

तपाईंले अप्टेलियाली गोपनीयता ऐन १९८८ ले परिभाषित गरे अनुसार IHMS लाई आफ्नो वर्तमान व्यक्तिगत जानकारी (संवेदनशील तथा स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी सहित) आफूले तल सूचीबद्ध गरेका संस्था/प्रतिनिधिसँग खुलासा गर्न निर्देशन दिनको लागि यस “अन्य पक्षहरूसँग व्यक्तिगत जानकारी खुलासा गर्न दिइएको सहमती” फारम (MR049) प्रयोग गर्नुपर्दछ।

सहमती प्रदान गर्दा, तपाईंले आफ्ना व्यक्तिगत जानकारीमाथि पहुँच दिन लाग्नुभएको संस्था वा प्रतिनिधिबाट तपाईंका जानकारी कसरी प्रयोग गरिनेछन्, ती संस्था वा प्रतिनिधिहरूले कति अवधिसम्मका लागि तपाईंका जानकारीहरू राख्नेछन् र सो जानकारी सुरक्षित राख्न के कस्ता उपायहरू अवलम्बन गर्नेछन् भन्ने कुरामा तपाईं सजग हुनु अनिवार्य छ। त्यस्तै गरी तपाईं आफ्ना व्यक्तिगत जानकारी (संवेदनशील जानकारी सहित) कसैलाई दिँदा हुनसक्ने जोखिमहरू बारे पनि सजग हुनुपर्छ। यसलाई सूचित हुनु भनिन्छ र तपाईंले दिने सहमती “सूचित भएर दिइएको सहमती” हुनेछ। तपाईंले सहमती दिँदा सो सहमती सूचित भएर जानीबुझी दिनुभएको हो भन्ने कुरामा IHMS ढुक्क हुनु आवश्यक छ। IHMS ले तपाईंले मनोनित गर्नुभएको संस्था वा प्रतिनिधिसँग तपाईंका व्यक्तिगत जानकारी खुलासा गर्नुको प्रयोजन र यसमा संलग्न जोखिमहरू बारे तपाईंलाई सजग हुने सुझाव दिएर, IHMS तपाईंले सहमती फारम मार्फत् दिनुभएको सहमती सूचित भएर दिनुभएको सहमती हो भन्ने मान्दछ।

याद राख्नुहोस्, IHMS लाई थप लिखित निर्देशन प्रदान गरेर तपाईंले कुनै पनि बेला आफ्नो सहमती फिर्ता लिन वा संशोधन गर्न सक्नुहुन्छ।

कृपया आफूले सहमती फारम एकदमै ध्यान दिएर पढेको कुरा सुनिश्चित गर्नुहोस्। तपाईंलाई यसका आवश्यकताहरू बुझ्नमा सहायता चाहिएको खण्डमा कृपया IHMS सँग सोध्नुहोस्। हस्ताक्षर गरिसकेपछि, भविष्यको सन्दर्भका लागि आफूले हस्ताक्षर गरेको सहमती फारमको एक प्रति आफैँसँग राखेको सुनिश्चित गर्नुहोस्।

IHMS ले तपाईंको व्यक्तिगत जानकारी खुलासा गर्ने कुरा निर्धारण गर्दा यस्तो खुलासा कानूनसम्मत र अप्टेलियाली गोपनीयता ऐनसंगत रहेको कुरा निर्धारण गर्नेछ।

खण्ड	मार्गदर्शन (कृपया याद राख्नुहोस्, तपाईंले तल दिइएको मार्गदर्शनको पालना गर्नुभएन भने यो फारम फेरि सही रूपमा नभरिएसम्म IHMS ले तपाईंको सहमती फारम अस्वीकार गर्न सक्दछ।)
सहमती दिने व्यक्ति	सबै क्षेत्रहरू पूरा गर्दा अंग्रेजी वर्णमालाका अक्षर, संख्या र मिति प्रणाली तथा ढाँचा र लागू हुने टाउँहरूमा ठूलो वर्णमालाका अक्षरहरू प्रयोग गर्नुपर्दछ।
मातापिता/कानूनी अभिभावकको सहमती	१६ वर्षभन्दा कम उमेरका बालबालिकाहरूको व्यक्तिगत जानकारी खुलासा गर्नको लागि निजका मातापितामध्ये कोही एक वा आधिकारिक कानूनी अभिभावकद्वारा सहमती दिइएको हुनुपर्दछ। सूचित सहमती दिन सक्षम नरहेको भन्ने चिकित्सकीय प्रमाण भएको अवस्थामा बाहेक, १६ वर्ष वा सोभन्दा माथि १८ वर्षसम्मका बालबालिकाहरूका हकमा उनीहरू स्वयंले नै आफ्नो लागि सहमती दिनुपर्छ। यो उमेर समूहका स्वयं सूचित सहमती दिन सक्षम बालबालिकाले आफ्नो व्यक्तिगत जानकारी खुलासा गर्ने सहमती आफ्नो मातापिता वा कानूनी अभिभावकले नै IHMS लाई दिनेछन् भनी लिखित रूपमा स्वीकार गरेको खण्डमा मात्र मातापिता वा कानूनी अभिभावकले त्यस्तो सहमती दिन सक्छन्। सूचित सहमती दिन सक्षम नभएको भनी एक योग्य मेडिकल प्राक्टिसनरले ठानेको कुनै १६ वर्ष माथिको व्यक्तिको लागि उचित अख्तियारप्राप्त निकायले एक कानूनी अभिभावक नियुक्त गर्नेछ। उक्त कानूनी अभिभावक वा मातापिता मध्ये कोही एकजनाले व्यक्तिको तर्फबाट सहमती फारममा हस्ताक्षर गर्न सक्छन्। यसरी तोकिएको कानूनी अभिभावकले व्यक्तिको व्यक्तिगत जानकारी खुलासा गर्ने अधिकार दिने कार्य केवल अभिभावकत्व प्रदान गरिएको प्रयोजनका लागि मात्र गर्न सक्छ।
सहमतीहरू	संस्था/प्रतिनिधि: सहमती फारममा केवल एक संस्था वा प्रतिनिधिको नाम उल्लेख गर्नुपर्दछ। दुई वा सोभन्दा बढी सूचीकृत गरिएको अवस्थामा, ले सूचीमा पहिलो स्थानमा रहेको संस्था वा प्रतिनिधिलाई मात्र मान्यता दिनेछ। तपाईं दुई वा सोभन्दा बढी संस्था वा प्रतिनिधिहरूसँग आफ्नो व्यक्तिगत जानकारी खुलासा गर्न चाहनुहुन्छ भने तपाईंले हरेक संस्था र/वा प्रतिनिधिका लागि बेग्लाबेग्लै सहमती फारमहरू पूरा गर्नु आवश्यक हुनेछ। IHMS द्वारा खुलासा हुने विशेष व्यक्तिगत जानकारी: तपाईंले IHMS लाई आफूले मनोनित गरेको संस्था वा प्रतिनिधिसँग कस्तो प्रकारको जानकारी खुलासा गर्न सहमती दिनुभएको हो भनी स्पष्ट रूपमा तर छोटकरीमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। उदाहरणका लागि, “सम्पूर्ण मेडिकल फाइल”, “हातको चोटसँग सम्बन्धित”, “मानसिक स्वास्थ्य अभिलेखहरू”, आदि। भविष्यका व्यक्तिगत जानकारी: यो सहमती फारम सहमती दिइएको अवधिसम्मका लागि मान्य हुन्छ (वर्तमान व्यक्तिगत जानकारीहरू समाविष्ट)। तपाईं भविष्यका अभिलेखहरू (अर्थात्, सहमती दिइएको मितिपश्चात् IHMS ले संकलन गर्ने तपाईंका व्यक्तिगत जानकारी) पनि आफूले मनोनित गरेको संस्था वा प्रतिनिधिलाई उपलब्ध गराउन चाहनुहुन्छ भने तपाईंले सहमती फारममा “भविष्यका व्यक्तिगत जानकारी” भनी इंगित गरिएको ठाउँमा हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ। उक्त ठाउँमा हस्ताक्षर नगरिएको खण्डमा IHMS ले यसलाई तपाईंले भविष्यका अभिलेखहरू खुलासा गर्ने सहमती दिनुभएको छैन भन्ने अर्थमा बुझ्नेछ।
IHMS द्वारा गरिने व्यक्तिको हस्ताक्षर प्रमाणीकरण	तपाईंले सहमती फारम पूरा गर्दा IHMS द्वारा संलग्न कुनै हेल्थ प्राक्टिसनरको अगाडि हस्ताक्षर गरेको कुरा सुनिश्चित गर्नुपर्छ। (तपाईं कुनै अध्यागमन थुना वा क्षेत्रीय प्रक्रिया केन्द्रमा हुनुभएको खण्डमा यस्तो व्यक्ति कुनै IHMS हेल्थ क्लिनिकमा कार्यरत हेल्थ प्राक्टिसनर हुनसक्छ, तपाईं कुनै समुदायमा हुनुहुन्छ भने यस्तो व्यक्ति तपाईंको समुदायका लागि IHMS द्वारा मनोनित कुनै हेल्थ प्राक्टिसनर हुनुसक्छ (तपाईं अप्टेलियास्थित सामुदायिक थुनामा हुनुहुन्छ भने यस्तो व्यक्ति जनरल प्राक्टिसनर हुनेछ वा नाउर सेटलमेन्ट क्लिनिक वा म्यानस टापूस्थित पूर्वी लोरेङ्गो शरणार्थी पारगमन केन्द्रमा हेल्थ प्राक्टिसनर यस्तो व्यक्ति हुनेछ)। तपाईं प्रवेशाज्ञा अन्तर्गत अप्टेलियाली समुदायमा बसोबास गर्नुहुन्छ भने तपाईंले सहमती फारमको प्रयोग गर्नुहुँदैन, यसको सट्टामा अप्टेलियाली सूचनाको हकसम्बन्धी ऐन अन्तर्गत अध्यागमन तथा सीमा सुरक्षा विभागमा सिधा पहुँचको लागि निवेदन दिनुपर्दछ।

सहमती दिने व्यक्ति ("व्यक्ति")
(यो खण्ड अनिवार्य रूपमा पूरा गर्नुपर्दछ)

नाम:	पहिचान संख्या:
<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	जन्म मिति: _____ / _____ / _____
भाषा:	दोभासे प्रयोग गरिएको: <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
	दोभासेको नम्बर:

मातापिता/कानूनी अभिभावकको सहमती

(व्यक्ति सहमती दिन असक्षम भएको अवस्थामा मात्र पूरा गर्नुपर्ने: व्यक्ति सहमती दिन सक्षम रहेको अवस्थामा यो खण्डलाई खाली छोड्नु पर्दछ)

नाम:	
जन्म मिति:	व्यक्तिसँगको नाता:

सहमती मान्य हुने सम्बन्धी सूचना र फिर्ता लिने अधिकार

यो सहमती फारममा हस्ताक्षर गरेर म मेरो सहमती मैले फिर्ता नलिएसम्म वा मैले यो सहमती दिएको मितिले पाँच (५) वर्षको अवधि (यसमध्ये जुन पहिले आउँछ) सम्म मान्य रहनेछ भन्ने कुरा स्वीकार गर्छु। **International Health and Medical Services Pty Limited (IHMS)** लाई थप लिखित निर्देशन प्रदान गरेर कुनै पनि बेला म यो सहमती फिर्ता लिन वा संशोधन गर्न सक्छु भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।

सहमतीहरू

(तलका सबै क्षेत्रहरू पूरा गर्नुपर्दछ)

मेरो वर्तमान व्यक्तिगत जानकारी (IHMS द्वारा राखिएका संवेदनशील जानकारी सहित) तल निर्दिष्ट मनोनित संस्था वा मेरो प्रतिनिधि (तल उल्लेख गरिएको) सँग खुलासा गर्न **IHMS** र यसका सहायक संस्थाहरूलाई यसैद्वारा अख्तियार प्रदान र निर्देशित गरिएको छ:

संस्था/प्रतिनिधि (केवल एउटा संस्था वा प्रतिनिधिलाई मात्र सूचीकृत गर्नुपर्दछ: हरेक मनोनित संस्था र/वा प्रतिनिधिको लागि बेग्लै फारमहरूको प्रयोग गर्नुपर्दछ)	IHMS द्वारा खुलासा हुने विशेष व्यक्तिगत जानकारी
व्यक्तिको हस्ताक्षर (वा व्यक्ति सहमती दिन असक्षम भएको अवस्थामा मातापिता/अभिभावकको हस्ताक्षर):	सहमती दिइएको मिति:

मेरो भविष्यको व्यक्तिगत जानकारी (IHMS द्वारा राखिएका संवेदनशील जानकारी सहित) मनोनित संस्था वा मेरो प्रतिनिधि (माथि उल्लेख गरिए अनुसार) सँग ती मनोनित संस्था/प्रतिनिधिबाट कानूनसम्मत रूपमा माग भएमा खुलासा गर्न **IHMS** र यसका सहायक संस्थाहरूलाई यसैद्वारा अख्तियार प्रदान र निर्देशित गरिएको छ:

व्यक्तिको हस्ताक्षर (वा व्यक्ति सहमती दिन असक्षम भएको अवस्थामा मातापिता/अभिभावकको हस्ताक्षर): <i>(IHMS द्वारा भविष्यका अभिलेखहरू खुलासा नगरिनुपर्ने हो भने तलका हस्ताक्षर र मिति क्षेत्रहरू खाली छोड्नुपर्दछ)</i>	सहमती दिइएको मिति:

मौखिक सहमती (IHMS कर्मचारीको प्रयोगका लागि मात्र) – लिखित सहमती प्राप्त गर्न व्यावहारिक नहुने अवस्थामा मात्र मौखिक सहमतीको प्रयोग गर्नुपर्दछ: *मौखिक सहमती लागू हुँदैन भने, तलका हस्ताक्षर र मिति क्षेत्रहरू खाली छोड्नुपर्दछ*: मैले प्रस्तावित खुलासाहरू बारे व्यक्तिसँग छलफल गरेको छु। व्यक्तिले प्रस्तावित खुलासाहरू बुझ्नुभएको छ र यसमा आफ्नो सूचित सहमती प्रदान गर्नुभएको छ भन्नेमा म सन्तुष्ट छु।

IHMS हेल्थ प्राक्टिसनरको हस्ताक्षर:	IHMS हेल्थ प्राक्टिसनरको नाम:	मिति:

IHMS द्वारा गरिने व्यक्तिको हस्ताक्षर प्रमाणीकरण

(वा व्यक्ति सहमती दिन असक्षम भएको अवस्थामा मातापिता/अभिभावकको हस्ताक्षर):

IHMS द्वारा संलग्न हेल्थ प्राक्टिसनरको रूपमा, म माथिको सहमती खण्डमा भएको हस्ताक्षर यस सहमती फारममा सन्दर्भ गरिएको व्यक्तिको हस्ताक्षर हो भन्ने पुष्टि गर्दछु (वा वैकल्पिक रूपमा, व्यक्ति सूचित सहमती दिन असक्षम हुनुभएकोले उक्त हस्ताक्षर व्यक्तिको मातापितामध्ये कोही एक वा कानूनी अभिभावकले गर्नुभएको हो)।

IHMS हेल्थ प्राक्टिसनरको हस्ताक्षर:	IHMS हेल्थ प्राक्टिसनरको नाम:	मिति: