



**Authorization to Disclose Information /
Consent for Medical Evaluation**

Personal information Bank
HRSDC PPU 175

個人情報バンク

情報開示許可 / 受診同意書

Contributor's Family Name / 被保険者の姓		Contributor's Given Name / 被保険者の名	
Contributor's Canadian Social Insurance Number 被保険者のカナダの社会保険番号			
Home Address (No., Street, Apt. No., P.O. Box) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号)		City, Town or Village / 市町村	
Postal Code / 郵便番号	Province / 州	Country / 国	
Telephone Number (including area, city or regional code) 電話番号(市外局番号を含む) []			

I hereby authorize any doctor, hospital, employer, educational institution, foreign competent institution or other medical or vocational agency as well as any occupational insurance agency or administrators of private insurance plans to disclose information contained in their records to Human Resources Development Canada, for the purpose of determining whether I am disabled under the *Canada Pension Plan*.

For the purpose of providing further medical evidence for the evaluation of my disability, I agree, upon request by Human Resources Development Canada, to be examined by a qualified doctor or a consultant specialist and to submit to such diagnostic tests as the doctor or specialist may deem necessary. I also authorize Human Resources Development Canada to provide any relevant medical information relating to my disability to the examining doctor for the purpose of such examination.

Any personal information received by Human Resources Development Canada is protected under the *Canada Pension Plan* and the *Privacy Act*. I have the right to request access to this information.

I have read the above statements. I understand that this information is essential to determine that I have or continue to have a severe and prolonged mental or physical disability. In addition, this information will be used to determine the date my disability began or ceased under the terms of the *Canada Pension Plan*. I also understand that should I choose not to consent to any of the above, a decision will be made based upon the evidence available in my file, which could result in a denial of my claim.

私は本書により、医師、病院、雇用者、教育機関、外国の権限ある機関又はその他の医療若しくは職業機関並びに職業保険事務所又は民間保険制度の管理者が、私がカナダ年金制度に基づく障害者であるかどうかを決定する目的で、本報告書の情報をカナダ人材開発省に開示することを認めます。

私の障害を評価するためのさらなる医学的証拠の提供を目的として、カナダ人材開発省の要請により、有資格の医師又はコンサルタント専門家による診察を受けること及び当該医師又は専門家が必要と見なす診断のため検査を受けることに同意します。また、カナダ人材開発省が私の障害に関する医学情報を、診察のための資料として、医師に提供することを認めます。

カナダ人材開発省が受理する個人情報はカナダ年金制度及び個人情報保護法により保護されています。私にはこの情報へのアクセス請求権があります。

私は上記の説明を読みました。私は、私が重度の長期に及び精神障害又は身体障害を負っていること又はこの状態が継続していることを明らかにするのに本情報が不可欠であることを理解しています。さらに、本情報は、カナダ年金制度の条件による私の障害の開始日又は終了日を決定するために使用されます。また、私は、私が上記のいずれかに同意しないことを選択した場合、私のファイルにある証拠に基づいて決定が下され、その結果私の請求が却下される可能性があることも理解しています。

Signature of Contributor/Applicant 被保険者／申請者の署名		Year / 年 Month / 月 Day / 日
To be completed by witness if contributor/applicant signs by a mark, or representative for the purpose of determining whether the contributor is disabled. 被保険者／申請者が文字以外の記号によって署名する場合に証人が署名、又は被保険者が障害者であるか否かを決定する目的で代理人が署名。		Year / 年 Month / 月 Day / 日
Signature of Witness 証人の署名		Year / 年 Month / 月 Day / 日
Family Name of Witness / 証人の姓	Given Name of Witness / 証人の名	
Home Address (No., Street, Apt. No., P.O. Box) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号私書箱)		City, Town or Village / 市町村名
Postal Code / 郵便番号	Province / 州	Country / 国
Telephone Number (including area, city or regional code) 電話番号(市外局番号を含む) []		
This Authorization/Consent form shall be valid for two years from the date of signature unless previously revoked in writing by the contributor/applicant or representative signing this form. Any photographic or facsimile copy shall be valid as the original. 本書に署名する被保険者／申請者又は代理人が書面で撤回しない限り、本許可／同意書は署名日から2年間有効です。フォトコピー又は複写コピーは原本として有効であるものとします。		