

# தகவல் பகிர்வுக்கான நுகர்வோனின் இணக்கப்பாடு Consumer Consent to Share Information

தனது தகவல்களை குறித்த நோக்கம்/களுக்காக குறித்த முகவர்/களுடன் பகிர்ந்துகொள்வதற்கு, விளக்கம் அளிக்கப்பட்ட நுகர்வோரால் சுயேச்சையாக வழங்கப்பட்ட இணக்கப்பாட்டை பதிவு செய்தல்.

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

நுகர்வோர்

Consumer

பெயர்

Name:

பிறந்த திகதி: நாள்/மாதம்/வருடம் / /

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

பால்

Sex:

UR இலக்கம்

UR Number:

அல்லது இங்கு சீட்டை ஒட்டவும்  
or affix label here

## பகுதி 1: உத்தேச தகவல்களின் பயன்பாடுகளும் வெளிப்படுத்தல்களும் Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

சேவையின் வகை Service Type	முகவர் நிலையத்தின் பெயர் Name of Agency	தகவல்களின் வகை (பொருத்தமான வரையறைகள் உட்பட) Type of Information (including limits as applicable)	நோக்கம்/கள் Purpose/s
உதாரணங்கள்: - உடற்சிகிச்சை - நிபுணத்துவம் பெற்ற ஆலோசகர் Examples: - Physiotherapy - Specialist consultant	உதாரணங்கள்: - எந்த முகவர் நிலையமும் - பெயர் குறிப்பிடப்பட்ட மருத்துவமனை Examples: - Any agency - Nominated clinic	உதாரணங்கள்: - சகல தகுந்த தகவல்கள் - பரிசீலனை முடிவுகள் மட்டும் Examples: - All relevant information - Test results only	உதாரணங்கள்: - பரிந்துரைகள் - பராமரிப்பு ஒருங்கிணைப்பு Examples: - Referral - Care coordination

பகுதி 2: நுகர்வோன் இணக்கப்பாட்டின் பதிவு  
Section 2: Record of Consumer Consent

2(அ) நுகர்வோனின் எழுத்துமுலமான இணக்கப்பாடு அல்லது  
2(a) Written Consumer Consent Or

எனது சேவையாளர்/மருத்துவர் என்னைப் பற்றிய சில தகவல்கள் எவ்வாறு, ஏன் ஏனைய சேவை வழங்குநர்களுடன் பகிர்ந்து கொள்ளப்படலாம் என்பதை என்னுடன் கலந்துரையாடினார். இதனை நான் விளக்கிக்கொண்டுள்ளேன். மேலே குறிப்பிடப்பட்ட விதத்தில் எனது தகவல்கள் பகிர்ந்துகொள்ளப்படுவதற்காக எனது தகவலளிக்கப்பட்ட இணக்கப்பாட்டை வழங்குகிறேன்.

*The worker/practitioner has discussed with me how and why certain information about me may be shared with other service providers. I understand this and I give my informed consent for the information to be shared as detailed above.*

கையொப்பமிடப்பட்டது:

Signed:

திகதி: நாள்/மாதம்/வருடம் / /

Dated: dd/mm/yyyy / /

கையொப்பமிட்டவர்:

Signed by:

நுகர்வோர் அல்லது  
 Consumer OR  
 சார்பாக அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி:  
 Authorised representative on behalf of:

(நுகர்வோன்)  
(Consumer)

**சாட்சியளித்தவர்:**  
**Witnessed by:**

கையொப்பமிடப்பட்டது:

(சேவையாளர்/மருத்துவர்)  
(Worker/Practitioner)

திகதி: நாள்/மாதம்/வருடம் / /

Dated: dd/mm/yyyy / /

சேவையாளர்/மருத்துவர் பெயர்:

Worker/Practitioner Name:

பதவி:

Position:

2(ஆ) வார்த்தை முலமான இணக்கப்பாடு  
2(b) Verbal Consumer Consent

சேவகர்/மருத்துவர் பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்  
Worker/Practitioner Use Only

எழுத்து முலமான இணக்கப்பாடு பெறுவது சாத்தியமற்றது என்ற நிலையில் மட்டுமே வார்த்தை முலமான இணக்கப்பாடு பயன்படுத்தப்படும்.

Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.

சில தகவல்கள் எவ்வாறு, ஏன் ஏனைய சேவை வழங்குநர்களுடன் பகிர்ந்து கொள்ளப்படலாம் என்பதை, நுகர்வோரிடம் அல்லது அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதியிடம் நான் கலந்துரையாடினேன். இது புரிந்துகொண்டுள்ளதையிட்டு நான் திருப்தியடைகின்றேன் அத்துடன் மேலே குறிப்பிடப்பட்ட விதத்தில் தகவல்கள் பகிர்ந்துகொள்ளப்படுவதற்காக தகவலளிக்கப்பட்ட இணக்கப்பாடு வழங்கப்பட்டுள்ளது.

*I have discussed with the consumer/consumer's authorised representative how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.*

கையொப்பமிடப்பட்டது:

(சேவையாளர்/மருத்துவர்)  
(Worker/Practitioner)

Signed:

திகதி: நாள்/மாதம்/வருடம் / /

Dated: dd/mm/yyyy / /

சேவையாளர்/மருத்துவர் பெயர்:

Worker/Practitioner Name:

பதவி:

Position:

தமது தகவல்கள் மேலே விளக்கப்பட்ட விதத்தில் பகிர்ந்துகொள்ளப்படுவதற்கான இணக்கப்பாடு பற்றி ஒரு விளக்கமளிக்கப்பட்ட தீர்மானம் மேற்கொள்ள நுகர்வோரால் /நுகர்வோரின் அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதியால் முடியும் என்பதை உறுதிப்படுத்துவதற்காக, சேவையாளர் பின்வருவனவற்றை மேற்கொள்ள வேண்டும்: (பூரணப்படுத்தப்பட்டதும் புள்ளடியிடவும்)

To ensure the consumer/consumer's authorised representative is able to make an informed decision about consent to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should: (tick when completed)

1. ஏனைய சேவைகள்/முகவர் நிலையங்களுக்கு வழங்கப்படக்கூடிய உத்தேச சிபாரிசுகள் பற்றி நுகர்வோரிடம் கலந்துரையாடவும்
1. Discuss with the consumer the proposed referral to other services/agencies
2. நுகர்வோர் இணங்கினால் மட்டுமே நுகர்வோரின் தகவல்கள் இத்தகைய சேவைகளுடன்/முகவர்களுடன் பகிர்ந்துகொள்ளப்படும் என்பது பற்றியும், நுகர்வோர் தனது தகவல் வெளிப்படுத்தப்பட இணங்காவிட்டாலும்கூட, சேவைக்கான சிபாரிசு தொடர முடியும் என்பது பற்றியும் விளக்கமளிக்கவும்
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that the referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
3. நுகர்வோருக்கு இரகசியத்தன்மையின் பாதுகாப்பு பற்றிய தகவல்களை வழங்கவும், உதாரணமாக "உங்கள் தகவல்கள் - அவை இரகசியமானவை" என்ற பிரசுரத்தை வழங்கவும்
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
4. இப் படிவம் பூரணப்படுத்தப்பட்டதும் நுகர்வோர் வேண்டினால், (வழிமுறைகளைப் பார்க்கவும்) இதன் பிரதியொன்றை வழங்கவும்
4. Provide the consumer with a copy of this form if requested (see guidelines) once completed

Produced by the Victorian Department of Human Services, 2009

This information collected by: CCSI Page 2 of 2

Name: Position/Agency:

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