

Authority to obtain information Giấy ủy quyền thu thập thông tin

The aim of your return to work service provider (the provider) is to assist you to return to and/or remain in suitable employment and/or assist you to achieve re-integration into the community. In addition to speaking with your case manager, they may need to discuss confidential information relevant to your injury with your doctor, medical provider/s, employer and in some instances other people/organisations and obtain information from them. By completing this authority to obtain information (the authority) you are giving your provider permission to obtain information relevant to your return to work activity.

Mục đích của cơ sở cung cấp dịch vụ quay trở lại làm việc của quý vị (cơ sở cung cấp dịch vụ) là để giúp quý vị quay trở lại và/hay giữ được một công việc làm thích hợp và/hay giúp đỡ quý vị hòa nhập trở lại với cộng đồng. Ngoài việc thảo luận cùng nhân viên phụ trách trường hợp của quý vị, cơ sở cung cấp dịch vụ có thể cần phải thảo luận về những thông tin được bảo mật liên quan đến thương tật của quý vị với bác sĩ, cơ sở cung cấp dịch vụ y khoa, hãng sở và trong một số trường hợp những người/tổ chức khác để thu thập thông tin từ những người này. Khi điền vào giấy cho phép thu thập thông tin này (giấy ủy quyền) quý vị đã đồng ý cho phép cơ sở cung cấp dịch vụ được quyền thu thập thông tin liên quan đến việc quay trở lại làm việc của quý vị.

I (please print): / Tôi (xin viết chữ hoa):

claim number (if known) / Số hồ sơ (nếu biết):

authorise my provider (specify organisation) /
cho phép nơi cung cấp dịch vụ của tôi (ghi rõ tên tổ chức):

to obtain information relating to my injury/illness (specify) /
được quyền thu thập thông tin liên quan đến thương tật/bệnh tật
của tôi (xin ghi rõ):

sustained at work on or about (date) /
xảy ra tại nơi làm việc vào khoảng (ngày): ____ / ____ / ____

from the following people/organisations I have indicated to the
right to assist in the management of my recovery and/or return
to work.

từ những người/tổ chức sau đây mà tôi đã liệt kê bên tay phải để
giúp đỡ trong việc quản lý sự hồi phục và/hay trở lại làm việc của tôi.

Refer to user notes on reverse

Xin xem ghi chú dành cho người sử dụng ở mặt sau

For general authority, please tick the box/es provided.

To limit authority, do not tick the box/es. Instead, write the names of people/ organisations you are authorising on the dotted line/s. You may also choose a combination of general and limited authority.

Muốn ủy quyền tổng quát, xin vui lòng đánh dấu vào (các) ô đã có sẵn.

Muốn hạn chế việc ủy quyền, đừng đánh dấu vào các ô. Thay vào đó ghi tên người/ tổ chức quý vị ủy quyền vào những hàng vạch bằng dấu chấm. Quý vị có thể chọn cả hình thức ủy quyền tổng quát lẫn hạn chế.

Assessing and treating medical doctors /
Bác sĩ thăm định và điều trị y khoa

Assessing and treating medical providers (e.g. physiotherapist) /
Nơi cung cấp dịch vụ thăm định và trị liệu y khoa (ví dụ như nhân
viên vật lý trị liệu)

Pre-injury employer representatives /
Đại diện hãng sở trước lúc bị thương tật

Host employers / Hãng sở sử dụng lao động được giới thiệu đến tạm
thời để phục hồi chức năng

Potential/new employers / Hãng sở tương lai/hãng sở mới

Training organisations / Cơ sở huấn luyện

Other (e.g. union representative, community organisations) / Các
nơi khác (ví dụ như đại diện nghiệp đoàn, các tổ chức cộng đồng)

I approve a copy of the authority, including an electronic version, being treated as the original. The authority is valid for the duration of my claim unless it is superseded by a new authority or until such time as either I, or my representative, revoke the authority.

Tôi đồng ý rằng bản sao của giấy ủy quyền kể cả bản điện tử được coi là có giá trị như bản chính. Việc ủy quyền này có hiệu lực trong thời gian làm đơn xin bồi thường của tôi trừ khi được thay thế bởi một giấy ủy quyền khác hay cho đến khi nào bản thân tôi hay người đại diện của tôi hủy bỏ sự ủy quyền này.

Signature Ký tên:	Date Ngày
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Instructions for completing the Authority to obtain information

The Return to work service provider must arrange for this authority to be completed and signed by the worker prior to any information of a confidential nature being obtained in relation to the worker's recovery and return to work. It is important the worker be provided assistance to fully comprehend the purpose and use of the authority and offered assistance to complete the Authority to obtain information form (the form). Further information may be obtained from ReturnToWorkSA on 13 18 55.

1. The worker has the right to seek independent advice before signing the form. This is not a prescribed form and therefore the worker has the right to alter the form or provide an alternative authority.
2. Involvement of a representative of the worker should occur only if requested/authorised by the worker.
3. Prior to obtaining confidential information, providers must ensure the authority is valid (e.g. has not been revoked by the worker) and the information is relevant to the management of the worker's recovery and/or return to work.
4. In relation to the worker approving people/organisations involved in their recovery and/or return to work, they are to:
 - 1) either tick the box provided or leave the box blank and specify names if choosing to limit authority (e.g. Dr Adam X or Y's Medical Centre); and
 - 2) tick or specify only relevant people/organisations as not all will be relevant to the worker's recovery and/or return to work.
5. If changes are made to people/organisations involved in the worker's recovery and/or return to work, the worker is to be asked to sign a new authority. Once signed, the latest authority will automatically supersede the previous authority. Therefore it is essential that the new authority include all previously listed people/organisations, if still relevant.

6. A copy of the completed and signed authority must be provided to the:
 - worker
 - case manager
 - employer or employer representative/s
 - people/organisations authorised by the worker to release information to the provider

Note: It is necessary to provide a copy of the authority to the worker's pre-injury employer **only** if the worker is still employed by that employer.

7. A copy of all completed and signed authorities are to be kept together in a prominent position on the return to work services file and forwarded to relevant people/organisations as required. If there is more than one return to work services file for the worker, a copy of the most recent authority is to be kept on each file.
8. This form is available in several common languages at www.rtwsa.com. If an interpreter is used for completing the authority, please ensure the Interpreter declaration form is also completed and attached to the authority. For a copy of the form and guidelines please contact ReturnToWorkSA on 13 18 55.
9. The provider has forwarded copies of the authority to the following people/organisations on the dates noted:

<input type="checkbox"/>	Worker	___/___/___
<input type="checkbox"/>	Case manager	___/___/___
<input type="checkbox"/>		___/___/___
<input type="checkbox"/>		___/___/___
<input type="checkbox"/>		___/___/___
<input type="checkbox"/>		___/___/___

ReturnToWorkSA
GPO Box 2668 South
Australia 5000

Phone: 13 18 55
Fax: 08 8238 5775
Email: info@rtwsa.com
Website: www.rtwsa.com

To contact ReturnToWorkSA in a language other than English, please ring the Interpreting and Translating Centre on 1800 280 203 and ask them to contact us on 13 18 55.

This interpreting service is available at no cost to you.

If you need any information in braille, audio, e-text or large print, please call us on 13 18 55 and we will do our best to help you.

If you are deaf or have a hearing or speech impairment you can call ReturnToWorkSA through the National Relay Service (NRS):

- TTY users can phone 13 36 77 then ask for 13 18 55.
- Speak & Listen (speech-to-speech) users can phone 1300 555 727 then ask for 13 18 55.
- Internet relay users can connect to NRS on www.relayservice.com.au then ask for 13 18 55.