

# Consumer Consent to Share Information

يو بل سره د معلوماتو د تقسيمولو په

هکله د مراجع موافقه

To record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

د نورو مؤسسو سره د خاصو مقاصدو لپاره د معلوماتو د تقسيمولو په هکله د مراجع موافقی آزادانه ثبت.

Consumer

مراجع:

Name:

نوم:

/ / Date of Birth: dd/mm/yyyy

/ / د پيدايښت نيټه

Sex:

جنس:

UR Number:

د UR نمبر:

or affix label here

دلته لپيل يا نښه ولگوي

## Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

The following service(s) are recommended. It is also recommended that relevant information is forwarded to the agency(s) that provide these services, in order that consumers receive the best possible care.

۱: برخه - د پيسنهاده شويو معلوماتو استعمال او څرگندونه يانېوونې

دا لاندیني خدمتونه سپارښتنه کيږي. دا هم سپارښتنه کيږي چې مربوطه معلومات نورو مؤسساتو ته چی دا خدمتونه فراهم کوي ورکړی ترڅو مراجعین وکولای شي ښه پاملرنه لاس ته راوړي.

Service Type Code: Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant د خدمت ډول کود نمبر Code مثالونه: - فیزیوتراپی - د متخصص سره سلامشوره	Name of Agency Examples: – Any agency – Nominated clinic د مؤسسې نوم مثالونه: - هره مؤسسه - نومول شوی کلینک	Type of Information (including limits as applicable) Examples: – All relevant information – Test results only د معلوماتو ډول (په شمول د محدودیتونو که لازمي وي) مثالونه: - ټول اړونده یا مربوط معلومات - یواځی د معایناتو نتایج

Consumer Consent to Share Information

## Section 2: Record of Consumer Consent

### ۲ برخه - د مراجع د موافقی ثبت

#### 2(A) Written Consumer Consent Or ۲(الف) د مراجع لیکلې موافقه یا

#### 2(B) Verbal Consent ۲(ب) مراجع شفاهي موافقه

2(a)  
My worker/practitioner has discussed with me how, and why certain information about me may need to be provided to other service providers.  
I understand the recommendations and I give my permission for the information to be shared as detailed above.

Signed:

۲- (الف a)  
زما گاریگر/ معالج ډاکټر زما سره پدی بحث وکړ چی څرنګه، او ولی زما متعلق معین معلوماتو ته ددی ضرورت شته چی د نورو خدمتونو فراهم کوونکو ته برابر شي. زه په سپارښتونو باندی پوه شوم او اجازه ورکوم چی معلومات څنګه چی پورته تفصیل ورکړ نورو سره تقسیم او برخه شي.  
دستخط:

Date: dd/mm/yyyy / /

نېټه: / /

Signed by:  Consumer OR  Authorised Representative  
Name:

دستخط شو:  مراجع  یا با صلاحیته نماینده  
نوم:

Witnessed:

شهادت:  
(Worker/Practitioner)

Worker/Practitioner Name:  
گاریگر/ معالج ډاکټر  
د گاریگر/ معالج ډاکټر نوم:

Position:  
موقف یا دنده:

2(b)  
Worker/Practitioner Use Only  
Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.  
I have discussed the proposed referrals with the consumer or authorised representative and I am satisfied that the consumer understands the proposed uses and disclosures, and has provided their informed consent to these.

Signed:

۲- (ب b)  
یواځی د گاریگر/ معالج ډاکټر استفادی ور  
دشفاهي موافقی نه یواځی هغه وخت استفاده کیدای شي چی د لیکنی موافقی ترلاسه کول عملي ونه اوسي. ما د وړاندی شویو معرفي خطونو په هکله د مراجع یا د با صلاحیته نماینده یا استازي سره خبری وکړی او پدی قناعت لرم چی مراجع په پیشنهادشویو استعمال او څرګندونو باندی پوه دی او خپله موافقی نه بی اطلاع ورکړیده.  
دستخط:

(Worker/Practitioner)  
Date: dd/mm/yyyy / /  
گاریگر/ معالج ډاکټر  
نېټه: / /

Worker/Practitioner Name:  
د گاریگر/ معالج ډاکټر نوم:

Position:  
موقف یا دنده:

Consumer Consent to Share Information

To ensure the consumer is able to make an informed decision about consent to the disclosure of their information, the service provider should: (tick when completed)

ددی لپاره چی ډاډ حاصل شي چی مراجع ددی توان لري چی په پوهی سره د معلوماتو دڅرګندونو خپلی موافقی په هکله تصمیم ونیسي ، د خدمت فراهم کوونکی باید ( د پوره کیدو وروسته یو په نښه کړي)

1. Discuss with the consumer the proposed referral to other services/agencies
۱. د مراجع سره د پیشنهاد شوي معرفي و نورو مؤسساتو په هکله خبری وشي
2. Explain that the consumer's information will only be released to these services if the consumer has agreed and advise that the referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
۲. دا توضیح شي چی د مراجع معلومات یواځی هغه وخت ورکول کیدای شي چی مراجع ورسره موافقه کړی اوسي او مشوره ورکول کیري پی خدمت ته معرفي بیا هم پر مخ بوتلی شي که څه هم مراجع موافقه نوي کړی شي
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
۳. مراجع ته د حریمیت یا خصوصي توب په هکله معلومات فراهم کړی، لکه دا نشریه ' ستاسو معلومات - دا خصوصي دي'
4. Provide the consumer with a copy of this form if requested (see guidelines) once completed
۴. که مراجع غوښتي وي ددی فورمی یو نقل کله چی ډک او تکمیل شي ورته یی ورکړی ( لارښودونه وګوری)

Produced by the Victorian Department of Human Services, 2006

This information collected by: CCSI Page 2 of 2

Name: Position/Agency:

Sign: Date: dd/mm/yyyy / / Contact number: