

شما می خواهید برای اجازه دادن به IHMS جهت ارائه اطلاعات شخصی تان (شامل اطلاعات بهداشتی و اطلاعات حساس)، مطابق با تعاریف قانون حریم خصوصی استرالیا مصوب سال 1988 به سازمان/نماینده ای که در زیر ذکر کرده اید، از فرم "رضایت نامه ارائه اطلاعات شخصی به اشخاص ثالث" (MR049) استفاده کنید. با استفاده از آن حتی می توانید به IHMS نیز اجازه دهید که سوابق آتی محتوی اطلاعات شخصی شما را نیز ارائه کند.

زمانی که رضایت نامه را تنظیم می کنید، باید بدانید اطلاعات شخصی شما چگونه توسط سازمان یا نماینده ای که به آنها دسترسی می دهید استفاده خواهد شد، سازمان یا نماینده مذکور قصد دارند تا چه مدت اطلاعات شخصی شما را نگهداری کرده و از چه تمهیدات امنیتی برای محافظت از اطلاعات استفاده می کنند. همچنین باید از خطرات ارائه اطلاعات شخصی (شامل اطلاعات حساس) به دیگران آگاه باشید. به این "آگاه بودن" گفته می شود و رضایتی که بدین ترتیب می دهید "رضایت آگاهانه" خواهد بود. IHMS باید مطمئن باشد که اگر رضایت می دهید، رضایت شما آگاهانه است. IHMS با عنوان کردن این مطلب به شما که باید با موارد استفاده و خطرات ارائه اطلاعات شخصی شما توسط IHMS به سازمان یا نماینده منتخب تان آشنا باشید، فرض را بر این می گذارد که رضایت داده شده در فرم رضایت نامه، آگاهانه می باشد.

ضمناً باید به یاد داشته باشید که می توانید رضایت نامه خود را در هر زمان با ارسال یک درخواست کتبی به IHMS باطل کرده یا آن را تغییر دهید.

لطفاً فرم رضایت نامه را با دقت هر چه تمامتر مطالعه کنید. اگر برای درک الزامات و شرایط نیاز به کمک دارید، لطفاً از IHMS درخواست نمایید. بعد از امضای فرم رضایت نامه، لطفاً اطمینان حاصل کنید یک نسخه از آن را برای مراجعات آتی نگه می دارید.

در مورد ارائه اطلاعات شخصی شما، IHMS فقط زمانی مبادرت به این کار خواهد کرد که ارائه اطلاعات قانونی و مطابق با مفاد قانون حریم خصوصی استرالیا باشد.

بخش	راهنمایی
شخص رضایت دهنده	(لطفاً توجه داشته باشید که در صورت عدم رعایت راهنمایی های زیر ممکن است IHMS فرم رضایت نامه شما را رد کند تا زمانی که فرم کاملاً صحیح پر شود)
رضایت ولی/سرپرست قانونی	تمام بخش ها باید با استفاده از حروف الفبا، اعداد و سیستم و فرمت تاریخ انگلیسی و تنها با حروف درشت تکمیل گردد. برای ارائه اطلاعات شخصی کودکان زیر 16 سال، باید والدین یا سرپرست قانونی او که از سوی دولت به رسمیت شناخته شده است رضایت بدهند.  کودکاتی که سنشان بین 16 تا 18 سال است می توانند خودشان رضایت بدهند مگر اینکه شواهد و مدارک بالینی مبنی بر عدم توانایی کودک برای دادن رضایت آگاهانه در دست باشد. والدین یا سرپرستان کودکان این گروه سنی فقط زمانی می توانند مجوز ارائه اطلاعات شخصی کودک را بدهند که کودک با اینکه خودش می تواند آگاهانه رضایت بدهد، کتباً با رضایت دادن والدین یا سرپرست به IHMS موافقت نموده باشد.  برای یک شخص بالای 16 سال که توسط کارشناسان پزشکی واجد شرایط فاقد توانایی دادن رضایت آگاهانه تشخیص داده شود، یک سرپرست قانونی توسط مراجع ذیصلاح تعیین خواهد شد. آن سرپرست قانونی، یا والدین، می توانند فرم رضایت نامه را از طرف او امضاء نمایند.  سرپرست مسئول در روال دادگاهی فقط می تواند اجازه ارائه اطلاعات شخصی فرد را برای منظور روال دادگاهی که قیمیت برای آن داده شده است بدهد.
رضایت ها	<u>سازمان/نماینده:</u> در فرم رضایت نامه باید فقط یک سازمان یا نماینده مشخص شود. اگر نام و مشخصات دو یا چند سازمان یا نماینده ذکر شود، IHMS فقط آن سازمان یا نماینده ای را در نظر می گیرد که در فهرست اول باشد. اگر می خواهید اطلاعات شخصی خود را به دو یا چند سازمان یا نماینده ارائه کنید، باید برای هر یک از سازمان ها و/یا نماینده ها یک فرم رضایت نامه جداگانه پر کنید.  <u>تعیین اطلاعات شخصی که باید توسط IHMS ارائه شود:</u> شما باید خیلی خلاصه ولی بطور روشن نوع اطلاعاتی که IHMS اجازه ارائه شان به سازمان یا نماینده مشخص شده شما را خواهد داشت، ذکر نمائید. بعنوان مثال می توانید ذکر کنید "کل پرونده پزشکی"، "مربوط به جراحی دست"، "سوابق بهداشت و سلامت روان" و غیره.  <u>اطلاعات شخصی در آینده:</u> اعتبار فرم رضایت نامه تا تاریخی خواهد بود که برای آن رضایت داده شده است (که شامل اطلاعات شخصی مربوط به آن زمان می شود). اگر مایل هستید سوابق آتی شما (یعنی اطلاعات شخصی که بعد از تاریخ رضایت توسط IHMS گردآوری می شوند) در اختیار سازمان یا نماینده ای که تعیین کرده اید قرار بگیرد، باید قسمتی که با عنوان "اطلاعات شخصی در آینده" در فرم رضایت نامه مشخص شده است را امضاء کنید. اگر در آن قسمت امضائی وجود نداشته باشد، IHMS فرض را بر این می گذارد که شما با ارائه شدن اطلاعات آتی خود موافق نیستید.
گواهی امضاء برای IHMS	باید اطمینان حاصل کنید زمانی که می خواهید فرم رضایت نامه را تکمیل کنید، باید حتماً ترتیبی بدهید که آنرا در حضور یک کارشناس بهداشتی و درمانی مورد تأیید IHMS امضاء کنید (مثلاً اگر در یک بازداشتگاه مهاجرتی یا مرکز پردازش منطقه ای هستید، یک کارشناس بهداشتی و درمانی در یک کلینیک بهداشتی IHMS، یا اگر در جامعه محلی زندگی می کنید یک کارشناس بهداشتی و درمانی معرفی شده توسط IHMS در آن منطقه می تواند این کار را انجام دهد (اگر در بازداشت اجتماعی در استرالیا هستید، کارشناس بهداشتی و درمانی عمومی تعیین شده توسط IHMS، یا یک کارشناس بهداشتی و درمانی در کلینیک منطقه ناورو یا مرکز نگهداری موقت پناهندگان لورنگاو شرقی در جزیره مانوس). اگر با ویزا در جامعه محلی استرالیا زندگی می کنید نباید از این فرم رضایت نامه استفاده کنید، بجای آن باید تحت قانون آزادی اطلاعات استرالیا باید برای دسترسی مستقیم از اداره مهاجرت و محافظت از مرزها درخواست نمائید..

# رضایت نامه ارائه اطلاعات شخصی به اشخاص ثالث

("شخص") شخص رضایت دهنده  
(این قسمت باید تکمیل شود)

نام:	شماره شناسایی:		
مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد:	سن:	
زبان:		استفاده از مترجم:	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شماره مترجم:

## رضایت ولی/سرپرست قانونی

(فقط در صورتی باید تکمیل شود که شخص قادر به رضایت دادن نیباشد: اگر شخص می تواند رضایت بدهد این بخش را خالی بگذارید)

نام:	نسبت با شخص:
تاریخ تولد:	

## اعلامیه اعتبار رضایت نامه و حق باطل ساختن آن

من با امضای این فرم رضایت نامه تأیید می نمایم که رضایت داده شده در اینجا تا زمانی که توسط من باطل گردد یا برای مدت پنج (5) سال از تاریخ رضایت دادن (هرکدام که زودتر بود) اعتبار خواهد داشت. من می دانم که می توانم این رضایت نامه را در هر زمان با دادن یک درخواست کتبی به International Health and Medical Services Pty Limited (IHMS) باطل ساخته یا آن را تغییر بدهم.

## رضایت ها

(تمام قسمت های زیر باید تکمیل شوند)

IHMS و زیرمجموعه های آن بدینوسیله اجازه می یابند و از آنها خواسته می شود که اطلاعات شخصی حال حاضر من (شامل اطلاعات حساسی که در اختیار IHMS است) را مطابق توضیحات زیر به سازمان نامبرده زیر یا نماینده من (که در زیر معرفی شده است) ارائه نمایند:

اطلاعات شخصی که باید توسط IHMS ارائه شود	سازمان/نماینده (فقط یک سازمان یا نماینده ذکر کنید: برای هر سازمان و/یا نماینده منتخب باید یک فرم مجزا پر کنید)
--	---

تاریخ رضایت:	امضای شخص (یا ولی/سرپرست، اگر شخص قادر به رضایت دادن نیست):
--------------	--

IHMS و زیرمجموعه های آن بدینوسیله اجازه می یابند و از آنها خواسته می شود که اطلاعات شخصی آینده من (شامل اطلاعات حساسی که در اختیار IHMS است) را در صورت درخواست قانونی سازمان/نماینده معرفی شده من به سازمان یا نماینده معرفی شده (در بالا) ارائه نمایند:

تاریخ رضایت:	امضای شخص (یا ولی/سرپرست، اگر شخص قادر به رضایت دادن نیست): (اگر قرار نیست سوابق آتی توسط IHMS ارائه شود، قسمت های امضاء و تاریخ زیر را خالی بگذارید)
--------------	---

رضایت شفاهی (فقط برای استفاده کارکنان IHMS - رضایت شفاهی فقط در مواردی قابل استفاده است که دریافت رضایت کتبی امکان پذیر نباشد: اگر رضایت شفاهی مورد استفاده قرار نمی گیرد، قسمت های امضاء و تاریخ زیر را خالی بگذارید):  
من درباره ارائه اطلاعات آتی با شخص گفتگو کرده ام. من متقاعد شده ام که شخص مسئله ارائه های آتی را درک کرده و رضایت آگاهانه خود را با آن اعلام نموده است.

امضای کارشناس بهداشتی و درمانی IHMS:	نام کارشناس بهداشتی و درمانی IHMS:	تاریخ:
--------------------------------------	------------------------------------	--------

## گواهی امضای شخص توسط IHMS

(یا ولی/سرپرست قانونی اگر شخص قادر به رضایت دادن نیست)

اینجانب بعنوان یک کارشناس بهداشتی و درمانی دارای ارتباط حرفه ای با IHMS گواهی می نمایم، امضای نقش بسته در قسمت رضایت فوق امضای همان شخصی است که این رضایت نامه درباره او می باشد (یا، شخص قادر به دادن رضایت آگاهانه نبود و امضای نقش بسته، امضای ولی یا سرپرست قانونی شخص می باشد).

امضای کارشناس بهداشتی و درمانی IHMS:	نام کارشناس بهداشتی و درمانی IHMS:	تاریخ:
--------------------------------------	------------------------------------	--------