



Australian Government  
Department of Education and Training



## د زده کړې او استخدام لپاره مهارتونه او بالغ کډوال او انگلیسی د پروگرام (Skills for Education and Employment and Adult Migrant English Program)

### د محرومیت خبرتیا

د شخصي معلوماتو راټولول او برابرول د پرایویسی د قانون 1988 سره سم ترسره کیږي. زه پوهیږم چې [insert name of Provider] او Skills for Education and Employment (SEE) program/Adult Migrant English Program (AMEP) به د استرالیا د دولت (Australian Government) لپاره زما شخصي معلومات راټولوي (او زما شخصي معلومات به) د لاندې موخو لپاره استعمالوي:

- روزنه او ارزونه
- څیړنه ترسره کول ، شمیرنې او راپورونه برابرول
- د پروگرام برابرول او
- د SEE /AMEP پروگرام څارنه او ارزونه کول.

زه د SEE /AMEP د پروگرام لپاره اجازه ورکوم او خپل شخصي معلومات لاندې ډاګه کوم:

- د استرالیا دولت نورو ادارو ته د لاندې موخو لپاره:
  - څیړنه کول
  - د SEE /AMEP پروگرام د ارزونې او په نښه توګه د برابرولو لپاره
  - د نورو دولتي پروګرامونو د تنظیمولو د مرستې لپاره
  - د SEE /AMEP د پروګرام پرته د هغه نورو خدمتونو د ارزونې لپاره چې تاسې ته درکول کیږي.

- د استرالیا د دولت نورې ادارې پشمول Employment Service Providers Department of Human Services او د هغوی قراردادیان او نمایندگان ، چې هغو ته لاندې معلومات وړاندې کړم (که اړتیا وي):

- په SEE/AMEP کې زما د داخلي د وضعیت او پرمختګ ، یا
- چې اضافي روزنې ته د لاس رسې لپاره د مرستې لپاره بله مراجعه ترلاسه کړم

- Quality Assurance Providers چې د استرالیا دولت (Australian Government) ورسره د زده کړې د پایلو د تائیدونې او / یا ارزونو لپاره تړون کړی وي ، او

- نور هغه کسان ، ادارې یا موسسې چې رسمي اجازه لري یا قانوني اړتیا لري.

په دې فورمه کې راټول کړی شوي دا معلومات به د هغه مقصد لپاره استعمالیږي د کوم لپاره چې تاسې ورکړې وي او مور به ستاسې د اجازې پرته دا نه په ډاګه کوو ، بې له هغې چې رسمي اجازه اخیستل شوې وي یا قانوني اړتیا وي.



Australian Government  
Department of Education and Training



زه د خپل شخصي معلوماتو د خپروني اجازه ورکوم لکه څنگه چې د SEE /AMEP د پروگرام لپاره پورته ورکړل شوې دي (لطفاً دا دايره کړئ چې کوم يو)

.....  
(ننۍ نيټه)

.....  
ستاسې لاسليک (زده کوونکی)

.....  
(ننۍ نيټه)

.....  
که ستاسې عمر له 18 کالو څخه کم وي ، والدین/سرپرست به لاسليک کوي

که پورتنی بیان تاسې ته لوستلی شوی وي ، لطفاً دا ووايئ چې په لوستلو کې درسره چا مرسته کړې وه.

.....  
(له هغه/هغوی سره ستاسې اړیکه)

.....  
(د هغه کس/کسانو نوم چې له تاسې سره یې په دې کې مرسته کړې)