Australian Government

Medicare Australia

Bank account details collection
Предоставление данных о счете в банке

Важная информация

Вам следует заполнить этот бланк, если вы хотите, чтобы Medicare Australia зарегистрировала и хранила данные о вашем счете в банке для перевода вам выплат через систему Medicare.

Вы также можете предоставить данные о своем счете в банке следующими способами:

- позвонив по номеру **132 011** (взимается плата за телефонный звонок)
- придя лично в местное отделение Medicare
- **через вебсайт www.medicareaustralia.gov.au/online**

Если вам требуется помощь

Если вам требуется помощь при заполнении этого бланка, то позвоните по номеру 132 011 (взимается плата за телефонный звонок) или посетите вебсайт www.medicareaustralia.gov.au

Подача заполненного бланка

Пошлите заполненный бланк по адресу:

Medicare Australia
GPO Box 9822
(укажите столицу вашего штата или вашей территории)
или опустите в ящик для приема заполненных бланков в местном отделении Medicare.

Заполнять следует **ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**

Отметьте галочками соответствующие квадраты ☑

Ваши данные

1 Номер карточки Medicare

Идентификационный номер

2 Mr ☐ Mrs ☐ Miss ☐ Ms ☐ Прочее

Фамилия

Имя

3 Дата рождения

/ /

4 Адрес

Почтовый индекс

5 Номер телефона, по которому вам можно позвонить в течение дня

Адрес электронной почты

@

6 Другие перечисленные на этой карточке Medicare лица, которые будут пользоваться этим счетом в банке для получения выплат

Имя и фамилия	Идентификационный номер

Данные о счете в банке

Примечание: Выплаты не могут переводиться на счета кредитных карточек, ссуд или ипотечных кредитов

7 Название банка, строительного общества или кредитного союза

Отделение банка, в котором находится ваш счет

Номер отделения (BSB)

–

Номер счета (номер счета может не совпадать с номером карточки)

Имя и фамилия (имена и фамилии), на которые оформлен счет

Примечание: Если необходимо перечислить большее количество людей, то приложите отдельный лист с их подписями.

Согласие

8 Люди в возрасте старше 14 лет должны расписаться в знак согласия на перевод своих выплат на этот счет в банке

Подпись ✍ Дата / /

Подпись ✍ Дата / /

Подпись ✍ Дата / /

Подпись ✍ Дата / /

Заявление

9 Заявляю, что:

Сведения, предоставленные мной на этом бланке, являются правильными и точными.
Я буду без промедления сообщать Medicare Australia об изменениях, касающихся данных о моем счете в банке

Подпись ✍ Дата / /

Соблюдение конфиденциальности

Информация, предоставленная на этом бланке, будет использована для регистрации и хранения данных о вашем счете в банке для перевода вам сумм с помощью электронной системы в рамках программ, осуществляемых Medicare Australia. Сбор такой информации ведется в соответствии с *Medicare Australia Act 1973*. Данные о вашем счете в банке будут переданы в соответствующее финансовое учреждение для перевода вам денег. Эти данные не будут переданы никаким другим третьим сторонам, за исключением тех случаев, когда это разрешено или требуется в соответствии с действующим законодательством.

1579a.13.03.09