

My Aged Care

Registration of a Supporter Form

[استماراة تسجيل مقدم الدعم]

Arabic –

لمزيد من المعلومات	?	حماية وحماية معلوماتك	?	متى تُستخدم هذه الاستماراة	?
<p>My Aged Care</p> <p>للتتحدث مع أحد الأشخاص من قبل حول هذه الاستماراة:</p> <ul style="list-style-type: none"> اتصل بخدمة My Aged Care على الرقم 1800 200 422 من الاثنين إلى الجمعة، بين الساعة 8:00 صباحاً و0:00 مساءً، ويوم السبت، بين الساعة 10:00 صباحاً و0:00 بعد الظهر. حدد مقابلة شخصياً مع Aged Care Specialist Officer (ACSO) [الموظف المختص في رعاية المسنين]. حدد موعداً عن طريق الاتصال بالرقم 1800 227 475 في أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً. يمكنك زيارة موقع الإنترنت للحصول على Services Australia مزيد من المعلومات حول أحدث موافع ACSO. <p>يمكنك أيضاً زيارة موقع الإنترنت للحصول على مزيد من المعلومات على: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p>	?	<p>معلوماتك الشخصية ومعلومات مقدم الدعم المسجل محمية بموجب القانون، بما في ذلك [قانون الخصوصية Privacy Act 1988 (Cth)] Australian Privacy Principles [بمبادئ الخصوصية الأسترالية].</p> <p>يتم جمع معلوماتك الشخصية بواسطة My Aged Care و Department of Health, Disability and Ageing [وزارة الصحة وشئون الإعاقة والشيخوخة] لتمكين الحصول على رعاية المسنين أو الخدمات ذات الصلة لك أو لشخص تدعمه.</p> <p>يرجى قراءة إشعارات الخصوصية الخاصة بنا على موقع My Aged Care للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية تعاملنا مع معلوماتك الشخصية.</p> <p>https://www.myagedcare.gov.au/privacy</p> <p>قد يتم أيضاً جمع معلوماتك الشخصية من قبل مقدمي خدمات رعاية المسنين ومنظمات التقييم المؤهلة من الحكومة الأسترالية لتقييم خدمات رعاية المسنين وتوفيرها.</p>	<p>تُستخدم هذه الاستماراة لتسجيل مقدم الدعم ليساعدك في العثور على خدمات رعاية المسنين والحصول عليها، بما في ذلك My Aged Care.</p> <p>إذا كنت ترغب في الحصول على خدمات رعاية المسنين المدعومة من الحكومة، فيجب عليك التسجيل في My Aged Care. للقيام بذلك، يمكنك إما الاتصال بـ My Aged Care بنفسك أو يمكن لشخص آخر التحدث إلى My Aged Care بحضورك.</p> <p>كما يمكنك التسجيل عبر الإنترنت كجزء من عملية تقديم طلب التقييم على الرابط: https://myagedcare.gov.au/registering-supporter</p> <p>من خلال هذه الاستماراة، يمكنك تسجيل مقدم الدعم لمساعدتك في اتخاذ قراراتك بشأن رعاية المسنين والتعبير عنها، بما في ذلك طلب معلوماتك والحصول عليها. لا تمتلك علاقه مقدم الدعم إلى اختبارات تحديد الدخل، ولا تُعد هذه العلاقة علاقه تمثل عنك أو تغريضاً للتعامل مع أي جهات حكومية أسترالية أخرى.</p>	?	

ما المقصود بـ مقدم الدعم المسجل في My Aged Care

يساعد مقدم الدعم المسجلون كبار السن على اتخاذ قراراتهم الخاصة بشأن رعاية المسنين والتعبير عنها. ويشمل ذلك استخدام My Aged Care وأي قرارات يومية أخرى تتعلق برعاية المسنين. يمكن لمقدمي الدعم المسجلين طلب معلومات حول الشخص المسن والحصول عليها واستلامها. كما يمكنهم توصيل المعلومات نيابةً عن الشخص المسن، بما يتوافق مع إرادته وتفضيلاته المعلن عنها.

يتمتع بعض مقدمي الدعم المسجلين أيضاً بالوصاية أو التوكيل القانوني الدائم أو بسلطات قانونية مماثلة. هؤلاء الأشخاص مُعيّنون كصانعي قرارات نيابةً عن الشخص المسن، ويمكنهم اتخاذ القرارات بالنيابة عنه وفقاً للشروط المعمول بها في الكومنولث أو الولاية أو الإقليم. يمكن لصانع القرار المعين اتخاذ القرارات نيابةً عن الشخص المسن فقط بما يتماشى مع صلاحياته القانونية السارية الممنوحة له.

قد يتمتع هؤلاء الأشخاص بسلطة قانونية لاتخاذ القرارات معترف بها من قبل (Aged Care Act 2024 Cth) [الـtوكيل الدائم] enduring power of attorney

- الوصاية الدائمة
- التوجيه الصحي المسبق، حيث يمنح هذا التوجيه سلطة دائمة لاتخاذ القرارات
- الخطة الشخصية المسبقة (في الإقليم الشمالي)
- ترتيب لمارسات مقتنة أو اتخاذ القرار بالنيابة وفقاً لقانون الكومنولث أو الولاية أو الإقليم، أو أمر تعين يمنح سلطة اتخاذ القرار من محكمة أو هيئة قضائية أو مجلس أو لجنة، صادر بموجب قانون الكومنولث أو الولاية أو الإقليم.

أن يصبح الشخص مقدم دعم مسجل لا يعني أنه يملك سلطة اتخاذ القرارات نيابةً عن الشخص المسن. حيث أن دور مقدم الدعم المسجل هو دعم الشخص المسن لاتخاذ قراراته بنفسه.

كيفية تعبئة هذه الاستمارة

يمكنك تعبئة الاستمارة على جهاز الكمبيوتر الخاص بك أو طباعتها والتوجيع عليها.

الجزء A – بياناتك (بيانات العميل).

الجزء B – بيانات مقدم الدعم المُحتمل.

الجزء C أو D – تفاصيل العلاقة وموافقتك (العميل) وموافقة مقدم الدعم المُحتمل على العلاقة. أكمل جزءاً واحداً فقط من الجزأين C أو D، وفقاً لعلاقة الدعم المراد إنشاؤها.

الجزء E – إعلان تضارب المصالح الذي يجب إكماله من قبل مقدم الدعم المُحتمل، بالتشاور معك (العميل).

كيفية تقديم هذه الاستمارة

بعد إكمال الاستمارة وتوقيعها وفقاً للتعليمات المذكورة أعلاه، قم برسالتها إلى My Aged Care باستخدام إحدى الطرق التالية:

1. تحميل الاستمارة إلى حاسوبك عبر الإنترنت (توفر معلومات إضافية حول كيفية الدخول إلى حاسوبك عبر الإنترنت على موقع My Aged Care على الرابط: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) أو

2. إرسال نسخة إلكترونية عن طريق تعبئة استمارة My Aged Care عبر الإنترنت المتوفرة على الرابط: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload>

3. إرسال الاستمارة بالبريد إلى:
My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216

4. عن طريق المقابلة الشخصية من خلال زيارة أحد مراكز Services Australia حيث يمكن لموظف الخدمة العامة مساعدتك في تقديم المستندات إلى My Aged Care أو حجز موعد مع Aged Care Specialist Officer والذي يمكنه تحميل المستندات إلى My Aged Care. يمكنك الاتصال بهيئة Services Australia على الرقم 1800 227 475 لحجز موعد المقابلة الشخصية أو

5. شخصياً مع المقيم، إذا كان لديك (العميل) أو لدى مقدم الدعم المُحتمل موعد تقييم قريب.
بالنسبة لمقدمي الدعم المُحتملين، والذين تم تعيينهم أيضاً كحصاني قرار، يرجى التأكيد من إرفاق دليل على سلطانك القانونية السارية والفعالة لاتخاذ القرارات نيابةً عن العميل قبل إعادة هذه الاستمارة. من المرجح أن تكون هذه مستندات قانونية. قد يطلب أيضاً تقديم أدلة طيبة عن العميل لإظهار أن سلطانك لا تزال سارية المفعول.

إذا كنت تريد التأكيد من أن My Aged Care قد استلمت استمارتك، يرجى الانتظار قبل الاتصال (يستغرق التحميل يومي عمل، والبريد ستة أيام عمل).

الخطوات التالية بعد تقديم الاستمارة إلى My Aged Care

عند استلام My Aged Care لاستمارتك المكتملة، يمكنهم تسجيلك أنت ومقدم الدعم المُحتمل لدى My Aged Care عند الحاجة، والتواصل مع أيٍ منكما في حال طلب الأمر معلومات إضافية لاستكمال طلب تسجيل علامة مقدم الدعم.

بمجرد تسجيل علاقتك بمقدم الدعم، يمكن لمقدم الدعم المسجل الاتصال بـ 1800 200 422 My Aged Care على الرقم 1800 200 422 بشأن خدماتك واحتياجاتك من رعاية المسنين، بما في ذلك الحاجة إلى أي تقييمات. يمكن لمقدم الدعم المسجل التصرف فقط وفقاً لرغباتك وفضيلاتك.

PART A - Aged Care Client Details (Your details)

[الجزء A - بيانات عميل رعاية المسنين (بياناتك)]

يجب عليك تعبئة جميع الخانات التي تحمل علامة النجمة (*)

*Phone Number
[رقم الهاتف*]

*Date of Birth
[تاريخ الميلاد*]

*Title (select one):
[اللقب (اختر واحداً):]
Ms [السيدة] Miss [الأنثى] Mrs [السيدة] Mr [السيد] Other [غير ذلك] Dr [الدكتور(ة)]
*Last name
[اسم العائلة*]

*Home Address Line 1
[عنوان المنزل السطر 1]

Home Address Line 2
[عنوان المنزل السطر 2]

*First name
[الاسم الأول*]

*Postcode
[الرمز البريدي*]

*State/Territory
[الولاية/الإقليم*]

Middle name
[الاسم الأوسط]

Medicare Card # (including Individual Reference Number)
or DVA card #
[رقم بطاقة ميديكير # (بما في ذلك الرقم المرجعي الفردي) أو رقم بطاقة DVA #]

Preferred name
[الاسم المفضل]

*Gender (select one):
[الجنس (اختر واحداً):]

Female [أنثى] Male [ذكر]

Indeterminate/Intersex/Unspecified

[غير معين/ثنائي الجنس/غير مذكور]

Not Specified
[غير محدد]

Aged Care (AC) ID (if known)
[رقم تعريف رعاية كبار السن (AC) (إذا كان معروفاً)]

Registered supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority for you
[مقدم الدعم المسجل، والذي تم تعيينه أيضًا كصانع قرار لديه سلطة قانونية سارية بالنيابة عنه]

أكمل الجزء B و الجزء D. أكمل الجزء E إذا كان لديك أي تضارب مصالح يجب الإفصاح عنه

Registered supporter, where you and the registered supporter are consenting to the relationship
[مقدم الدعم المسجل، حيث توافق أنت ومقدم الدعم المسجل على هذه العلاقة]

أكمل الجزء B و الجزء C. أكمل الجزء E إذا كان لدى مقدم الدعم المُحتمل أي تضارب مصالح يجب الإفصاح عنه

What best describes your proposed supporter relationship (select one)?

[ما الوصف الأنسب للعلاقة بينك وبين مقدم الدعم المفترض (اختر واحداً):*]

PART B - Prospective Supporter's Details

[الجزء B - بيانات مقدم الدعم المُحتمل]

يجب عليك تعبئة جميع الخانات التي تحمل علامة النجمة (*)

*Phone Number
[رقم الهاتف*]

*Date of Birth
[تاريخ الميلاد*]

*Title (select one):
[اللقب (اختر واحداً):]
Ms [السيدة] Miss [الأنثى] Mrs [السيدة] Mr [السيد] Other [غير ذلك] Dr [الدكتور(ة)]
*Last name
[اسم العائلة*]

*Home Address Line 1
[عنوان المنزل السطر 1]

Home Address Line 2
[عنوان المنزل السطر 2]

*First name
[الاسم الأول*]

*Postcode
[الرمز البريدي*]

*State/Territory
[الولاية/الإقليم*]

Middle name
[الاسم الأوسط]

Medicare Card # (including Individual Reference Number)
or DVA card #
[رقم بطاقة ميديكير # (بما في ذلك الرقم المرجعي الفردي) أو رقم بطاقة DVA #]

Preferred name
[الاسم المفضل]

*Gender (select one):
[الجنس (اختر واحداً):]

Female [أنثى] Male [ذكر]

Indeterminate/Intersex/Unspecified

[غير معين/ثنائي الجنس/غير مذكور]

Not Specified
[غير محدد]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)
[علاقة مقدم الدعم المُحتمل مع العميل (الرجاء اختيار واحدة)]

Parent [والد/والدة] Child [طفل]
Spouse/Partner [زوج(ة)/شريك(ة)]
Friend [صديق(ة)]
Other [غير ذلك]
Neighbour [جار(ة)]

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent

الجزء C - تسجيل مقدم الدعم بموافقتك وموافقة مقدم الدعم المحتمل

يرجى تعبئة جميع الخانات إذا كنت تسجل مقدم الدعم دون الاعتماد على سلطة اتخاذ القرار القانونية للعميل

على مقدم الدعم إكمال هذا الجزء

Supporter's consent and Declaration [موافقة مقدم الدعم وإقراره]

أوافق على تسجيل اسمي كمقدم دعم بموجب Aged Care Act 2024 للعميل المذكور في هذه الاستماراة. أدرك أنه يحق لي طلب المعلومات والمستندات والوصول إليها واستلامها، ونقل المعلومات بما يتوافق مع ارادة العميل وتفضيلاته، لدعمه في القيام بأي أمر بموجب Aged Care Act 2024 أو لأغراضه (باستثناء الأغراض المتعلقة باختبارات تحديد الدخل). أوافق على أن تقوم الوزارة بالإفصاح عن اسمي وبيانات الاتصال الخاصة بي ودوري وحالي (ساري، موقعة أو ملغاً) كمقدم دعم للعميل وأي مقدمي دعم آخرين مسجلين للعميل. أدرك أن Australian Privacy Principles قد لا تطبق على العميل أو أي مقدم دعم آخر إذا استلموا أي معلومات أو مستند يحتوي على بياناتي الشخصية. أقرّ بأنه بصفتي مقدم دعم، يجب علي الالتزام بالواجبات المفروضة علىي بموجب Aged Care Act 2024، بما في ذلك احترام حق العميل في الخصوصية وحماية معلوماته الشخصية. إذا تغيرت ظروفني بطريقة تؤثر على قدرتي أو أهلتي للعمل كمقدم دعم، فسأتواصل مع My Aged Care.

[لا] No

[نعم] Yes

Conflict of Interest [تضارب المصالح]

في حال وجود تضارب مصالح (حقيقي، محتمل أو متصور) أثناء عملك كمقدم دعم للعميل المذكور في هذه الاستماراة، يرجي إكمال إقرار تضارب المصالح في الجزء E، بما في ذلك كيفية تجنب هذا التضارب أو إدارته. يجب على مقدمي الدعم المحتملين مناقشة أي تضارب مصالح، بما في ذلك كيفية تجنبه أو إدارته، مع العميل الذي يرغبون في دعمه والمذكور في هذه الاستماراة. لمزيد من المعلومات حول ما يقصد بتضارب المصالح، يرجي زيارة الرابط: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

يوجد تضارب مصالح (حقيقي، محتمل أو متصور) أثناء عملك كمقدم دعم للعميل المذكور في هذه الاستماراة.

[نعم] (أكمل التفاصيل في الجزء E) Yes

[لا] (لا تكمل الجزء E) No

I declare that: [أنا أقر بال التالي]:

- أتفق بالتسجيل كمقدم دعم بموجب ارادتي.
- أن المعلومات التي أقمنها إلى My Aged Care دقيقة وكاملة وصحيحة.

I understand and have read: [أنا أدرك وقد قرأت]:

- واجبات مقدم الدعم المسجل كما هو موضح في الصفحة 7 من هذه الاستماراة.
- الشروط والأحكام الخاصة بالتسجيل في My Aged Care كما هو موضح في الصفحة 7 من هذه الاستماراة.

Prospective supporter's full name [الاسم الكامل لمقدم الدعم المحتمل]

Prospective supporter's signature [توقيع مقدم الدعم المحتمل]

[تاريخ التوقيع] Date signed

على العميل إكمال هذا الجزء

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [موافقة عميل رعاية المسنين على تسجيل العلاقة والإقرار]

أوافق على تسجيل الشخص المذكور في هذه الاستماراة كمقدم دعم لي بموجب Aged Care Act 2024. أدرك أن مقدم الدعم قد يطلب المعلومات والمستندات ويطلّع عليها ويسأليها، وينقل المعلومات بما يتوافق مع ارادتي وتفضيلاتي، لدعمني في القيام بأي أمر بموجب Aged Care Act 2024 (باستثناء الأغراض المتعلقة باختبارات تحديد الدخل). أوافق على أن تقوم الوزارة بجمع معلوماتي الشخصية من مقدم الدعم لي واستخدامها لأغراض رعاية المسنين. أدرك أن Australian Privacy Principles قد لا تطبق على مقدم الدعم إذا استلم أي معلومات أو مستند يتم تقديمها لي بصفته مقدم الدعم لي.

[لا] No

[نعم] Yes

Consent to sharing information with your supporter

[الموافقة على مشاركة المعلومات مع مقدم الدعم لك] أوافق على أن يتم تزويد مقدم الدعم أيضاً بأي معلومات أو مستندات قد أو يجب تقديمها لي بموجب Aged Care Act 2024. أدرك أن ذلك سيشمل المعلومات والمستندات السابقة الموجودة في سجلي كعميل ضمن My Aged Care.

[لا] No

[نعم] Yes

I declare that: [أنا أقر بال التالي]:

- أتفق بالتسجيل كمقدم الدعم بموجب ارادتي.
- أن المعلومات التي أقمنها إلى My Aged Care دقيقة وكاملة وصحيحة.

I understand and have read: [أنا أدرك وقد قرأت]:

- واجبات مقدم الدعم المسجل كما هو موضح في الصفحة 7 من هذه الاستماراة.
- الشروط والأحكام الخاصة بالتسجيل في My Aged Care كما هو موضح في الصفحة 7 من هذه الاستماراة.

When will the relationship start (DD/MM/YYYY)?

[متى ستبدأ العلاقة] (DD/MM/YYYY)

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)?

[متى ستنتهي هذه العلاقة]

(DD/MM/YYYY) أو اترك الخانة فارغة إذا لم يكن هناك تاريخ انتهاء

[الاسم الكامل لعميل رعاية المسنين] Aged Care Client's full name

[توقيع عميل رعاية المسنين] Aged Care Client's signature

[تاريخ التوقيع] Date signed

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority

[الجزء D - تسجيل مقدم الدعم، وهو أيضاً صانع قرار معين يتمتع بسلطة قانونية سارية المفعول]

.Aged Care Act 2024 (Cth)

Conflict of Interest [تضارب المصالح]

في حال وجود تضارب مصالح (حقيقي، محتمل أو متصرّر) أثناء عملك كمقدم دعم للعميل المذكور في هذه الاستمارة، يرجى إكمال إقرار تضارب المصالح في الجزء E، بما في ذلك كيفية تجنبه أو إدارته.

يجب على مقدمي الدعم المُحتملين مناقشة أي تضارب مصالح، بما في ذلك كيفية تجنبه أو إدارته، مع العميل الذي يرغبون في دعمه والذكور في هذه الاستمارة.

لمزيد من المعلومات حول ما يُقصد بتضارب المصالح، يرجى زيارة الرابط:
<https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

يوجد تضارب مصالح (حقيقي، محتمل أو متصرّر) أثناء عملك كمقدم دعم للعميل المذكور في هذه الاستمارة.

[نعم (أكمل التفاصيل في الجزء E)] Yes

[لا (لا تكمل الجزء E)] No

I declare that: [أنا أقر بال التالي:]

- أنا أقوم بالتسجيل كمقدم دعم بمحض إرادتي.
- أأن المعلومات التي أقدمها إلى My Aged Care دقيقة وكاملة وصحيحة.

I understand and have read: [أنا أدرك وقد قرأت:]

- واجبات مقدم الدعم المسجل كما هو موضح في الصفحة 7 من هذه الاستمارة.
- الشروط والأحكام الخاصة بالتسجيل في My Aged Care كما هو موضح في الصفحة 7 من هذه الاستمارة.

Prospective supporter's full name [الاسم الكامل لمقدم الدعم المُحتمل]

Prospective supporter's signature [توقيع مقدم الدعم المُحتمل]

[تاريخ التوقيع] Date signed

Supporter's consent and Declaration [موافقة مقدم الدعم وإقراره]

أؤكد أنني الشخص المخول قانونياً لاتخاذ القرارات نيابةً عن العميل المذكور في هذه الاستمارة. أدرك أن السلطة القانونية الممنوحة لي بموجب التعيين يجب أن تكون سارية المفعول أثناء قيامي بالتصريح نيابةً عن العميل، وأنه يجب على التصريح بما يتوافق مع ترتيبات الكومنولث أو الدولة أو الإقليم لهذا التعيين، بما في ذلك ضمن نطاق سلطتي في اتخاذ القرار.

أوافق على أن يتم تسجيلي كمقدم دعم للعميل بموجب .Aged Care Act 2024 أدرك أنه يحق لي طلب المعلومات والمستندات والمعلومات إليها واستلامها، ونقل المعلومات بما يتوافق مع إرادة العميل وتفضيلاته، لدعمه في القيام بأي أمر بموجب Aged Care Act 2024 أو لأغراضه (باستثناء الأغراض المتعلقة باختبارات تحديد الدخل).

أوافق على أن تقوم الوزارة بالإفصاح عن اسمي وبيانات الاتصال الخاصة بي ودوري وحالي (سارية، موقوفة أو ملغاة) كمقدم دعم للعميل وأي مقدمي دعم آخرين مسجلين في العميل.

أدرك أن Australian Privacy Principles قد لا تطبق على العميل أو أي مقدم دعم آخر إذا استلموا أي معلومات أو مستند يحتوي على بياناتي الشخصية.

أقر بأنه بصفتي مقدم دعم، يجب على الالتزام بالواجبات المفروضة عليّ بموجب Aged Care Act 2024، بما في ذلك احترام حق العميل في الخصوصية وحماية معلوماته الشخصية. إذا تغيرت ظروفي بطريقة تؤثر على قدرتي أو أهليةي للعمل كمقدم دعم، فسأتوصل مع My Aged Care

[لا] No [نعم] Yes

Supporting Documents [المستندات الداعمة]

أرفق نسخة من مستندك القانوني، وإذا لزم الأمر، أرفق دليلاً طبياً عن العميل لإظهار أن سلطاتك سارية المفعول.

لمزيد من المعلومات بشأن صانعي القرار المعينين الذين يتمتعون بصلاحيات سارية المفعول، يرجى زيارة موقع My Aged Care على: <https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

When will the relationship start (DD/MM/YYYY)?
[متى ستبدأ العلاقة (DD/MM/YYYY)]

When will this relationship end
(DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)?
[متى ستنتهي هذه العلاقة (DD/MM/YYYY) أو اترك الخانة فارغة إذا لم يكن هناك تاريخ انتهاء ()]

PART E - Conflict of Interest Declaration

[الجزء E - إقرار بوجود تضارب مصالح]

تضارب المصالح

في حال وجود تضارب مصالح (حقيقي، محتمل أو متصرّر) أثناء تأدية دورك كمقدم دعم مسجل للعميل المذكور في هذه الاستمارة، يرجى الإفصاح عن ذلك أدناه، بما في ذلك كيفية تجنب هذا التضارب أو إدارته. يجب على مقدمي الدعم المحتملين مناقشة أي تضارب مصالح، بما في ذلك كيفية تجنبه أو إدارته، مع العميل الذي يرغبون في دعمه والمذكور في هذه الاستمارة. لمزيد من المعلومات حول ما يقصد بتضارب المصالح، يرجى زيارة الرابط:

<https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

هل أنت حالياً مقدم دعم مسجل؟

إذا كنت مسجلاً بالفعل كمقدم دعم وتصرّر بوجود تضارب مصالح متعلق بعلاقتك الحالية، يرجى أيضاً تقديم بيانات التعريف أدناه. إذا كنت مسجلاً بالفعل، يمكنك تقديم الجزء E إلى مسؤول النظام عبر استماراة التقديم الإلكترونية على صفحة مقدمي الدعم المسجلين في رعاية المسنين على:

<https://www.health.gov.au/our-work/aged-care-act/about/registered-supporters-in-aged-care>

[بيانات مقدم الدعم] **Supporter's Details**

[اسم العائلة] **Last name**

[تفاصيل عميل رعاية المسنين] **Aged Care Client's Details**

[اسم العائلة] **Last name**

[الاسم الأول] **First name**

[الاسم الأول] **First name**

[تاريخ الميلاد] **Date of Birth**

[تاريخ الميلاد] **Date of Birth**

Aged Care (AC) ID (if known)

[رقم تعريف رعاية المسنين (AC) (إذا كان معروفاً)]

Aged Care (AC) ID (if known)

[رقم تعريف رعاية المسنين (AC) (إذا كان معروفاً)]

:Details of the conflict/s, including your proposed strategies for managing or avoiding it

[تفاصيل تضارب المصالح، بما في ذلك الاستراتيجيات المقترحة لإدارته أو تجنبه:]

(يرجى تقديم المعلومات باللغة الإنجليزية، أو الاتصال بمركز اتصال My Aged Care للإدلاء بهذا الإقرار بحضور مترجم)

: على مقدم الدعم المحتمل/ المسجل إكمال التالي: **Prospective/Registered Supporter to complete**

I : أوافق على التالي:

قد يكون من الضروري أيضاً الإفصاح عن وجود تضارب مصالح مع العميل المذكور في هذه الاستمارة، أو مع صانع القرار المعين الفعال له.

Date Signed

[تاريخ التوقيع]

Prospective Supporter or Supporter's Signature

[توقيع مقدم الدعم المحتمل أو توقيع مقدم الدعم]

تقوم Department of Health, Disability and Ageing My Aged Care بجمع معلوماتك الشخصية لتمكنك أو تمكن الشخص الذي تدعمه من الحصول على خدمات رعاية المسنين أو الخدمات ذات الصلة. يرجى قراءة إشعارات الخصوصية الخاصة بنا على موقع My Aged Care للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية تعاملنا مع معلوماتك الشخصية:

<https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Terms and Conditions of My Aged Care [My Aged Care Care]

شروط وأحكام [Care]

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024

[واجبات مقدم الدعم المسجل بموجب]

[Aged Care Act 2024]

<p>عام (كل الأطراف): أنا أدرك ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none">إن تقديم هذا الطلب ليصبح مقدم دعم مسجل أو للحصول على مقدم دعم مسجل سيؤدي إلى إنشاء سجل في My Aged Care للأطراف المعنية بعلاقة الدعم، إذا لم يكن لدى أو لدى الطرف الآخر سجل مسبقاً. إذا تم تسجيل علاقة الدعم، فإنها تقع تحت أحكام Aged Care Act 2024 (Cth).يجب على إبلاغ My Aged Care بأي تغييرات في عنواني أو بيانات الاتصال الخاصة بي، وأي تغييرات في ظروف الشخص الذي يسجل لدعمي أو الشخص الذي أقوم بالتسجيل لدعمه.إن الإلزام ببيانات غير صحيحة أو مضللة يُعد مخالفة خطيرة.يمكنتني طلب إلغاء هذا التسجيل في أي وقت بالاتصال بـ My Aged Care على الرقم 1800 422 200 أو عبر حسابي الإلكتروني، أو عبر Aged Care Specialist Officer.	<p>العميل</p> <p>أدرك أن My Aged Care قد:</p> <ul style="list-style-type: none">تجمع المعلومات على من مقدم دعمي المسجل.ترزد مقدم دعمي المسجل بالمعلومات أو المستندات، بما في ذلك متابعة تقديم My Aged Care في.تتخذ الإجراءات بناءً على المعلومات التي قدمها مقدم دعمي المسجل نيابةً عن.يجوز لخدمة My Aged Care القيام بما ورد أعلاه بما يتماشى مع ارادتي وفضيلاتي المعلن عنها، أو على النحو الذي يسمح به القانون. <p>مقدم الدعم المسجل</p> <p>أنا أدرك ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none">أن أي معلومات أحصل عليها من My Aged Care يجب أن تظل سرية، ولن تُستخدم أو يتم الإفصاح عنها لأي شخص غير مخول دون إذن من العميل الذي أنا مسجل لدعمه، ما لم يكن هذا الاستخدام أو الإفصاح مصرحاً به بموجب القانون.يجب أن يتماشى أي إجراء أقوم به كمقدم دعم مسجل مع إرادة وفضيلات الشخص الذي أقوم بدعمه.يتم جمع معلوماتي الشخصية من قبل My Aged Care وقد يتم مشاركتها مع أي من المقيمين ومقدمي الخدمات والمؤسسات والمتخصصين الطبيين وAged Care Quality and Safety Commission [لجنة جودة وسلامة رعاية كبار السن]، وأي مقدمي دعم مسجلين آخرين يدعون الشخص الذي أقدم له الدعم.سيتم مشاركة اسمي ورقم هاتفي مع جميع مقدمي الدعم المسجلين الآخرين والمؤسسات، لغرض تمكيني من مساعدة الشخص الذي أقوم له الدعم.إذا كنتُ جهة الاتصال الأساسية المعينة، سأكون أول من يتم الاتصال به هاتفياً من قبل My Aged Care للشخص الذي أنا مسجل لدعمه.
---	---

لدى جميع مقدمي الدعم المسجلين واجبات بموجب القانون يجب عليهم الالتزام بها. يجب على مقدمي الدعم المسجلين التصرف بأمانة واجتهاد وحسن نية عند أداء هذه الواجبات. تهدف هذه الواجبات إلى تعزيز سلامة كبير السن وحقوقه وإرادته وفضيلاته.

يجب على مقدمي الدعم المسجلين:

- التصرف بطريقة تعزز إرادة كبير السن الذي يقومون بدعمه، وتفضيلاته ورفاهيته الشخصية والثقافية والاجتماعية.
- دعم كبير السن فقط بالقدر الضروري لتمكينه من اتخاذ قراراته بنفسه.
- بذل قصارى جهدهم لحفظ قدرة كبير السن على اتخاذ قراراته بنفسه.
- تحجب أو إدراة أي تضارب مصالح لديهم في دورهم كمقدمي دعم (سواء كان حقيقياً، محتلاً أو متصرّفاً) وإبلاغ مسؤول النظام بأي تضارب عند ظهوره.

بالإضافة إلى ذلك، يجب على مقدم الدعم المسجل إبلاغ مسؤول النظام بأي ظروف تؤثر أو قد تؤثر على قدراته على:

- القيام بدور مقدم الدعم المسجل.
- الامتثال لواجباته أو لأي متطلبات أو إشعارات تصدر عن مسؤول النظام، أو أن يتم الاتصال به من قبل مسؤول النظام.
- لا يجوز إساءة استخدام المعلومات التي يطلبها أو يستلمها أو ينقلها أو ينفعها مقدم الدعم المسجل بصفته مقدم دعم مسجل.

ينبع بعض مقدمي الدعم المسجلين أيضاً بالوصاية أو التوكيل القانوني الدائم أو بسلطات قانونية مماثلة. هؤلاء الأشخاص مُعفون كصانعي قرارات نيابةً عن الشخص المسن، ويمكنهم اتخاذ القرارات بالنيابة عنه وفقاً للتشريعات المعمول بها في الكومنولث أو الولاية أو الإقليم. يمكن لصانع القرار المعين اتخاذ القرارات نيابةً عن كبير السن فقط وفقاً لسلطاته القانونية السارية المفعول.

- يتم مشاركة اسمي ورقم هاتفي مع جميع مقدمي الدعم المسجلين الآخرين والمؤسسات، لغرض تمكيني من مساعدة الشخص الذي أقوم له الدعم.
- إذا كنتُ جهة الاتصال الأساسية المعينة، سأكون أول من يتم الاتصال به هاتفياً من قبل My Aged Care للشخص الذي أنا مسجل لدعمه.