



Australian Government

Department of Home Affairs

## Health undertaking

## تعهد صحي

Form

815 ARA

ARABIC

هام: يرجى قراءة هذه المعلومات بعناية قبل تعبئة تعهدك. بعد تعبئة تعهدك ننصحك بشدة أن تحتفظ بنسخة عن تعهدك للرجوع إليها عند الحاجة.

### من يتوجب عليه توقيع تعهد صحي؟

يتوجب على مقدمي الطلبات الذين يشير فحصهم الصحي إلى تعرّضهم إلى مرض السل أو غيره من الحالات الصحية التي تستدعي الحذر يتوجب عليهم تعبئة وتوقيع إستمارة تعهد صحي.

### ما الداعي للتعهد الصحي؟

السل مرض معدٍ خطير له مضاعفاته على المواطن الأسترالي. والسل قابل للعلاج والغرض من هذا التعهد الصحي هو ضمان حصول الأشخاص الذين يوجد احتمال أكبر أن يتطور لديهم سل ناشط على دعم لاحق متى أصبحوا في أستراليا.

عندما أجري تقييم لصحتك. وجد أطباؤنا أنه ليس لديك سلّ ناشط. لكنّ عوامل الخطر الفردية تعني أنه يتوجب متابعة حالة بعض الأشخاص الصحية في أستراليا لضمان عدم تطور المرض لديهم.

وقد يكون طلب منك توقيع تعهد صحي بسبب حالة صحية أخرى مثل التهاب الكبد فئة B أو التهاب الكبد فئة C أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الجذام.

والتعهد الصحي اتفافية جرى مع الحكومة الأسترالية. تلزمك بحضور موعد في عيادة مصلحة صحية لإجراء فحص صحي لاحق. ويتوقعك على هذا التعهد الصحي توافق أيضاً على متابعة أي علاج أو إجراء استقصائي تشير عليك به العيادة الصحية.

يجب أن تتصل بخدمة التعهدات الصحية (Health Undertaking Service) خلال ٤ أسابيع من وصولك إلى أستراليا. إذا تم منحك تأشيرة أثناء وجودك في أستراليا. لا يتوجب عليك أن تتصل بخدمة التعهدات الصحية لأن «منظمة تقديم الخدمات الصحية الخاصة بالهجرة» (Migration Medical Services Provider) تكون قد أحالتك إلى عيادة صحية أسترالية.

### ماذا أفعل الآن؟

إذا وافقت على التقيّد بالتعهد الصحي. ينبغي أن توقع هذه الإستمارة وترجعها إلى مكتب دائرة الشؤون الداخلية (الدائرة) حيث يُستكمل طلب تأشيرتك.

إذا كان مقدّم الطلب قاصراً تحت سنّ ١٦ عاماً فينبغي عندها على أحد الوالدين أو الوصي أن يوقع الإستمارة 815.

من ثمّ يتم إعطاؤك نسخة عن هذه الإستمارة. يرجى الاحتفاظ بالنسخة لأنك ستحتاج إليها عندما تتصل بخدمة التعهدات الصحية بعد وصولك إلى أستراليا.

### وإذا قدّمت طلب من الخارج، ماذا يحصل بعد منحي

### التأشيرة ووصولي إلى أستراليا؟

تقدّم الحكومة الأسترالية فحوصات صحية تفقدية أولية مجاناً للتقليل من مخاطر نقل السل إلى أفراد العائلة والأصدقاء المقربين وأفراد المجتمع. ويتم تأمين علاج للسل إذا وجد الطبيب ضرورة لذلك.

ملاحظة: من مصلحتك أن تأخذ موعداً على الفور.

إذا أتممت فحوصاتك الصحية لهذا الطلب خارج أستراليا

يطلب منك الاتصال بخدمة التعهدات الصحية عند وصولك إلى أستراليا. ويجب أن تأخذ موعداً مع هذه الخدمة خلال ٤ أسابيع من وصولك. لمعرفة طريقة الاتصال بخدمة التعهدات الصحية تفقّد <https://immi.homeaffairs.gov.au/help-support/meeting-our-requirements/health/health-undertaking>

إذا أتممت فحوصاتك الصحية لهذا الطلب في أستراليا

إذا كنت تقدم طلبك للحصول على تأشيرة في أستراليا. فعندما توقع على هذه الإستمارة تكون قد تمت إحالتك إلى عيادة صحية أسترالية لإجراء معاينة صحية لاحقة عند اللزوم. يتعين عليك مجرّد الاتصال بهذه العيادة كما تشير عليك به «منظمة تقديم الخدمات الصحية الخاصة بالهجرة».

### ماذا يحصل إذا تغيرت حالتي الصحية؟

إذا تغيرت حالتك الصحية. فإن تأشيرتك لن تتأثر بذلك. لكن من الضروري أن تحضر إلى موعدك مع المصلحة الصحية المعنية عملاً بتعهدك الصحي. إن هدف الدائرة هو معالجة حالتك بنجاح.

### لماذا يتعين أن أحضر إلى عيادة صحية؟

من مصلحتك أن تتقيّد بمستلزمات تعهدك الصحي. وتقيّد بالتعهد الصحي مهم جداً لمساعدة الحكومة الأسترالية على حمايتك وحماية عائلتك والمجتمع الأسترالي.

### معلومات هامة عن الخصوصية

يتضمن قانون الخصوصية لعام ١٩٨٨ (Privacy Act 1988) ١٣ مبدأً أستراليا يتعلق بالخصوصية. تنظم هذه المبادئ وسائل جمع الدائرة للمعلومات الشخصية واستخدام هذه المعلومات. يمكن العثور على معلومات عن الوسائل التي جمع فيها الدائرة المعلومات الشخصية وتستخدمها وتكشف عنها من أجل تنفيذ مهامها الرئيسية في الإستمارة رقم 1442i وعنوانها «إشعار بالخصوصية» (1442i Privacy notice). ويمكن العثور على مزيد من المعلومات عن ممارسات الدائرة العامة لاستخدام المعلومات على موقع الدائرة التالي لسياسة الخصوصية: <https://www.homeaffairs.gov.au/access-and-accountability/our-commitments/privacy>

يرجى الاحتفاظ بصفحة المعلومات هذه للرجوع إليها عند الحاجة.





Office use only

HAP ID   
ICSE Client ID

Please read the information about your health undertaking on page 1 of this form.

Please use a pen, and write neatly in English using BLOCK LETTERS.

Tick where applicable

يرجى قراءة المعلومات الخاصة بتعهدك الصحي على الصفحة الأولى من هذه الإستمارة.

يرجى استخدام قلم حبر ناشف وكتابة اسمك بوضوح باللغة الإنكليزية بحروف كبيرة منفصلة.

ضع إشارة  في المربع المناسب

Do you have a passport? 3

هل لديك جواز سفر؟

No

كلا

Give details Yes

نعم اعط تفاصيل

Passport number

رقم جواز السفر

Country of passport

البلد الصادر منه جواز السفر

YEAR MONTH DAY  
السنة الشهر اليوم

Date of issue

تاريخ الإصدار

Date of expiry

تاريخ انتهاء الصلاحية

Issuing authority/

Place of issue as

shown in your

passport

السلطة الصادر عنها جواز

السفر/مكان الإصدار كما

هو مبيّن في جواز سفرك

**Note:** Most visa applicants will be required to hold a valid passport before they can be granted a visa. It is strongly recommended that the passport be valid for at least 6 months.

If you change your passport after you have been granted a visa you must notify the nearest Australian Visa Office or office of the Department.

**WARNING:** You will not be granted a visa without this information

**ملاحظة:** يتوجب على معظم مقدّمي طلبات الحصول على تأشيرة أن يكون لديهم جواز سفر صالح قبل منحهم تأشيرة. ويُنصح بشدة أن يكون جواز السفر صالحاً لسنة أشهر على الأقل.

إذا غيّرت جواز سفرك بعد أن تم منحك تأشيرة يجب أن تبلغ أقرب مكتب أسترالي للتأشيرات تابع للدائرة.

تحذير: لن يتم منحك تأشيرة دون هذه المعلومات

Your details

تفاصيل عنك

Your full name 1

اسمك بالكامل

Family name

اسم العائلة

Given names

الاسم الأول

YEAR MONTH DAY  
السنة الشهر اليوم

Date of birth 2

تاريخ الميلاد

## Client undertaking

### تعهد مقدم الطلب

**WARNING:** Giving false or misleading information is a serious offence.

I undertake the following: 7

- (for applicants outside Australia) to contact the Health Undertaking Service within 4 weeks of my arrival in Australia;
  - to report to the health clinic to which I am referred;
- to place myself under the health clinic's professional supervision and to undergo any required course of treatment, chest x-ray examination or investigation;
- to inform that health clinic each time I change my address in Australia throughout the period during which my health is being monitored;
- to inform that health clinic whenever I am about to leave Australia and to report upon my return, throughout the period during which my health is being monitored; and
- (for applicants outside Australia) to inform the Australian Visa Office where I lodged my application if, before my departure, I change my contact details.

**Note:** If you are an applicant under 16 years of age then a parent or guardian should sign this form.

تحذير: يُعتبر إعطاء معلومات خاطئة أو مضللة انتهاكاً جسيماً للقانون أتعهد بما يلي:

- (لمقدمي الطلبات من خارج أستراليا) أن أتصل بخدمة التعهدات الصحية خلال 4 أسابيع من وصولي إلى أستراليا؛
  - أن أتصل بالعيادة الصحية التي أحال إليها؛
  - أن أضع نفسي تحت إشراف المختصين في العيادة الصحية وأن أخضع لأي علاج أو فحص بالأشعة السينية لصدري أو إجراء استقصائي يُطلب مني؛
  - أن أخبر العيادة الصحية في كل مرة أُغير فيها عنواني في أستراليا طوال الفترة التي تكون فيها صحتي تحت المراقبة؛
  - أن أخبر العيادة الصحية في أي وقت أكون فيه على وشك مغادرة أستراليا وأن أعلم العيادة بعودتي. وذلك طيلة الفترة التي تكون فيها صحتي تحت المراقبة؛ وكذلك
  - (بالنسبة لمقدمي الطلبات من خارج أستراليا) أن أخبر مكتب التأشيرات الأسترالية حيث قَدِّمْتُ طلبتي إذا غيَّرتُ. قبل مغادرتي. وسائل الاتصال بي.
- ملاحظة:** إذا كان مقدم الطلب قاصراً تحت سن 16 عاماً فينبغي عندها على أحد الوالدين أو الوصي أن يوقع هذه الإستمارة.

Your signature  
توقيعك

YEAR MONTH DAY  
السنة الشهر اليوم

/ /

Date  
التاريخ

If signing on behalf of a child under 16 years of age –

Name of parent or guardian

إذا كنت توقع نيابة عن طفل تحت سن 16 عاماً –  
اسم الوالد أو الوصي

Relationship to child

صلة قرابته بالطفل

Contact details in Australia 4

**Note:** Give full residential address, including postcode and telephone number where possible. If you do not know what your address in Australia will be, you must give the name and address of a person in Australia who will know how to contact you (for example, a relative, a friend, your employer or a staff member at your proposed study institution).

تفاصيل عن وسائل الاتصال بك في أستراليا

**ملاحظة:** اعط عنوانك السكني بما فيه الرمز البريدي ورقم الهاتف متى كان ذلك ممكناً. إذا لم تكن تعرف ما سيكون عليه عنوانك في أستراليا. يجب أن تعطي اسم وعنوان شخص في أستراليا سيعرف كيف يتصل بك (مثلاً: قريب، صديق، رب عملك أو موظف في مؤسسة التعليم التي تقترح الدراسة فيها).

Address  
العنوان

POSTCODE الرمز البريدي

Telephone numbers

أرقام هواتفه

Office hours

ساعات عمله

AREA CODE (الرقم الهاتفي للمنطقة)
--------------------------------------

After hours

بعد دوام العمل

AREA CODE (الرقم الهاتفي للمنطقة)
--------------------------------------

Mobile

رقم الهاتف

الجوال/الخليوي

--

Do you agree to the Department communicating with you by fax, email, or other electronic means? 5

هل توافق على قيام الدائرة بالاتصال بك بالفاكس أو بالبريد الإلكتروني أو بوسيلة إلكترونية أخرى؟

No

كلا

Give details Yes

اعط تفاصيل نعم

Fax number

رقم الفاكس

AREA CODE (الرقم الهاتفي للمنطقة)
--------------------------------------

Email address

عنوان البريد الإلكتروني

--

Intended duration of stay in Australia 6

الفترة المنوي مكوثها في أستراليا

permanent

بصورة دائمة

Indicate length of stay in Australia

temporary

بصورة مؤقتة  اذكر مدة الفترة المنوي مكوثها في أستراليا

days

أيام

weeks

أسبوعاً / أسبوع

months

شهوراً / شهور

## Consent for release of health information

### موافقة على الإفصاح عن معلومات صحية

8 As a part of the health undertaking the Department and state and territory health authorities and the relevant health clinic need to release health information to each other. Information will only be released if it relates to the visa and will be strictly guided by the *Privacy Act 1988*.

I consent to the Department disclosing my personal information to state and territory health authorities and the relevant health clinic for the purpose of monitoring this health undertaking.

I consent to authorise the state and territory health authorities and the relevant health clinic to disclose to the Department:

- the result of the health examination that I will attend; and
- information about any follow-up treatment required.

**Note:** If you are an applicant under 16 years of age then a parent or guardian should sign this form.

من ضمن إجراءات التعهد الصحي يتعين على الدائرة والمصالح الصحية في الولايات والمقاطعتين والعيادة الصحية المعنية أن تتبادل المعلومات الصحية بين بعضها البعض. ويُذكر أنه لا يُفصح عن المعلومات إلا إذا كانت ترتبط بالتأشيرة وأن قانون الخصوصية لعام ١٩٨٨ يتبع بحذافيره.

أوافق على أن تفصح الدائرة عن المعلومات الخاصة بي للسلطات في الولايات والمقاطعتين والعيادة الصحية المعنية لغرض مراقبة هذا التعهد الصحي.

أوافق على السماح للمصالح الصحية في الولايات والمقاطعتين والعيادة الصحية المعنية بالإفصاح إلى الدائرة بما يلي:

- نتائج الفحص الصحي الذي سوف أجريه؛ وكذلك
- المعلومات المتعلقة بأي علاج لاحق مطلوب.

ملاحظة: إذا كان مقدم الطلب قاصراً تحت سن ١٦ عاماً فينبغي عندها على أحد الوالدين أو الوصي أن يوقع هذه الإستمارة.

Your signature

توقيعك

YEAR MONTH DAY  
السنة الشهر اليوم

Date  
التاريخ

If signing on behalf of a child under 16 years of age –  
Name of parent or guardian

إذا كنت توقع نيابة عن طفل تحت سن ١٦ عاماً –  
اسم الوالد أو الوصي

Relationship to child

صلة قرابته بالطفل

**You should keep a copy of your signed health undertaking.**

**ينبغي أن تحتفظ بنسخة عن تعهدك الصحي الموقع.**