

My Aged Care Registration of a Supporter Form [Obrazac za registraciju pružatelja podrške] Croatian – Hrvatski

	Kada koristiti ovaj obrazac		Zaštita vas i vaših podataka		Za više informacija
	Ovaj obrazac služi za registraciju pružatelja podrške koji će vam pomoći pronaći i pristupiti uslugama skrbi za starije osobe, uključujući My Aged Care. Ako želite pristupiti uslugama skrbi za starije osobe koje subvencionira vlada, morate se registrirati u My Aged Care. Da biste to učinili, možete sami nazvati My Aged Care ili netko drugi može razgovarati s vama s My Aged Care. Također se možete registrirati online kao dio postupka prijave za procjenu na: https://myagedcare.gov.au/registering-supporter Pomoću ovog obrasca možete registrirati pružatelja podrške koji će vam pomoći u donošenju i komuniciranju vaših odluka o skrbi za starije osobe, uključujući traženje i pristup vašim podacima. Odnos pružatelja podrške ne odnosi se na testiranje imovinskog stanja ili odnose predstavnika ili imenovanja s drugim agencijama australske vlade.	Vaši osobni podaci i podaci vaših registriranih pružatelja podrške zaštićeni su zakonom, uključujući <i>Privacy Act 1988 (Cth)</i> [Zakon o privatnosti iz 1988.] i Australian Privacy Principles [Australska načela privatnosti]. Vaše osobne podatke prikupljaju organizacija My Aged Care i Department of Health, Disability and Ageing [Ministarstvo zdravstva, invaliditeta i starenja] kako bi vam ili nekome koga podržavate omogućili pristup skrbi za starije osobe ili srodnim uslugama. Za više informacija o tome kako postupamo s vašim osobnim podacima, molimo pročitajte naše obavijesti o privatnosti na web stranici My Aged Care: https://www.myagedcare.gov.au/privacy Vaše osobne podatke mogu prikupljati i pružatelji usluga skrbi za starije osobe koje financira australska vlada i organizacije za procjenu u svrhu procjene i pružanja usluga skrbi za starije osobe.	Kontaktirajte nekoga iz My Aged Care za informacije o ovom obrascu: - Nazovite My Aged Care na 1800 200 422 od ponedjeljka do petka, između 8:00 i 20:00 sati, te subotom između 10:00 i 14:00 sati. - Osobno razgovarajte sa Aged Care Specialist Officer (ACSO) [Službenikom sa specijalizacijom za njegu starijih osoba]. Zakažite termin pozivom na broj 1800 227 475 radnim danom od 8 do 20 sati. Za više informacija o najnovijim lokacijama službenika ACSO možete posjetiti web stranicu Services Australia. Za više informacija možete posjetiti i web stranicu My Aged Care na: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter		

Što je registrirani pružatelj podrške u My Aged Care?

Registrirani pružatelji podrške pomažu starijim osobama da donesu i komuniciraju vlastite odluke o skrbi za starije osobe. To uključuje pristup usluzi My Aged Care i sve druge dnevne odluke o skrbi za starije osobe. Registrirani pružatelji podrške mogu zatražiti, pristupiti i primiti informacije o starijoj osobi. Također mogu komunicirati informacije za stariju osobu, u skladu s poznatom voljom i preferencijama starije osobe.

Neki registrirani pružatelji podrške također imaju skrbništvo, trajnu punomoć ili sličnu zakonsku ovlast. Te su osobe imenovane donositeljima odluka za stariju osobu i mogu donositi odluke u ime starije osobe prema dogovorima Commonwealtha, države ili teritorija. Imenovani donositelj odluka može donositi odluke u ime starije osobe samo u skladu sa svojim aktivnim, zakonskim ovlaštenjem.

Ove osobe mogu imati zakonsko ovlaštenje za donošenje odluka priznato zakonom *Aged Care Act 2024 (Cth)* [Zakon o skrbi za starije osobe iz 2024.] prema:

- enduring power of attorney [trajnoj punomoći]
- trajnom skrbništvu
- prethodnoj zdravstvenoj direktivi, gdje ta direktiva daje trajnu ovlast donošenja odluka
- unaprijed pripremljenom osobnom planu (u Sjevernom teritoriju)
- aranžman za restriktivne prakse zamjenjuje donošenje odluka prema zakonu Commonwealtha, države ili teritorija, ili
- nalog o imenovanju kojim se daje ovlast za donošenje odluka od strane suda, tribunala, komisije ili vijeća, donesen prema pravu Commonwealtha, države ili teritorija.

Postati registrirani pružatelj podrške ne daje osobi ovlasti donošenja odluka za stariju osobu. Uloga registriranog podržavatelja je podržati stariju osobu u donošenju vlastitih odluka.

Kako ispuniti ovaj obrazac

Ovaj obrazac možete ispuniti na računalu ili ga ispisati i potpisati.

DIO A – vaši (klijentovi) podaci.

DIO B – podaci o potencijalnom pružatelju podrške.

DIO C ili D – detalji odnosa, vaš (klijentov) pristanak i pristanak potencijalnog pružatelja podrške na odnos. Ispunite samo jedan od dijelova C ili D, ovisno o odnosu s pružateljem podrške, koji se time kreira.

DIO E – izjava o sukobu interesa koju ispunjava potencijalni pružatelj podrške, u dogovoru s vama (klijentom).

Kako poslati ovaj obrazac

Nakon što ispunite i potpišete obrazac prema gore navedenim uputama, pošaljite ga u My Aged Care koristeći jedan od sljedećih načina:

1. Prenesite na svoj online račun (više informacija o tome kako pristupiti svom online računu dostupno je na web stranici My Aged Care na: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) ili
2. Pošaljite digitalnu kopiju putem online obrasca My Aged Care dostupnog na: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> ili
3. Poštom na: My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216 ili
4. Osobno, posjetom centru Services Australia gdje vam službenik za opće usluge može pomoći u podnošenju dokumenata organizaciji My Aged Care ili rezervirati termin s Aged Care Specialist Officer (djelatikom specijaliziranim za njegu starijih osoba) koji može prenijeti dokumente u My Aged Care. Možete nazvati Services Australia na 1800 227 475 kako biste rezervirali termin osobno ili
5. Osobno s procjeniteljem, ako vi (klijent) ili potencijalni pružatelj podrške imate skori termin za procjenu.

Za potencijalne pružatelje podrške, koji su ujedno i imenovani donositelji odluka, molimo vas da prije vraćanja ovog obrasca priložite dokaz o svojoj valjanoj i aktivnoj zakonskoj ovlasti za donošenje odluka u ime klijenta. Vjerojatno se radi o pravnoj dokumentaciji. Liječnički dokaz o klijentu također može biti potreban kako bi se pokazalo da je vaše ovlaštenje aktivno.

Ako želite provjeriti je li organizacija My Aged Care primila vaš obrazac, pričekajte prije nego što nazovete (dva radna dana za elektronski prijenos, šest radnih dana za poštu).

Sljedeći koraci nakon prijave u My Aged Care

Kada My Aged Care primi vaš ispunjeni obrazac, mogu vas i vašeg potencijalnog pružatelja podrške registrirati kod My Aged Care ako je potrebno, te kontaktirati bilo kojeg od vas ako im trebaju dodatne informacije za nastavak vašeg zahtjeva za registraciju odnosa pružatelja podrške.

Nakon što je vaš odnos pružatelja podrške registriran, vaš registrirani pružatelj podrške može kontaktirati My Aged Care na **1800 200 422** u vezi s vašim uslugama i potrebama skrbi za starije osobe, uključujući sve procjene. Vaš registrirani pružatelj podrške može djelovati samo u skladu s vašom voljom i preferencijama.

PART A - Aged Care Client Details (Your details)

[DIO A - Podaci o klijentu koji prima usluge skrbi za starije osobe (Vaši podaci)]

Morate ispuniti sva polja označena zvjezdicom (*)

Title (select one):* [Titula (odabrati jednu):*]

Mr [Gosp.] Mrs [G-đa] Miss [G-đica] Ms [G-đa]
Dr [Dr] Other [Drugo]

Last name* [Prezime*]

First name* [Ime*]

Middle name [Srednje ime]

Preferred name [Preferirano ime]

Gender (select one):* [Spol (odabrati jedan):*]

Male [Muški] Female [Ženski]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Neodređen/Interseksualan/Neodređeno]
Not Specified [Nije navedeno]

Date of Birth*
[Datum rođenja*]

Phone Number*
[Broj telefona*]

Home Address Line 1* [Kućna adresa 1. red*]

Home Address Line 2 [Kućna adresa 2. red]

State/Territory*
[Država/teritorij*]

Postcode*
[Poštanski broj*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [broj Medicare kartice (uključujući individualni referentni broj) ili broj DVA kartice #]

Aged Care (AC) ID (if known)
[ID ustanove za starije osobe (ako je poznato)]

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

[Što najbolje opisuje vaš predloženi odnos s pružateljem podrške (odaberite jedno)?*]

Registered supporter, where you and the registered supporter are consenting to the relationship
[Registrirani pružatelj podrške, gdje vi i registrirani pružatelj podrške pristajete na ovakav odnos]

Ispunite **DIO B** i **DIO C**.
Ispunite **DIO E** ako vaš potencijalni pružatelj podrške ima sukob interesa koji želi prijaviti

Registered supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority for you
[Registrirani pružatelj podrške, koji je ujedno i imenovani donositelj odluka s aktivnim, pravnim ovlaštenjem za vas]

Ispunite **DIO B** i **DIO D**.
Ispunite **DIO E** ako imate sukob interesa koji želite prijaviti

PART B - Prospective Supporter's Details

[DIO B - Podaci o potencijalnom pružatelju podrške]

Morate ispuniti sva polja označena zvjezdicom (*)

Title (select one):* [Titula (odabrati jednu):*]

Mr [Gosp.] Mrs [G-đa] Miss [G-đica] Ms [G-đa]
Dr [Dr] Other [Drugo]

Last name* [Prezime*]

First name* [Ime*]

Middle name [Srednje ime]

Preferred name [Preferirano ime]

Gender (select one):* [Spol (odabrati jedan):*]

Male [Muški] Female [Ženski]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Neodređen/Interseksualan/Neodređeno]
Not Specified [Nije navedeno]

Date of Birth*
[Datum rođenja*]

Phone Number*
[Broj telefona*]

Home Address Line 1* [Kućna adresa 1. red*]

Home Address Line 2 [Kućna adresa 2. red]

State/Territory*
[Država/teritorij*]

Postcode*
[Poštanski broj*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [broj Medicare kartice (uključujući individualni referentni broj) ili broj DVA kartice #]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)
[Odnos potencijalnog pružatelja podrške s korisnikom usluga (odabrati jednu mogućnost)]

Child [Dijete] Parent [Roditelj]
Spouse/Partner [Suprug/a / Partner] Neighbour [Susjed]
Friend [Prijatelj] Other [Drugo]

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [DIO C - Registracija pružatelja podrške uz vaš pristanak i pristanak potencijalnog pružatelja podrške]

Molimo ispunite sva polja ako registrirate pružatelja podrške bez oslanjanja na zakonsku ovlast donošenja odluka za klijenta

Klijent treba dovršiti

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [Suglasnost korisnika usluge skrbi za starije osobe za registraciju veze i izjava]

Suglasan/suglasna sam s registracijom osobe navedene u ovom obrascu kao mog pružatelja podrške prema *Aged Care Act 2024*. Razumijem da moj pružatelj podrške može tražiti, pristupiti i primati informacije i dokumente te komunicirati informacije, u skladu s mojom voljom i preferencijama, kako bi me podržao u poduzimanju radnji prema ili u svrhu *Aged Care Act 2024* (osim u svrhu provjere imovinskog stanja). Suglasan/suglasna sam da Ministarstvo prikuplja moje osobne podatke od mog pružatelja podrške i koristi ih u svrhu skrbi za starije osobe. Razumijem da se Australian Privacy Principles možda neće primjenjivati na mog pružatelja podrške ako primi bilo kakve informacije ili dokumente koji su mu dostavljeni u svojstvu mog pružatelja podrške.

Yes [Da] No [Ne]

Consent to sharing information with your supporter [Suglasnost za dijeljenje informacija s vašim pružateljem podrške]

Suglasan/suglasna sam da se sve informacije ili dokumenti koji mi se mogu ili moraju dati prema *Aged Care Act 2024* daju i mom pružatelju podrške. Razumijem da će to uključivati povijesne podatke i dokumente koji postoje u mom upisu klijenta u My Aged Care.

Yes [Da] No [Ne]

I declare that: [Izjavljujem da:]

- Dobrovoljno registriram pružatelja podrške.
- Informacije koje dajem organizaciji My Aged Care su točne, potpune i ispravne.

I understand and have read: [Razumijem i pročitao/la sam:]

- Dužnosti registriranog pružatelja podrške kako je navedeno na stranici 7 ovog obrasca.
- Uvjeti registracije u My Aged Care kako je navedeno na stranici 7 ovog obrasca.

When will the relationship start (DD/MM/YYYY)? [Kada će ova veza započeti (DD/MM/GGGG)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Kada će ova veza završiti (DD/MM/GGGG ili ostavite prazno ako nema datuma završetka)?]

Aged Care Client's full name [Puno ime korisnika usluga skrbi za starije osobe]

Aged Care Client's signature [Potpis korisnika usluga skrbi za starije osobe]

Date signed [Datum potpisa]

Klijent treba dovršiti

Supporter's consent and Declaration [Suglasnost i izjava pružatelja podrške]

Pristajem na registraciju kao pružatelj podrške prema *Aged Care Act 2024* za klijenta navedenog u ovom obrascu. Razumijem da mogu zahtijevati, pristupiti i primati informacije i dokumente te komunicirati informacije u skladu s voljom i preferencijama klijenta, kako bih mu pomogao/la u poduzimanju radnji prema ili u svrhu *Aged Care Act 2024* (osim u svrhu provjere imovinskog stanja). Suglasan/suglasna sam da Ministarstvo pruži moje ime, kontakt podatke, ulogu i status (trenutni, suspendirani ili otkazani) kao pružatelja podrške klijentu i svim drugim pružateljima podrške koji su registrirani za klijenta. Razumijem da se Australian Privacy Principles možda neće primjenjivati na klijenta ili drugog pružatelja podrške ako prime bilo kakve informacije ili dokumente koji sadrže moje osobne podatke. Potvrđujem da kao pružatelj podrške moram ispunjavati dužnosti koje mi nameće *Aged Care Act 2024*, uključujući poštivanje prava klijenta na privatnost i zaštitu njihovih osobnih podataka. Ako se moje okolnosti promijene na način koji utječe na moju zdravstvenu ili opću sposobnost djelovanja kao pružatelja podrške, kontaktirat ću My Aged Care.

Yes [Da] No [Ne]

Conflict of Interest [Sukob interesa]

Ako imate sukob interesa (stvarni, potencijalni ili percipirani) djelujući kao pružatelj podrške klijenta navedenog u ovom obrascu, molimo ispunite Izjavu o sukobu interesa u DIJELU E, uključujući i kako će se taj sukob izbjeći ili njime upravljati. Potencijalni pružatelji podrške trebaju razgovarati o svakom sukobu interesa, uključujući i kako će se taj sukob izbjeći ili upravljati s klijentom kojeg žele podržati, navedenim u ovom obrascu. Za više informacija o tome što je sukob interesa posjetite: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Imam sukob interesa (stvarni, potencijalni ili percipirani) djelujući kao pružatelja podrške klijenta navedenog u ovom obrascu.

Yes (provide details in PART E) [Da (navedite detalje u DIJELU E)]

No (do not fill in PART E) [Ne (ne ispunjavajte DIJELU E)]

I declare that: [Izjavljujem da:]

- Dobrovoljno registriram svog pružatelja podrške.
- Informacije koje dajem organizaciji My Aged Care su točne, potpune i ispravne.

I understand and have read: [Razumijem i pročitao/la sam:]

- Dužnosti registriranog pružatelja podrške kako je navedeno na stranici 7 ovog obrasca.
- Uvjeti registracije u My Aged Care kako je navedeno na stranici 7 ovog obrasca.

Prospective supporter's full name [Puno ime potencijalnog pružatelja podrške]

Prospective supporter's signature [Potpis potencijalnog pružatelja podrške]

Date signed [Datum potpisa]

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [DIO D - Registracija pružatelja podrške, koji je ujedno i imenovani donositelj odluka s aktivnim, pravnim ovlaštenjem]

Molimo ispunite sva polja ako imate zakonsko ovlaštenje za djelovanje u ime klijenta priznato kroz *Aged Care Act 2024* (Cth).

Supporter's consent and Declaration

[Suglasnost i izjava pružatelja podrške]

Potvrđujem da sam zakonski imenovani donositelj odluka za klijenta navedenog u ovom obrascu. Razumijem da moja zakonska ovlast za moje imenovanje mora biti aktivna kada djelujem u ime klijenta, te da moram djelovati u skladu s dogovorima Commonwealtha, države ili teritorija za to imenovanje, uključujući i unutar opsega moje ovlasti za donošenje odluka.

Suglasan/suglasna sam da budem registriran/a kao pružatelj podrške klijenta prema *Aged Care Act 2024*. Razumijem da mogu zahtijevati, pristupiti i primati informacije i dokumente te komunicirati informacije u skladu s voljom i preferencijama klijenta, kako bih mu pomogao/la u poduzimanju radnji prema ili u svrhu *Aged Care Act 2024* (osim u svrhu provjere imovinskog stanja).

Suglasan/suglasna sam da Ministarstvo pruži moje ime, kontakt podatke, ulogu i status (trenutni, suspendirani ili otkazani) kao pružatelja podrške klijentu i svim drugim pružateljima podrške koji su registrirani za klijenta.

Razumijem da se Australian Privacy Principles možda neće primjenjivati na klijenta ili drugog pružatelja podrške ako prime bilo kakve informacije ili dokumente koji sadrže moje osobne podatke.

Potvrđujem da kao pružatelj podrške moram ispunjavati dužnosti koje mi nameće *Aged Care Act 2024*, uključujući poštivanje prava klijenta na privatnost i zaštitu njihovih osobnih podataka. Ako se moje okolnosti promijene na način koji utječe na moju zdravstvenu ili opću sposobnost djelovanja kao pružatelja podrške, kontaktirat ću My Aged Care.

Yes [Da]

No [Ne]

Supporting Documents

[Dodatni dokumenti]

Priložite presliku svog pravnog dokumenta i, ako je potrebno, liječničku potvrdu o klijentu kako biste dokazali da je vaše ovlaštenje aktivno.

Za više informacija o aktivnim, imenovanim donositeljima odluka posjetite web stranicu My Aged Care na:

<https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

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

[Kada će ova veza započeti (DD/MM/GGGG)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Kada će ova veza završiti (DD/MM/GGGG ili ostavite prazno ako nema datuma završetka)?]

Conflict of Interest

[Sukob interesa]

Ako imate sukob interesa (stvarni, potencijalni ili percipirani) djelujući kao pružatelj podrške klijenta navedenog u ovom obrascu, molimo ispunite Izjavu o sukobu interesa u DIJELU E, uključujući i kako će se taj sukob izbjeći ili njime upravljati.

Potencijalni pružatelji podrške trebaju razgovarati o svakom sukobu interesa, uključujući i kako će se taj sukob izbjeći ili upravljati s klijentom kojeg žele podržati, navedenim u ovom obrascu.

Za više informacija o tome što je sukob interesa posjetite:

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

Imam sukob interesa (stvarni, potencijalni ili percipirani) djelujući kao pružatelja podrške klijenta navedenog u ovom obrascu.

Yes (provide details in PART E) [Da (navedite detalje u DIJELU E)]

No (do not fill in PART E) [Ne (ne ispunjavajte DIJELU E)]

I declare that:

[Izjavljujem da:]

- Dobrovoljno registriram pružatelja podrške.
- Informacije koje dajem organizaciji My Aged Care su točne, potpune i ispravne.

I understand and have read:

[Razumijem i pročitao/la sam:]

- Dužnosti registriranog pružatelja podrške kako je navedeno na stranici 7 ovog obrasca.
- Uvjeti registracije u My Aged Care kako je navedeno na stranici 7 ovog obrasca.

Prospective supporter's full name

[Puno ime potencijalnog pružatelja podrške]

Prospective supporter's signature

[Potpis potencijalnog pružatelja podrške]

Date signed [Datum potpisa]

PART E - Conflict of Interest Declaration [DIO E - Izjava o sukobu interesa]

Sukob interesa

Ako imate sukob interesa (stvarni, potencijalni ili percipirani) djelujući kao registrirani pružatelj podrške klijenta navedenog u ovom obrascu, molimo vas da u nastavku navedete kako će se taj sukob izbjeći ili upravljati njime. Potencijalni pružatelji podrške trebaju razgovarati o svakom sukobu interesa, uključujući i kako će se taj sukob izbjeći ili upravljati s klijentom kojeg žele podržati, navedenim u ovom obrascu.

Za više informacija o tome što je sukob interesa posjetite: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Već ste registrirani pružatelj podrške?

Ako ste već registrirani kao pružatelj podrške i prijavljujete sukob interesa vezan uz vaš postojeći odnos, molimo vas da uključite i dolje navedene identifikacijske podatke. Ako ste **već** registrirani, Dio E možete poslati Upravitelju sustava putem online obrasca za podnošenje na web stranici Registrirani pružatelj podrške u skrbi za starije osobe na:

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

Aged Care Client's Details

[Podaci o klijentu koji prima usluge skrbi za starije osobe]

Last name [Prezime]

First name [Ime]

Date of Birth [Datum rođenja]

Aged Care (AC) ID (if known)

[ID ustanove za starije osobe (ako je poznato)]

Supporter's Details

[Podaci o pružatelju podrške]

Last name [Prezime]

First name [Ime]

Date of Birth [Datum rođenja]

Aged Care (AC) ID (if known)

[ID ustanove za starije osobe (ako je poznato)]

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

[Detalji o sukobu/sukobima, uključujući vaše predložene strategije za njihovo upravljanje ili izbjegavanje]:

(Molimo vas da ovo napišete na engleskom jeziku ili nazovete kontaktni centar organizacije My Aged Care kako biste ovu izjavu dali uz prisutnost prevoditelja)

Prospective/Registered Supporter to complete: [Potencijalni/registrirani pružatelj podrške treba ispuniti:]

I agree that: [Slažem se da:]

Moj sukob interesa možda će trebati podijeliti i s klijentom navedenim u ovom obrascu ili njegovim aktivnim, imenovanim donositeljem odluka.

Prospective Supporter or Supporter's Signature

[Potpis potencijalnog pružatelja podrške]

Date Signed

[Datum potpisivanja]

My Aged Care i Department of Health, Disability and Ageing prikupljaju vaše osobne podatke kako bi vam ili nekome koga podržavate omogućili pristup skrbi za starije osobe ili srodnim uslugama. Za više informacija o tome kako postupamo s vašim osobnim podacima, molimo pročitajte naše obavijesti o privatnosti na web stranici My Aged Care: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Obaveze registriranih pružatelja podrške prema Aged Care Act 2024]

Svi registrirani pružatelji podrške, prema zakonu imaju dužnosti kojih se moraju pridržavati. Registrirani pružatelji podrške moraju djelovati nepristrano, posvećeno i s dobrim namjerama prilikom obavljanja tih dužnosti. Ove dužnosti imaju za cilj promicati sigurnost, prava, volju i preferencije starije osobe.

Registrirani pružatelji podrške moraju:

- djelovati na način koji promiče volju i preferencije te osobnu, kulturnu i društvenu dobrobit starije osobe kojoj pružaju podršku,
- podržavati stariju osobu samo u mjeri u kojoj je to potrebno da starija osoba može samostalno donositi odluke,
- uložiti sve napore kako bi održali sposobnost starije osobe da samostalno donosi odluke,
- izbjegavati ili upravljati bilo kakvim sukobom interesa koji imaju u svojoj ulozi pružatelja podrške (bilo stvarnim, potencijalnim ili percipiranim) i obavijestiti Upravitelja sustava o sukobima ako se pojave.

Osim toga, registrirani pružatelj podrške mora obavijestiti Upravitelja sustava o svim okolnostima koje će ili mogu utjecati na njegovu sposobnost da:

- djeluje kao registrirani pružatelj podrške
- ispunjava svoje dužnosti ili bilo koje zahtjeve ili obavijesti koje im je dao Upravitelj sustava, ili
- bude kontaktiran od strane Upravitelja sustava.

Informacije koje registrirani pružatelj podrške zatraži, primi ili komunicira u svom svojstvu registriranog pružatelja podrške ne smiju se zloupotrijebiti.

Neki registrirani pružatelji podrške također imaju skrbništvo, trajnu punomoć ili sličnu zakonsku ovlast. Te su osobe imenovane donositeljima odluka za stariju osobu i mogu donositi odluke u ime starije osobe prema dogovorima Commonwealtha, države ili teritorija. Imenovani donositelj odluka može donositi odluke u ime starije osobe samo u skladu sa svojim aktivnim zakonskim ovlaštenjima.

Terms and Conditions of My Aged Care [Uvjeti i odredbe organizacije My Aged Care]

Općenito (sve stranke)

Razumijem:

- Podnošenjem ovog zahtjeva za registraciju podržavatelja stvorit ćete evidenciju u My Aged Care za sve strane uključene u kreiranje odnosa između klijenta i pružatelja podrške, ako je ja ili druga strana još nemamo. Odnos pružatelja podrške, ako je registriran, potpada pod *Aged Care Act 2024 (Cth)*.
- Moram obavijestiti My Aged Care o svim promjenama moje adrese i kontaktnih podataka, te o promjenama okolnosti osobe koja se prijavljuje za moju podršku ili osobe koju prijavljujem kao podršku.
- Davanje lažnih ili obmanjujućih informacija je ozbiljan prekršaj.
- Mogu zatražiti otkazivanje ove registracije u bilo kojem trenutku pozivom na My Aged Care na 1800 200 422, putem svog online računa ili kod službenika ili procjenitelja specijaliziranog za skrb o starijim osobama.

Klijent

Razumijem da My Aged Care može:

- prikupiti podatke o meni od mog registriranog pružatelja podrške
- pružiti informacije ili dokumente mom registriranom pružatelju podrške, uključujući moj progres u programu My Aged Care
- poduzeti mjere kao odgovor na informacije koje mi je priopćio moj registrirani pružatelj podrške.

My Aged Care može učiniti gore navedeno u skladu s mojom poznatom voljom i preferencijama ili na drugi način kako je to zakonom određeno.

Registrirani pružatelj podrške

Razumijem:

- Sve informacije koje dobijem od My Aged Care moraju se čuvati u tajnosti i neće se koristiti ili otkrivati neovlaštenim osobama bez dopuštenja klijenta kojeg podržavam, osim ako takva upotreba ili otkrivanje nije dopuštena zakonom.
- Svaka radnja koju poduzmem kao registrirani pružatelj podrške mora biti u skladu s voljom i preferencijama osobe koju podržavam.
- Moje osobne podatke prikuplja My Aged Care i mogu se dijeliti s procjeniteljima, pružateljima usluga, organizacijama, medicinskim stručnjacima, Aged Care Quality and Safety Commission [Povjerenstvom za kvalitetu i sigurnost skrbi za starije osobe] i drugim registriranim pružateljima podrške koji također podržavaju osobu koju podržavam.
- Moje ime i broj telefona bit će dostupni svim ostalim registriranim pružateljima podrške i organizacijama kako bih mogao/la pomoći osobi koju podržavam.
- Ako sam imenovani primarni kontakt, bit ću prva telefonska kontakt osoba za My Aged Care za osobu za koju sam registriran/a da je podržavam.