்வளவு காலத்திற்கு உங்களது தனிப்பட்ட தகவல்களைப் பேணுவதற்கு உத்தேசித்துள்ளது, மற்றும் அத்தகைய உங்களது தனிப்பட்ட தகவல்கள் தொடர்பில் எவ்வாறான பாதுகாப்பினைப் பேணவுள்ளது என்பது பற்றி நீங்களாகவே அறிந்துகொள்ள வேண்டியது கட்டாயமாகும். மேலும், பிற தரப்பினருக்கு இவ்வாறு உங்களது தனிப்பட்ட தகவல்களை (உணர்ச்சிமிக்க தகவல்கள் உள்ளிட்டவை) வழங்கும் போது அதிலுள்ள இடர்கள் பற்றியும் நீங்கள் அறிந்துகொள்ள வேண்டும். இதுவே தகவல் அளிக்கப்படுதல் எனப்படுவதோடு, இதற்காக நீங்கள் வழங்கும் சம்மதமானது "தகவல் தெரிந்த இசைவு" எனப்படுகிறது. உங்களது சம்மதத்தை வழங்கும் போது, நீங்கள் தகவல் தெரிந்த இசைவையே வழங்குகின்றீர்கள் என்பது தொடர்பில் IHMS இற்கு பிரச்சினையற்றிருத்தல் வேண்டும். உங்களது தனிப்பட்ட தகவல்களை நீங்கள் பெயர் குறித்துரைக்கின்ற அமைப்பு அல்லது பிரதிநிதிக்கு வழங்குகையில் அதன் உபயோகம் மற்றும் அதிலுள்ள இடர்கள் போன்றன பற்றி நீங்களாகவே அறிந்துகொள்ள வேண்டுமென உங்களுக்கு ஆலோசனை வழங்குவதன் மூலம், இந்தச் சம்மதப் படிவத்தில் நீங்கள் வழங்கியுள்ள சம்மதமானது தகவல் தெரிந்த இசைவாக இருக்குமென்றே IHMS கருதுகிறது.

எந்த நேரத்திலும் நீங்கள் வழங்கிய சம்மதத்தை இரத்துச் செய்யவோ அல்லது அதில் திருத்தம் மேற்கொள்ளவோ வேண்டுமாயின், அதற்கான கோரிக்கையொன்றை IHMS இற்கு வழங்குவதன் மூலம் அதனை மேற்கொள்ளலாமென்பதை நீங்கள் நினைவிற்கொள்ளல் வேண்டும்.

தயவுசெய்து நீங்கள் சம்மதப் படிவத்தை மிகவும் அவதானமாக வாசித்துள்ளீர்கள் என்பதை உறுதிப்படுத்தவும். அதிலுள்ள விடயங்களை விளங்கிக் கொள்வதில் உங்களுக்கு ஏதேனும் உதவி தேவைப்பின், தயவுசெய்து அது பற்றி IHMS ஐத் தொடர்புகொண்டு அறிந்துகொள்ளவும். நீங்கள் இதில் கையொப்பமிட்ட பின்னர், உங்களது எதிர்காலத் தேவைகளுக்காக நீங்கள் கையொப்பமிட்ட சம்மதப் படிவத்தின் பிரதியொன்றை நீங்கள் வைத்துக்கொள்ளவும். உங்களது தனிப்பட்ட தகவல்களை வெளிப்படுத்தல் பற்றித் தீர்மானிப்பதில்,

அத்தகைய வெளிப்படுத்தலானது சட்ட ரீதியானதாகவும் அது அவுஸ்திரேலிய தனியுரிமைச் சட்டத்துடன் இசைவுற்றதாகவும் இருக்குமிடத்து மாத்திரமே அதனை IHMS வெளியிடும்.

பிரிவு	வழிகாட்டல் (கீழே வழங்கப்பட்டுள்ள வழிகாட்டல் விடயங்களுடன் நீங்கள் உடன்படாதவிடத்து, இப் படிவமானது உரியவாறு பூர்த்திசெய்யப்படும் வரை உங்களது சம்மதப் படிவத்தை IHMS இரத்துச் செய்வதற்கே இது இட்டுச்செல்லாம் என்பதைத் தயவுசெய்து நினைவிற்கொள்க)
சம்மதத்தை வழங்கும் நபர்	இங்கு அனைத்துப் பிரிவுகளும் ஆங்கில எழுத்துக்கள் மற்றும் இலக்கங்களைக் கொண்டும் திகதி முறை மற்றும் மாதிரிக்கு இணங்கப், பொருத்தமானவிடத்து பெரிய எழுத்தில் பூரணப்படுத்தப்படல் வேண்டும்.
பெற்றோர் /சட்ட ரீதியான பாதுகாவலரின் சம்மதம்	16 வயதிற்குக் கீழான சிறுவர்கள், தமது தனிப்பட்ட தகவல்களை வெளிப்படுத்துவதற்கான சம்மதத்தை வழங்குவதற்கு, தமது பெற்றோரில் ஒருவரை அல்லது அரசு அங்கீகாரம் பெற்ற சட்ட ரீதியான பாதுகாவலர் ஒருவரைக் கொண்டிருத்தல் வேண்டும் .

	<p>16 வயது முதல் 18 வயது வரையுமான சிறுவர்கள் தகவல் தெரிந்த சம்மதத்தை வழங்குவதற்கான திறமையற்றவர்கள் என்பதற்கான மருத்துவச் சான்றிதழ் இல்லாதவிடத்து, அவர்கள் தமது சொந்த சம்மதத்தை வழங்கலாம். தமது தகவலளிக்கப்பட்ட சம்மதத்தை வழங்குவதற்கான திறமையினைக் கொண்ட சிறுவன், பெற்றோரினால் அல்லது சட்டரீதியான அதிகாரத்தினால் IHMS இற்கு வழங்கப்படும் அறிவுறுத்தலுக்கு எழுத்து மூலம் உடன்படுமிடத்து, இந்த வயதுக் குழுவின்ருக்கான தனிப்பட்ட தகவல்களை வெளிப்படுத்துவதற்கான சம்மதத்தை ஒரு பெற்றோரினால் அல்லது சட்ட ரீதியான பாதுகாவலரினால் மாத்திரமே வழங்க முடியும்.</p> <p>16 வயதிற்கு மேற்பட்ட நபர் ஒருவர் தகவலறிந்த சம்மதத்தை வழங்குவதற்கான திறமையற்றவரென ஒரு தகைமையுடைய மருத்துவரினால் கருதப்படுமிடத்து, அக்குறித்த நபர் ஒரு பொருத்தமான அதிகாரசபையினால் நியமிக்கப்படுகின்ற ஒரு சட்ட ரீதியான பாதுகாவலரைக் கொண்டிருத்தல் வேண்டும். அக்குறித்த சட்ட ரீதியான பாதுகாவலர் அல்லது ஒரு பெற்றோர் மேற்படி குறித்த நபரின் சார்பில் சம்மதப் படிவத்தில் கையொப்பமிடலாம்.</p> <p>வழக்காடுகிற பாதுகாவலர் வழக்காடுவதற்காக உத்தரவிடப்பட்ட காப்புரிமை நோக்கத்திற்காக மட்டுமே தனிப்பட்ட தகவல்களை வெளியிடமுடியும்.</p>
<p>கையொப்பத்தை IHMS சரியென நிரூபித்தல்</p>	<p><u>அமைப்பு/பிரதிநிதி:</u> ஒரு அமைப்பு அல்லது பிரதிநிதி மாத்திரமே சம்மதப் படிவத்தில் இனங்காணப்படல் வேண்டும். இதன்போது, இரண்டு அல்லது அதற்கு மேற்பட்டவை குறிப்பிடப்பட்டிருப்பின், முதலில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அமைப்பு அல்லது பிரதிநிதியை மாத்திரமே IHMS கவனத்திற்கொள்கிறது. நீங்கள் உங்களது தனிப்பட்ட தகவல்களை இரண்டு அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட அமைப்புக்களுக்கோ அல்லது பிரதிநிதிகளுக்கோ வெளிப்படுத்த விரும்பினால், அக்குறிப்பிட்ட ஒவ்வொரு அமைப்பு மற்றும்/அல்லது பிரதிநிதிக்கான தனியான சம்மதப் படிவங்களை பூரணப்படுத்த வேண்டியிருக்கும்.</p> <p><u>IHMS யினால் வெளிப்படுத்துகின்ற குறிப்பிட்ட தனிப்பட்ட தகவல்கள்</u> நீங்கள் பரிந்துரைக்கும் அமைப்பு அல்லது பிரதிநிதிக்கு எத்தகைய தகவல்களை வெளிப்படுத்துவதற்கான அனுமதியை நீங்கள் IHMS இற்கு வழங்குகின்றீர்கள் என்பது பற்றி தெளிவாகவும் சுருக்கமாகவும் நீங்கள் அறிந்து கொள்ளல் வேண்டும். உதாரணமாக, “முழு மருத்துவ ஆவணக் கோவை”, “கையில் ஏற்பட்ட காயம் பற்றியது”, “உள ஆரோக்கியம் பற்றிய பதிவுகள்” போன்றன.</p> <p><u>எதிர்காலத் தனிப்பட்ட தகவல்கள்:</u> சம்மதப் படிவமானது குறித்த சம்மதம் வழங்கப்படுகின்ற திகதி வரை மாத்திரமே செல்லுபடியாகின்றது (தற்போதைய தனிப்பட்ட தகவல்கள் உள்ளிட்டது). நீங்கள் பரிந்துரைத்துள்ள அமைப்பு அல்லது பிரதிநிதிக்கு உங்களது எதிர்காலத் தனிப்பட்ட தகவல்களும் (அதாவது, சம்மதித்தத் திகதியின் பின்னர் IHMS இனால் சேகரிக்கப்படுகின்ற உங்களது தனிப்பட்ட தகவல்கள்) கிடைக்க வேண்டுமென விரும்பினால், “எதிர்காலத் தனிப்பட்ட தகவல்கள்” என்பதற்கான சம்மதப் படிவத்தில் நீங்கள் கையொப்பமிடல் வேண்டும். அக்குறித்த இடத்தில் கையொப்பம் இடப்படாதவிடத்து, நீங்கள் உங்களது எதிர்காலத் தகவல்களை வெளிப்படுத்துவதற்கான சம்மதத்தை வழங்கவில்லை என்பதாகவே IHMS கருதுகின்றது.</p>
<p>கையொப்பத்தை IHMS சரியென நிரூபித்தல்</p>	<p>நீங்கள் சம்மதப் படிவத்தைப் பூரணப்படுத்தி நிறைவுசெய்யும் போது IHMS ஆல் ஈடுபடுத்தப்பட்டுள்ள மருத்துவர் ஒருவரின் முன்னிலையில் கையொப்பமிடுவதை உறுதிசெய்து கொள்ளவும். நீங்கள் புலம்பெயர் தடுப்புக்காவல் வசதியொன்றில் அல்லது பிராந்திய செயலாக்க மையத்தில் தங்கியிருப்பின், அங்குள்ளதொரு IHMS சுகாதார மருந்தகத்திலுள்ள ஒரு மருத்துவராவார். அல்லது நீங்கள் சமுதாயத்தில்</p>

தகவல் தாள்

தனிப்பட்ட தகவல்களைப் பிற தரப்பினருக்கு
வழங்குவதற்கான சம்மதத்தைத் தெரிவித்தல்.



	<p>வசிப்பின் உங்களது சமுதாய சுகாதார சேவை வழங்குனராக IHMS ஆல் பரிந்துரைக்கப்பட்டதொரு மருத்துவராவார் (நீங்கள் அவுஸ்திரேலியாவிலுள்ள சமுதாய தடுப்புக்காவலில் வசிப்பின் உங்களுக்கு IHMS ஆல் ஒதுக்கப்பட்ட பொது மருத்துவர் அல்லது நவ்ரு குடியேற்ற மருத்தகம் அல்லது மனுஸ் தீவிலுள்ள கிழக்கு லோரங்கோ அகதிகள் இடைமாற்ற மையம் ஆகியவற்றிலுள்ள மருத்துவர்). நீங்கள் வீசாவுடன் அவுஸ்திரேலிய சமுதாயத்தில் வசிப்பவராயின், நீங்கள் சம்மதப் படிவத்தை உபயோகிக்க வேண்டியதில்லை, மாறாக அவுஸ்திரேலியாவின் தகவல் சுதந்திரத்திற்கான சட்டத்தின் கீழ் புலம்பெயர் மற்றும் எல்லையோரப் பாதுகாப்புத் திணைக்களத்திற்கு நேரடியாக விண்ணப்பிக்கவும்.</p>
--	--

சம்மதம் தெரிவிக்கும் நபர் ("குறித்த நபர்")
 (இந்தப் பிரிவு கட்டாயமாக பூரணப்படுத்தப்படல் வேண்டும்)

பெயர்:	அடையாள அட்டை இலக்கம்:
<input type="checkbox"/> ஆண் <input type="checkbox"/> பெண்	பிறந்த திகதி: _____ / _____ / _____ வயது: _____
மொழி:	உரைபெயர்ப்பாளரைப் பயன்படுத்தியமை: <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
உரைபெயர்ப்பாளரின் இலக்கம்:	

பெற்றோரின்/சட்ட ரீதியான பாதுகாவலரின் சம்மதம்
 (குறித்த நபரினால் சம்மதத்தை வழங்க முடியாதவிடத்து மாத்திரம் இப் பிரிவினைப் பூரணப்படுத்தவும்: குறித்த நபரினால் சம்மதம் வழங்க முடியுமாயின் இப்பிரிவினை வெற்றிடமாக வைத்தல் வேண்டும்.)

பெயர்:	குறித்த நபருக்கான உறவுமுறை:
பிறந்த திகதி:	

சம்மதம் செல்லுபடியாதல் மற்றும் சம்மதத்தை இரத்துச் செய்வதற்கான உரிமை பற்றிய அறிவித்தல்

நான் இந்த சம்மதப் படிவத்தில் கையொப்பமிடுவதன் மூலம், இத்தால் குறிப்பிடப்படும் எனது சம்மதமானது அதனை நான் மீளப்பெறும் காலம் வரை அல்லது நான் இந்த சம்மதத்தை வழங்கிய தினத்திலிருந்து ஐந்து (5) வருடங்களைக் கொண்டதொரு காலப்பகுதியின் பின்னர் (இதில் எது முதலில் இடம்பெறுகிறதோ, அதுவரை) செல்லுபடியாகுமென்பதை நான் ஏற்றுக்கொள்கின்றேன். நான் வரையறுக்கப்பட்ட சர்வதேச சுகாதார மற்றும் மருத்துவச் சேவைகள் (IHMS) இற்கு எழுத்து மூலமான கோரிக்கையினை விடுப்பதன் மூலம் இந்த சம்மதத்தினை இரத்துசெய்யவோ அல்லது அதில் மாற்றம் செய்யவோ என்னால் முடியுமென்பதையும் நான் அறிந்துள்ளேன்.

சம்மதம் தெரிவித்தல் (கீழுள்ள அனைத்துப் பிரிவுகளும் பூரணப்படுத்தப்படல் வேண்டும்)

எனது தற்போதைய தனிப்பட்ட தகவல்களை (IHMS கொண்டுள்ள உணர்ச்சிமிக்க தகவல்கள் உள்ளிட்டவை) கீழே பெயர் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள அமைப்பிற்கு அல்லது எனது பிரதிநிதிக்கு (கீழே பெயர் குறிப்பிடப்பட்டவை) வழங்குவதற்கு IHMS இற்கும் அதன் துணைக் கம்பனிகளுக்கும் இத்தால் அறிவுறுத்தல் வழங்கி அதிகாரமளிக்கப்படுகிறது.

அமைப்பு/பிரதிநிதி (ஒரு அமைப்பு/பிரதிநிதி மாத்திரமே குறிப்பிடப்படல் வேண்டும்: பரிந்துரைக்கப்படும் அமைப்பு மற்றும்/அல்லது பிரதிநிதி ஒவ்வொன்றுக்குமாக தனியான படிவங்களை உபயோகிக்கவும்)	IHMS வெளிப்படுத்துகின்ற குறிப்பிட்ட தனிப்பட்ட தகவல்கள்
குறித்த நபரின் கையொப்பம் (அல்லது குறித்த நபரினால் சம்மதம் அளிக்க முடியாதவிடத்து பெற்றோர்/பாதுகாவலர்)	சம்மதத் திகதி:

எனது எதிர்காலத் தனிப்பட்ட தகவல்களை (IHMS கொண்டுள்ள உணர்ச்சிமிக்க தகவல்கள் உள்ளிட்டவை) பரிந்துரைக்கப்படும் அமைப்பிற்கு அல்லது எனது பிரதிநிதிக்கு (மேலே பெயர் குறிப்பிடப்பட்டவாறு), பரிந்துரைக்கப்பட்ட அமைப்பு/ பிரதிநிதியின் சட்டபூர்வமான தேவைப்பாட்டின் பேரில் வழங்குவதற்கு IHMS இற்கும் அதன் துணைஅமைப்புகளுக்கும் இத்தால் அறிவுறுத்தல் வழங்கி அதிகாரமளிக்கப்படுகிறது.

நபரினால் சம்மதம் அளிக்க முடியாதவிடத்து பெற்றோர்/பாதுகாவலர் (எதிர்காலத் தகவல்களை IHMS வெளிப்படுத்தக் கூடாதெனில், கீழுள்ள கையொப்பம் மற்றும் திகதி ஆகியவற்றை இடுவதற்கான பிரிவானது வெற்றிடமாக பேணப்படல் வேண்டும்)	சம்மதத் திகதி:
--	----------------

வாய் மூல சம்மதம் தெரிவித்தல் (IHMS பணியாளர்களின் உபயோகத்திற்கு மாத்திரம் - எழுத்து மூலமான சம்மதத்தைப் பெறுவதற்கு சாத்தியமற்றவிடத்து மாத்திரம் வாய் மூலமான சம்மதம் பெறப்படல் வேண்டும்: வாய் மூல சம்மதம் ஏற்புடையதாகாதவிடத்து, கீழுள்ள கையொப்பம் மற்றும் திகதி ஆகியவற்றை இடுவதற்கான பிரிவானது வெற்றிடமாக பேணப்படல் வேண்டும்): நான் குறித்த நபருடன் உத்தேச தகவல் வெளிப்படுத்துகை தொடர்பில் கலந்துரையாடியுள்ளேன். மேலும் தகவல் வெளிப்படுத்தல் பற்றிய உத்தேச திட்டத்தை குறித்த நபர் விளங்கிக் கொள்ளுள்ளமை தொடர்பில் நான் திருப்தியடைவதோடு, அவர் இதற்கான தனது தகவலறிந்த சம்மதத்தை வழங்கியுள்ளார்.

IHMS சுகாதார மருத்துவரின் கையொப்பம்:	IHMS சுகாதார மருத்துவரின் பெயர்:	திகதி:
--------------------------------------	----------------------------------	--------

கட்டுதல் எல்லை - எழுத்துக்கள் இல்லை

தனிப்பட்ட தகவல்களைப் பிற தரப்பினருக்கு வழங்குவதற்கான சம்மதத்தைத் தெரிவித்தல்

குறித்த நபரின் கையொப்பத்தை IHMS உறுதிப்படுத்தல்

(அல்லது குறித்த நபரினால் சம்மதம் வழங்க முடியாதவிடத்து பெற்றோர்/சட்ட ரீதியான பாதுகாவலரின் கையொப்பத்தை உறுதிப்படுத்தல்)

மேலே சம்மதம் தெரிவிக்கும் பிரிவில் இடப்பட்டுள்ள கையொப்பமானது இந்த சம்மதப் படிவம் குறிப்பீடு செய்கின்ற குறித்த நபருடைய கையொப்பமாகும் என்பதை (அல்லது, மாறாக குறித்த நபரினால் தகவலளிக்கப்பட்ட சம்மதத்தை வழங்க முடியாதவிடத்து, அக்குறித்த கையொப்பமானது குறித்த நபரின் பெற்றோரின் அல்லது சட்ட ரீதியான பாதுகாவலரின் கையொப்பம் என்பதை), IHMS ஆல் ஈடுபடுத்தப்பட்டதொரு சுகாதார மருத்துவர் என்ற வகையில், நான் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

IHMS சுகாதார மருத்துவரின் கையொப்பம்:

IHMS சுகாதார மருத்துவரின் பெயர்:

திகதி:

கட்டுதல் எல்லை - எழுத்துக்கள் இல்லை

தனிப்பட்ட தகவல்களைப் பிற தரப்பினருக்கு வழங்குவதற்கான சம்மதத்தைத் தெரிவித்தல்

MR_049_V2.00