



# Bank account details collection Pengumpulan keterangan bank

## Informasi penting

Isilah formulir ini jika anda ingin Medicare Australia mendaftarkan dan menyimpan keterangan detail bank anda dengan maksud melakukan pembayaran Medicare kepada anda.

Anda juga dapat mendaftarkan nomor rekening bank anda:

- dengan menelepon **132 011** (ada biaya menelepon)
- dengan datang sendiri di kantor Medicare setempat.
- online pada [www.medicareaustralia.gov.au/online](http://www.medicareaustralia.gov.au/online)

## Bantuan

Jika anda memerlukan bantuan mengisi formulir ini, teleponlah **132 011** (ada biaya menelepon) atau kunjungilah [www.medicareaustralia.gov.au](http://www.medicareaustralia.gov.au)

## Memasukkan permintaan

Kirimkanlah formulir yang telah diisi ke:

**Medicare Australia**

**GPO Box 9822**

Di ibu kota negara bagian anda

atau masukkan ke dalam kotak surat di kantor Medicare setempat.

Tulislah dalam **HURUF-HURUF BESAR**

**Beri tanda centang (tick) jika berkenaan**

## Keterangan tentang anda

**1** Nomor kartu Medicare anda

Ref.no. (nomor rujukan)

**2** Mr  Mrs  Miss  Ms  Other (Lain)

Nama keluarga

Nama kecil pertama

**3** Tanggal lahir

**4** Alamat

Kode Pos

**5** Nomor telepon siang hari

Email

@

**6** Nama orang-orang lain dalam kartu Medicare ini yang akan menggunakan rekening bank ini untuk pembayaran Medicare mereka

Nama	Ref. no. (nomor rujukan)

## Keterangan tentang rekening bank

**Catatan:** Pembayaran tidak dapat dilakukan ke dalam rekening kartu kredit, pinjaman bank atau cicilan rumah

**7** Nama bank, building society atau bank serikat sekerja (credit union)

Kantor cabang tempat rekening itu

Nomor kantor cabang (Branch number atau BSB)

-

Nomor rekening (ini mungkin tidak sama dengan nomor kartu anda)

Rekening ini dipegang atas nama (nama-nama) dari:

**Catatan:** Jika ada nama orang lain yang perlu dimasukkan, lampirkan selembar kertas terpisah dengan tanda tangan mereka.

## Persetujuan

**8** Orang yang berumur di atas 14 tahun harus membubuhkan tanda tangannya menandakan ia setuju pembayarannya dimasukkan ke dalam rekening ini

Tanda tangan

Tanggal

Tanda tangan

Tanggal

Tanda tangan

Tanggal

Tanda tangan

Tanggal

## Pernyataan

**9** Saya menyatakan bahwa

*Keterangan yang saya berikan dalam formulir ini adalah benar dan betul. Saya akan memberi tahu Medicare Australia dengan segera jika rekening bank saya berubah.*

Tanda tangan

Tanggal

## Catatan mengenai kerahasiaan diri

Informasi yang diberikan dalam formulir ini akan digunakan untuk mendaftarkan dan menyimpan data bank anda dengan tujuan membuat pembayaran kepada anda dari program-program yang dijalankan oleh Medicare Australia. Pengumpulan data ini dilakukan berdasarkan *Medicare Australia Act 1973 (Undang-Undang Medicare 1973)*. Detail rekening bank anda akan diberi-tahukan kepada badan-badan keuangan yang relevan untuk mempermudah pembayaran kepada anda dan tidak akan diberi-tahukan kepada pihak ketiga lainnya mana pun kecuali jika ada wewenang atau diperlukan oleh hukum.