



Australian Government

Department of Home Affairs

Health undertaking

உடல்நல பொறுப்பேற்று உறுதிமொழி

Form

815 TAM

TAMIL

முக்கியம் - உங்களது பொறுப்பேற்று படிவத்தினைப் பூர்த்தி செய்வதற்கு முன்பாக இத்தகவல்களை கவனமாக வாசிக்கவும். பொறுப்பேற்று படிவத்தை நிரப்பிய பிறகு உங்களுக்கென இதன் பிரதி ஒன்றை நீங்கள் வைத்துக் கொள்ள வேண்டும் என்பது எமது வலுவான ஆலோசனையாகும்.

உடல்நல பொறுப்பேற்று ஒன்றில் கையொப்பம் இட வேண்டிய அவசியம் யாருக்கு உள்ளது?

உடல்நல சோதனைகள் மூலமாக எலும்புருக்கி நோய் (காசநோய்) அல்லது கவலையூட்டவல்ல இதர நோய் நிலைகளுக்கு ஆளாகி இருப்பதாக அடையாளம் காணப்பட்டுள்ள விண்ணப்பதாரிகளுக்கு உடல்நல பொறுப்பேற்று ஒன்று அவசியமாகும்.

உடல்நல பொறுப்பேற்று என்பது எதற்காக?

பாரதாரமான தொற்றுநோயான எலும்புருக்கி நோய் குறித்து அவுஸ்திரேலியாவில் பொதுமக்கள் மிகவும் கவனமாக இருப்பர். எலும்புருக்கி நோய்க்கு சிகிச்சையளிக்க இயலும், எனவே இந்த நோயால் தீவிர பாதிப்புக்கு ஆளாகும் அபாயத்தில் இருப்போர் அவுஸ்திரேலியாவில் வந்திறங்கிய பிறகு தொடர்ந்து சிகிச்சை உதவி பெறுவதை உறுதிப்படுத்துவதே இந்த உடல்நல பொறுப்பேற்றின் நோக்கமாகும்.

உங்களுடைய மதிப்பீட்டின்போது உங்களுக்குத் தீவிரமான காசநோய் இல்லை என்பதில் எமது மருத்துவர்கள் திருப்தியடைந்தனர். இருப்பினும், தனிநபர் ஆபத்துக்கூறுகள் என்பதன் அர்த்தம், இந்த நோய் வளராமல் இருப்பதை உறுதிப்படுத்துவதற்காக அவுஸ்திரேலியாவில் சிலருக்கு தொடர்-நிலை சோதனைகள் தேவைப்படும் என்பதாகும்.

ஹெபடைடிஸ்-பி, ஹெபடைடிஸ்-சி, ஹெச்.அம்.வி., தொழுநோய் போன்ற இன்னொரு நோயின் காரணமாக உடல்நல உறுதிமொழி ஒன்றும் உங்களுக்குத் தரப்பட்டிருக்கக்கூடும்.

அதிகாரம்பெற்ற மருத்துவநிலையம் ஒன்றில் தொடர்ந்த உடல்நல சோதனைக்காக உங்களுக்கென ஒழுங்கு செய்யப்பட்டுள்ள சந்திப்புவேளைகளுக்கு நீங்கள் தவறாமல் செல்லவேண்டும் என்று அவுஸ்திரேலிய அரசுடன் ஏற்படுத்திக்கொள்ளப்படும் ஒப்பந்தமே 'உடல்நல பொறுப்பேற்று' என்பதாகும். இந்த உடல்நல பொறுப்பேற்றில் கையெழுத்து இடுவதன் மூலமாக இந்த மருத்துவநிலையம் அறிவுறுத்தும் சோதனைகள் அல்லது சிகிச்சைகளை மேற்கொள்ள நீங்கள் சம்மதிக்கிறீர்கள் என்பது இதன் பொருளாகும்.

நீங்கள் அவுஸ்திரேலியா வந்தடைந்த 4 வாரங்களுக்குள்ளாக 'உடல்நல பொறுப்பேற்று சேவை' (Health Undertaking Service (HUS)) யுடன் நீங்கள் தொடர்பு கொள்ள வேண்டியது கட்டாயமாகும். உங்களுடைய விசா அவுஸ்திரேலியாவில் வைத்து உங்களுக்கு வழங்கப்பட்டிருந்தால் HUS அலுவலகத்துடன் தொடர்பு கொள்ள வேண்டிய அவசியம் உங்களுக்கில்லை, ஏனெனில் 'புலப்பெயர்வு மருத்துவ சேவைகள் வழங்குநர்' (Migration Medical Services Provider) மூலமாக அவுஸ்திரேலியாவில் இருக்கும் மருத்துவநிலையம் ஒன்றிற்கு நீங்கள் ஏற்கனவே பரிந்துரை செய்யப்பட்டிருப்பீர்கள்.

இப்போது நான் செய்ய வேண்டியது என்ன?

உடல்நல பொறுப்பேற்றிற்கு சம்மதிக்க நீங்கள் முடிவு செய்தால் இப்படிவத்தில் கையொப்பமிட்டு உங்களது விசா விண்ணப்பத்தை செயல்முறைப்படுத்தும் 'உள்நாட்டு விவகார திணைக்களம்' அலுவலகத்திற்கு இப் படிவத்தினை நீங்கள் அனுப்ப வேண்டும்.

விண்ணப்பதாரர் 16 வயதிற்கும் கீழ்ப்பட்ட வயதடையாதவராக இருந்தால் அவரது பெற்றோரில் ஒருவரோ அல்லது பாதுகாவலரோ 'படிவம் 815'-ல் கையொப்பமிட வேண்டும்.

இதற்குப் பிறகு இப் படிவத்தின் பிரதி ஒன்று உங்களுக்கு தரப்படும். நீங்கள் அவுஸ்திரேலியாவிற்கு வந்த பிறகு 'உடல்நல பொறுப்பேற்று சேவை' யுடன் நீங்கள் தொடர்பு கொள்ள வேண்டும் என்பதால் இப் பிரதியை நீங்கள் வைத்திருக்கவும்.

வெளிநாட்டிலிருந்து நான் விண்ணப்பித்து எனக்கு விசா வழங்கப்பட்ட பிறகு நான் அவுஸ்திரேலியாவிற்கு வந்தால் என்ன நடக்கும்?

நெருங்கிய குடும்பத்தினர், நண்பர்கள் மற்றும் சமூகத்தினருக்கு எலும்புருக்கி நோய் பரவும் அபாயத்தை மட்டுப்படுத்துவதற்கென இலவச துவக்கநிலை மருத்துவ பரிசோதனைகளை அவுஸ்திரேலிய அரசு வழங்குகிறது. அவசியம் என்று மருத்துவர் முடிவு செய்தால், எலும்புருக்கி நோய்க்கான சிகிச்சை ஒழுங்கு செய்யப்படும்.

குறிப்பு: உங்களது உடல்நலத்தை முன்னிட்டு சந்திப்புவேளை ஒன்றை சீக்கிரம் ஏற்படுத்திக் கொள்ளுங்கள்.

இவ் விண்ணப்பத்திற்கான உடல்நல சோதனைகளை அவுஸ்திரேலியாவிற்கு வெளியே நீங்கள் மேற்கொண்டிருந்தால்

நீங்கள் அவுஸ்திரேலியாவிற்கு வந்து சேர்ந்தவுடன் 'உடல்நல பொறுப்பேற்று சேவை' (Health Undertaking Service (HUS)) யுடன் நீங்கள் தொடர்பு கொள்ளுமாறு வேண்டப்படுகிறீர்கள். நீங்கள் வந்து சேர்ந்த 4 வாரங்களுக்குள் HUS-உடன் சந்திப்புவேளை ஒன்றை ஏற்படுத்திக்கொள்ள வேண்டியது கட்டாயமாகும். HUS-உடன் எப்படித் தொடர்புகொள்வது என்பதை அறிய <https://immi.homeaffairs.gov.au/help-support/meeting-our-requirements/health/health-undertaking> எனும் வலைத்தளப் பக்கத்தினைத் தரிசியுங்கள்.

இந்த விண்ணப்பத்திற்கான உடல்நல சோதனைகளை நீங்கள் அவுஸ்திரேலியாவில் மேற்கொண்டிருந்தால்

அவுஸ்திரேலியாவிலிருந்து நீங்கள் விசாவுக்காக விண்ணப்பித்தால், இப் படிவத்தில் நீங்கள் கையெழுத்து இடும்போது, தேவைப்படும் தருணங்களில் தொடர் சோதனைக்கென அவுஸ்திரேலியாவிலுள்ள மருத்துவநிலையம் ஒன்றிற்கு நீங்கள் ஏற்கனவே பரிந்துரைக்கப்பட்டிருப்பீர்கள். 'புலப்பெயர்வு மருத்துவ சேவைகள் வழங்குநர்' அமைப்பினர் பரிந்துரைக்கும் மருத்துவநிலையத்திற்கு நீங்கள் அவசியம் சென்றால் மட்டும் போதும்.

எனது உடல்நிலையில் மாற்றம் ஏற்பட்டால் என்ன நிகழும்?

உங்களது உடல்நிலையில் மாற்றம் ஏற்பட்டால், உங்களுடைய விசாவுக்கு எந்த ஆபத்தும் ஏற்படாது. உங்களுடைய 'உடல்நல பொறுப்பேற்று' பிறகுக் கட்டுப்பட்டு தகுந்த மருத்துவநிலையத்திற்கு நீங்கள் செல்லவேண்டியது முக்கியமாகும். உங்களது நோய்நிலைக்கு வெற்றிகரமான முறையில் சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும் என்று திணைக்களம் விரும்புகிறது.

மருத்துவநிலையம் ஒன்றிற்கு நான் ஏன் செல்ல வேண்டும்?

உங்களது நலனைக் கருத்தில் கொண்டு உங்களுடைய 'உடல்நல பொறுப்பேற்று' பின் நிபந்தனைகளுக்கு நீங்கள் கட்டுப்பட வேண்டும். உங்களையும், உங்களது குடும்பத்தாரையும் மற்றும் அவுஸ்திரேலிய சமூகத்தினரையும் பாதுகாக்க அவுஸ்திரேலிய அரசுக்கு உதவும் வகையில் உடல்நல பொறுப்பேற்றிற்கு நீங்கள் அளிக்கும் ஒத்துழைப்பு இன்றியமையாததாகும்.

அந்தரங்கத்தன்மை குறித்த முக்கிய தகவல்

ஒருவரைப் பற்றிய தகவல்களைத் திணைக்களம் திரட்டும் மற்றும் கையாளும் விதத்தினை ஒழுங்குபடுத்தும் 13 'அவுஸ்திரேலியத் தகவல் பாதுகாப்புக் கொள்கைகள்' 'தகவல் பாதுகாப்பு சட்டம் 1988'-இல் அடங்கியுள்ளன. தன்னுடைய முக்கியமான செயல்பாடுகளுக்காக ஒருவரைப் பற்றிய தகவல்களைத் திணைக்களம் எவ்வாறு திரட்டும், பயன்படுத்தும் மற்றும் கையாளும் என்பதைப் பற்றிய தகவல்களை படிவம் 1442i 'தகவல் பாதுகாப்பு அறிவிப்பு' என்பதில் காணலாம். திணைக்களம் தகவல்களைத் திரட்டும் பொதுவான செயல்முறைகளை (படிவம் 1442i உள்ளடங்க) பற்றிய மேலதிகத் தகவல்களை <https://www.homeaffairs.gov.au/access-and-accountability/our-commitments/privacy> எனும் வலைத்தலத்தில் உள்ள 'திணைக்களத்தின் தகவல் பாதுகாப்புக் கொள்கை'-யில் காணலாம்.

உங்களது பயன்பாட்டிற்கென இத் தகவல் ஏட்டை வைத்திருங்கள்

வேண்டுமென்றே இப்பக்கம் காலியாக விடப்பட்டுள்ளது.



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

இப் படிவத்தின் 1 - ஆம் பக்கத்தில் தரப்பட்டுள்ள உங்களது 'உடல்நல பொறுப்பேற்பு' குறித்த தகவல்களை தயவு செய்து வாசியுங்கள்.

தயவு செய்து பேனாவைப் பயன்படுத்தி ஆங்கிலத்தில் பெரிய எழுத்தில் தெளிவாக எழுதுங்கள்.

தேவைப்படும் இடத்தில் சரி என்று குறி இடவும்

Your details

உங்களைப் பற்றிய விபரங்கள்

1 Your full name
உங்களது முழுப் பெயர்

Family name
குடும்பப் பெயர்

Given names
இட்ட பெயர்கள்

2 Date of birth
பிறந்த திகதி

DAY நாள்	MONTH மாதம்	YEAR ஆண்டு
/	/	

Office use only

HAP ID

ICSE Client ID

3 Do you have a passport?
உங்களுக்கு கடவுச்சீட்டு உள்ளதா?

No
இல்லை

Yes Give details
ஆம் விபரம் அளிக்கவும்

Passport number
கடவுச்சீட்டு இலக்கம்

Country of passport
கடவுச்சீட்டு வழங்கப்பட்ட நாடு

Date of issue
வழங்கப்பட்ட திகதி

DAY நாள்	MONTH மாதம்	YEAR ஆண்டு
/	/	

Date of expiry
இறுதியுறும் திகதி

/	/	
---	---	--

Issuing authority/
Place of issue as
shown in your
passport

கடவுச்சீட்டில்
காண்பித்துள்ளவாறு
வழங்கிய அதிகாரம்
/ வழங்கப்பட்ட இடம்

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

குறிப்பு: விசா வழங்கப்படுவதற்கு முன்னதாக செல்லுபடியாகும் கடவுச்சீட்டு வைத்திருக்க வேண்டிய அவசியம் அனேகமான விண்ணப்பதாரிகளுக்கு உண்டு. குறைந்த பட்சம் 6 மாதங்களுக்காவாவது கடவுச்சீட்டு செல்லுபடியாகும் நிலையில் இருக்க வேண்டும்.

உங்களுக்கு விசா வழங்கப்பட்ட பிறகு உங்களது கடவுச்சீட்டை நீங்கள் மாற்றினால் உங்களுக்கு மிக அண்மையிலுள்ள அலுவல்திரேலிய தூதரகத்திற்கோ அல்லது திணைக்களத்தினரது விசா அலுவலகத்திற்கோ நீங்கள் இதைத் தெரிவிக்க வேண்டும். **எச்சரிக்கை:** இந்த தகவல் இல்லாமல் உங்களுக்கு விசா வழங்கப்படமாட்டாது.

4 Contact details in Australia

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).

அவுஸ்திரேலியாவில் உள்ள தொடர்பு விபரங்கள்
குறிப்பு: அஞ்சல் குறியீட்டு இலக்கம் மற்றும் இயன்றால் தொலைபேசி இலக்கம் ஆகியவற்றை உள்ளடக்கிய முழு வசிப்பிட முகவரியைத் தாருங்கள். அவுஸ்திரேலியாவில் உங்களது முகவரி எதுவாக இருக்கும் என்பது உங்களுக்குத் தெரியவில்லை என்றால், உங்களுடன் எப்படி தொடர்பு கொள்ளலாம் என்பது தெரிந்த நபர் ஒருவரது பெயர் மற்றும் முகவரியை நீங்கள் கொடுக்க வேண்டியது கட்டாயமாகும் (உதாரணமாக, உறவினர் அல்லது நண்பர் ஒருவர், உங்களுக்கு வேலை தருபவர் அல்லது நீங்கள் படிக்கப் போகும் கல்வி நிலையப் பணியாளர் ஒருவர்).

Address

முகவரி

POSTCODE அஞ்சல் குறியீட்டு இலக்கம்

Telephone numbers

தொலைபேசி இலக்கங்கள்

Office hours

அலுவலக வேலை நேரங்கள்

AREA CODE தொலைபேசி மண்டல இலக்கம் ()

After hours

அலுவலக நேரத்திற்குப் பின்

AREA CODE தொலைபேசி மண்டல இலக்கம் ()

Mobile

செல்லிடத் தொலைபேசி இலக்கம்

--

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

தொலைநகல், மின்னஞ்சல் அல்லது இதர மின்னணு முறையில் திணைக்களம் உங்களுடன் தொடர்பு கொள்ள நீங்கள் சம்மதிக்கிறீர்களா?

No

இல்லை

Yes Give details

ஆம் விபரம் அளிக்கவும்

Fax number

தொலைநகல் இலக்கம்

AREA CODE தொலைபேசி மண்டல இலக்கம் ()

Email address

மின்னஞ்சல் முகவரி

--

6 Intended duration of stay in Australia

அவுஸ்திரேலியாவில் தங்க உத்தேசிக்கும் காலம்

permanent

நிரந்தரம்

temporary

தற்காலிகம்

Indicate length of stay in Australia

அவுஸ்திரேலியாவில் தங்கும் காலம் எவ்வளவு என்று குறிப்பிடுக

months

மாதங்கள்

weeks

வாரங்கள்

days

நாட்கள்

Client undertaking

சேவைபெறுநர் அளிக்கும் பொறுப்பேற்பு

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

7 I undertake the following:

- (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.

எச்சரிக்கை: உண்மைக்குப் புறம்பான அல்லது தவறான தகவல்களைத் தருவது பெரும் குற்றமாகும்

கீழ் வரும் விடயங்களை செய்வேன் என்று நான் பொறுப்பேற்கிறேன்:

- (அவுஸ்திரேலியாவிற்கு வெளியே உள்ள விண்ணப்பதாரிகளுக்கு) அவுஸ்திரேலியாவிற்கு நான் வந்த 4 வாரங்களுக்குள் 'உடல்நல பொறுப்பேற்பு சேவை' (Health Undertaking Service) யுடன் தொடர்புகொள்வது
- எனக்கென பரிந்துரைக்கப்படும் மருத்துவநிலையத்திற்குச் சென்று தெரிவித்தல்
- மருத்துவநிலையத்தின் தொழில்சார் மேற்பார்வையின் கீழ் வரல் மற்றும் தேவைப்படும் சிகிச்சை, கதிர்வீச்சுப்பட சோதனை அல்லது ஆய்வுகளை மேற்கொள்ளல்
- எனது உடல்நலம் கண்காணிக்கப்படும் காலம் நெடுக அவுஸ்திரேலியாவில் நான் எனது முகவரியை மாற்றும் ஒவ்வொரு முறையும் அதை எனது மருத்துவநிலையத்திற்குத் தெரிவித்தல்
- எனது உடல்நலம் கண்காணிக்கப்படும் காலம் நெடுக அவுஸ்திரேலியாவை விட்டு வெளியேறும் முன்பாகவும், நான் திரும்பும் போதும் அதை எனது மருத்துவநிலையத்திற்கு தெரிவித்தல்
- (ஆஸ்திரேலியாவிற்கு வெளியே இருக்கும் விண்ணப்பதாரிகளுக்கு) நான் வெளியேறுவதற்கு முன்பாக என்னுடைய தொடர்பு விபரங்களை நான் மாற்றினால், என்னுடைய விண்ணப்பத்தை நான் தாக்கல் செய்த 'ஆஸ்திரேலிய விசா அலுவலக'த்திற்கு அதைத் தெரிவித்தல்.

குறிப்பு: நீங்கள் 16 வயதிற்கும் கீழ்ப்பட்ட விண்ணப்பதாரியாக இருந்தால் பெற்றோரில் ஒருவரோ அல்லது பாதுகாவலரோ இப்படிவத்தில் கையொப்பமிட வேண்டும்.

Your
signature

உங்களது
கையொப்பம்

Date
திகதி

DAY நாள்	MONTH மாதம்	YEAR ஆண்டு
/	/	/

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

16 வயதிற்கும் கீழ்ப்பட்ட பிள்ளை ஒன்றிற்காக
கையொப்பமிட்டால் :- பெற்றோர் அல்லது பாதுகாவலரது பெயர்

Relationship to child

குழந்தையுடனான
உறவு

Consent for release of health information உடல்நலம் சார்ந்த தகவல்களை வெளிப்படுத்துவதற்கான சம்மதம்

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.

உடல்நல பொறுப்பேற்பின் ஒரு பகுதியாக திணைக்களத்திற்கும், மாநில மற்றும் எல்லைப்புற உடல்நல அதிகாரத்தினருக்கும், தகுந்த மருத்துவநிலையத்தினருக்கும் மருத்துவத் தகவல்களை ஒருவருக்கொருவர் வெளிப்படுத்தும் தேவை ஏற்படுகிறது. விசுவாடன் சம்பந்தப்பட்டிருந்தால் மட்டுமே தகவல்கள் வெளிப்படுத்தப்படும், மற்றும் தகவல் பாதுகாப்பு சட்டம் 1988 -ன் படி தகவல்கள் மிகவும் கறாராக பாதுகாக்கப்படும்.

ஐஇந்த 'உடல்நல பொறுப்பேற்பினைக் கண்காணிக்கும் பொருட்டு மாநில மற்றும் எல்லைப்புற உடல்நல அதிகாரங்களுக்கும் தகுந்த உடல்நல மருத்துவநிலையங்களுக்கும் என்னைப் பற்றிய அந்தரங்கத் தகவல்கள் திணைக்களத்தினால் வெளிப்படுத்தப்படுவதற்கு நான் சம்மதிக்கிறேன்.

மாநில மற்றும் எல்லைப்புற உடல்நல அதிகாரங்களும் தகுந்த உடல்நல மருத்துவநிலையமும் கீழ்வரும் விடயங்களை திணைக்களத்திற்கு வெளிப்படுத்த நான் சம்மதிக்கிறேன்:

- நான் செல்லும் மருத்துவ பரீசோதனையின் முடிவு; மற்றும்
- தேவைப்படும் எவ்விதமான தொடர்ந்த சிகிச்சை குறித்த தகவல்கள்.

குறிப்பு: நீங்கள் 16 வயதிற்கும் கீழ்ப்பட்ட விண்ணப்பதாரியாக இருந்தால் பெற்றோரில் ஒருவரோ அல்லது பாதுகாவலரோ இப்படிவத்தில் கையொப்பமிட வேண்டும்.

Your
signature

உங்களது
கையொப்பம்

Date
திகதி

DAY நாள்	MONTH மாதம்	YEAR ஆண்டு
/	/	/

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

16 வயதிற்கும் கீழ்ப்பட்ட பிள்ளை ஒன்றிற்காக
கையொப்பமிட்டால் :- பெற்றோர் அல்லது பாதுகாவலரது பெயர்

Relationship to
child

குழந்தையுடனான
உறவு

You should keep a copy of your signed health undertaking.

உங்களது 'உடல்நல பொறுப்பேற்பினை' கையொப்பமிடப்பட்ட பிரதி ஒன்றை நீங்கள் வைத்துக்கொள்வது நலம்.