

My Aged Care Registration of a Supporter Form

[فرم ثبت نام برای یک پشتیبان]

Farsi - فارسی

<p>چه زمانی باید از این فرم استفاده کرد؟</p>		<p>حفاظت از شما و اطلاعاتتان</p>		<p>برای کسب اطلاعات بیشتر</p>	
<p>برای صحبت با یکی از کارکنان My Aged Care درباره این فرم:</p> <ul style="list-style-type: none"> با My Aged Care به شماره 1800 200 422 در روزهای دوشنبه تا جمعه، بین 8:00 صبح و 8:00 بعد از ظهر، و روز شنبه، بین 10:00 صبح و 2:00 بعد از ظهر تماس بگیرید. به صورت حضوری با یک Aged Care Specialist Officer (ACSO) [افسر تخصصی مراقبت سالمندان]. برای تعیین وقت، در روزهای کاری از 8 صبح تا 8 بعد از ظهر با شماره 1800 227 475 تماس بگیرید. می‌توانید برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره جدیدترین محل‌های ACSO به وب سایت Services Australia مراجعه کنید. <p>همچنین می‌توانید برای دریافت اطلاعات بیشتر به وب سایت My Aged Care به نشانی زیر مراجعه کنید: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p>		<p>اطلاعات شخصی شما و پشتیبان ثبت شده شما طبق قانون محافظت می‌شود، از جمله بر اساس Privacy Act 1988 (Cth) [قانون حریم خصوصی 1988] و Australian Privacy Principles [اصول حریم خصوصی استرالیا].</p> <p>اطلاعات شخصی شما توسط My Aged Care و وزارت بهداشت، معلولان و سالمندان جمع‌آوری می‌شود تا امکان دسترسی شما یا فردی که از او حمایت می‌کنید به خدمات مراقبت سالمندان یا خدمات مرتبط فراهم شود.</p> <p>لطفاً برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره نحوه رسیدگی ما به اطلاعات شخصی شما، اطلاعاتی که در وب سایت My Aged Care مطالعه کنید: https://www.myagedcare.gov.au/privacy</p> <p>اطلاعات شخصی شما همچنین ممکن است توسط ارائه دهندگان خدمات مراقبت سالمندان که از سوی دولت استرالیا تأمین مالی می‌شوند و سازمان‌های ارزیابی، به منظور ارزیابی و ارائه خدمات مراقبت سالمندان جمع‌آوری شود.</p>		<p>این فرم برای ثبت یک پشتیبان است تا به شما در یافتن و دسترسی به خدمات مراقبت سالمندان، از جمله سامانه My Aged Care، کمک کند.</p> <p>اگر می‌خواهید به خدمات مراقبت سالمندان با پارانه دولتی دسترسی داشته باشید، باید در سامانه My Aged Care ثبت نام کنید. برای انجام این کار، می‌توانید خودتان با My Aged Care تماس بگیرید یا شخص دیگری می‌تواند همراه با شما با My Aged Care صحبت کند.</p> <p>همچنین می‌توانید به عنوان بخشی از روند درخواست ارزیابی، به صورت آنلاین در نشانی زیر ثبت نام کنید: https://myagedcare.gov.au/registering-supporter</p> <p>با استفاده از این فرم، می‌توان یک پشتیبان را ثبت کرد تا به شما در تصمیم‌گیری درباره مراقبت سالمندان و انتقال این تصمیم‌ها، از جمله درخواست و دسترسی به اطلاعات شما، کمک کند. رابطه پشتیبان شامل ارزیابی و وسع مالی یا نمایندگی یا نامزدی شخص در ارتباط با سایر نهادهای دولتی استرالیا نمی‌شود.</p>	

پشتیبان ثبت شده در My Aged Care به چه معناست؟

پشتیبانان ثبت شده به افراد سالمند کمک می‌کنند تا درباره مراقبت سالمندان برای خود تصمیم بگیرند و آنرا به دیگران منتقل کنند. این شامل دسترسی به My Aged Care و هرگونه تصمیم‌های روزمره دیگر مربوط به مراقبت سالمندان می‌شود. پشتیبانان ثبت شده می‌توانند درباره یک فرد سالمند درخواست اطلاعات بدهند، به آن دسترسی داشته یا دریافت کنند. آن‌ها همچنین می‌توانند اطلاعات را از طرف فرد سالمند و مطابق با خواست و ترجیحات او به دیگران ارائه کنند.

برخی از پشتیبانان ثبت شده همچنین دارای قیمومت، وکالت‌نامه پایدار یا اختیار قانونی مشابه هستند. این افراد به‌عنوان تصمیم‌گیرندگان منصوب شده برای فرد سالمند تعیین می‌شوند و می‌توانند بر اساس ترتیبات Commonwealth، ایالتی یا قلمرویی، از طرف فرد سالمند تصمیم‌گیری کنند. تصمیم‌گیرنده منصوب شده فقط می‌تواند در چارچوب اختیار قانونی خود، از طرف فرد سالمند تصمیم‌گیری کند.

این افراد ممکن است دارای اختیار قانونی برای تصمیم‌گیری باشند که تحت **Aged Care Act 2024 (Cth)** [قانون مراقبت سالمندان 2024] و بر اساس موارد زیر به رسمیت شناخته شده است:

- enduring power of attorney [وکالت‌نامه پایدار]
- قیمومت پایدار
- دستورالعمل پیشرفته سلامت، در صورتی که آن دستور اختیار پایدار برای تصمیم‌گیری را اعطا کند
- Advance Personal Plan (در Northern Territory)
- ترتیبات مربوط به اقدامات محدودکننده جایگزین تصمیم‌گیری بر اساس قانون Commonwealth، ایالت یا
- حکم انتصاب که اختیار تصمیم‌گیری را از سوی دادگاه، دیوان، هیئت یا پائل اعطا می‌کند و بر اساس قانون Commonwealth، یک ایالت یا یک قلمرو صادر شده است.

ثبت شدن به عنوان پشتیبان ثبت شده، به شخص اختیار تصمیم‌گیری برای فرد سالمند نمی‌دهد. نقش پشتیبان ثبت شده، حمایت از فرد سالمند در تصمیم‌گیری برای خودش است.

نحوه تکمیل این فرم

می‌توانید این فرم را روی کامپیوتر خود تکمیل کنید یا آن را پرینت کرده و امضا نمایید.

بخش A – جزئیات شما (دریافت‌کننده خدمات).

بخش B – جزئیات پشتیبان پیشنهادی.

بخش C یا D – جزئیات رابطه، رضایت شما (دریافت‌کننده خدمات) و رضایت پشتیبان پیشنهادی نسبت به رابطه. فقط یکی از بخش‌های C یا D را، بر اساس نوع رابطه پشتیبان که ایجاد می‌شود، تکمیل کنید.

بخش E – اظهارنامه تعارض منافع که باید توسط پشتیبان پیشنهادی و با مشورت شما (دریافت‌کننده خدمات) تکمیل شود.

نحوه ارسال این فرم

پس از تکمیل و امضای فرم مطابق دستورالعمل‌های بالا، آن را از طریق یکی از روش‌های زیر برای My Aged Care ارسال کنید:

1. بارگذاری در Online Account شما (اطلاعات بیشتر درباره نحوه دسترسی به Online Account در وبسایت My Aged Care در نشانی زیر موجود است):
<https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login> یا

2. ارسال یک نسخه دیجیتال از طریق فرم آنلاین My Aged Care در نشانی زیر: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> یا

3. ارسال پستی به:
My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216

4. به صورت حضوری با مراجعه به یکی از مراکز Services Australia، جایی که یک General Service Officer می‌تواند به شما در ارسال مدارک به My Aged Care کمک کند یا برای شما وقت ملاقات با یک Aged Care Specialist Officer رزرو کند تا مدارک را در My Aged Care بارگذاری نماید. می‌توانید برای رزرو وقت ملاقات حضوری با Services Australia با شماره 1800 227 475 تماس بگیرید، یا

5. به صورت حضوری با یک ارزیاب، در صورتی که شما (دریافت‌کننده خدمات) یا پشتیبان پیشنهادیتان، وقت ارزیابی داشته باشید.

برای پشتیبانان پیشنهادی که همچنین تصمیم‌گیرندگان منصوب‌شده هستند، لطفاً پیش از بازگرداندن این فرم، مدرک معتبر اختیار قانونی خود برای تصمیم‌گیری از طرف دریافت‌کننده خدمات را پیوست کنند. این مدارک احتمالاً اسناد حقوقی هستند. همچنین برای اثبات معتبر بودن اختیار شما، ممکن است مدارک پزشکی مربوط به دریافت‌کننده خدمات لازم باشد.

اگر می‌خواهید بررسی کنید که آیا My Aged Care فرم شما را دریافت کرده است، لطفاً پیش از تماس صبر کنید (2 روز کاری برای بارگذاری، 6 روز کاری برای ارسال پستی).

مراحل بعدی پس از ارسال به My Aged Care

وقتی My Aged Care فرم تکمیل شده شما را دریافت کند، در صورت نیاز می‌تواند هم شما و هم پشتیبان پیشنهادیتان را در My Aged Care ثبت کند و اگر برای پیشبرد درخواست ثبت رابطه پشتیبان به اطلاعات بیشتری نیاز باشد، با هر یک از شما تماس بگیرد.

پس از ثبت رابطه، پشتیبان ثبت شده شما می‌تواند درباره خدمات و نیازهای مراقبت سالمندان شما، از جمله هرگونه ارزیابی، با My Aged Care از طریق شماره 1800 200 422 تماس بگیرد. پشتیبان ثبت شده شما فقط می‌تواند مطابق با خواست و ترجیحات شما اقدام کند.

PART A - Aged Care Client Details (Your details)

بخش A - جزئیات دریافت‌کننده خدمات مراقبت سالمندان (جزئیات شما)

باید تمام فیلدهایی که با علامت (*) مشخص شده‌اند را تکمیل کنید

Phone Number [شماره تلفن]	*Date of Birth [تاریخ تولد*]	*Title (select one) [عنوان (یکی را انتخاب کنید):*] Mr [آقا] Mrs [خانم (متاهل)] Miss [دوشیزه] Dr [دکتر] Ms [خانم] Other [سایر]
Home Address Line 1 [نشانی محل سکونت - خط 1]		*Last name [نام خانوادگی*]
Home Address Line 2 [نشانی محل سکونت - خط 2]		*First name [نام*]
Postcode [کد پستی]	*State/Territory [ایالت/قلمرو*]	Middle name [نام میانی]
Medicare Card # (including Individual Reference Number or DVA card #) [شماره کارت Medicare (شامل شماره مرجع فردی) یا شماره کارت DVA]		Preferred name [نام ترجیحی]
Aged Care (AC) ID (if known) [شناسه مراقبت سالمندان (AC) (در صورت اطلاع)]		*Gender (select one) [جنسیت (یکی را انتخاب کنید):*] Male [مذکر] Female [مونث] Indeterminate/Intersex/Unspecified [نامشخص / میان‌جنسی / تعیین نشده] Not Specified [مشخص نشده]

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

[کدام گزینه بهترین توصیف از رابطه پشتیبان پیشنهادی شماست (یکی را انتخاب کنید)*؟]

Registered supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority for you
[پشتیبان ثبت شده‌ای که همچنین تصمیم‌گیرنده منصوب‌شده با اختیار قانونی معتبر برای شما است]

در صورت انتخاب گزینه اول: بخش B و بخش D را تکمیل کنید. اگر تعارض منافع دارید، بخش E را نیز تکمیل کنید

Registered supporter, where you and the registered supporter are consenting to the relationship
[پشتیبان ثبت شده‌ای که شما و او هر دو به رابطه رضایت داده‌اید]

در صورت انتخاب گزینه دوم: بخش B و بخش C را تکمیل کنید. اگر پشتیبان پیشنهادی شما تعارض منافع دارد، بخش E را نیز تکمیل کنید

PART B - Prospective Supporter's Details

بخش B - جزئیات پشتیبان پیشنهادی

باید تمام فیلدهایی که با علامت (*) مشخص شده‌اند را تکمیل کنید

Phone Number [شماره تلفن]	*Date of Birth [تاریخ تولد*]	*Title (select one) [عنوان (یکی را انتخاب کنید):*] Mr [آقا] Mrs [خانم (متاهل)] Miss [دوشیزه] Dr [دکتر] Ms [خانم] Other [سایر]
Home Address Line 1 [نشانی محل سکونت - خط 1]		*Last name [نام خانوادگی*]
Home Address Line 2 [نشانی محل سکونت - خط 2]		*First name [نام*]
Postcode [کد پستی]	*State/Territory [ایالت/قلمرو*]	Middle name [نام میانی]
Medicare Card # (including Individual Reference Number or DVA card #) [شماره کارت Medicare (شامل شماره مرجع فردی) یا شماره کارت DVA]		Preferred name [نام ترجیحی]
Prospective Supporter's relationship to Client (select one) [نسبت حامی پیشنهادی با دریافت‌کننده خدمات (یک مورد را انتخاب کنید)] Parent [والد] Child [فرزند] Spouse/Partner [همسر/شریک زندگی] Neighbour [همسایه] Other [سایر] Friend [دوست]		*Gender (select one) [جنسیت (یکی را انتخاب کنید):*] Male [مذکر] Female [مونث] Indeterminate/Intersex/Unspecified [نامشخص / میان‌جنسی / تعیین نشده] Not Specified [مشخص نشده]

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [بخش C - ثبت پشتیبان شما و رضایت پشتیبان پیشنهادی]

لطفاً در صورتی که پشتیبان را بدون اتکا به اختیار قانونی تصمیم‌گیری برای دریافت‌کننده خدمات ثبت می‌کنید، تمام فیلدها را تکمیل کنید.

توسط دریافت‌کننده خدمات تکمیل شود

توسط دریافت‌کننده خدمات تکمیل شود

Supporter's consent and Declaration [رضایت و اظهارنامه پشتیبان]

من رضایت می‌دهم که به‌عنوان پشتیبان تحت *Aged Care Act 2024* برای دریافت‌کننده خدمات نام‌برده در این فرم ثبت شوم. من درک می‌کنم که می‌توانم مطابق با خواست و ترجیحات دریافت‌کننده خدمات، اطلاعات و اسناد را درخواست کنم، به آن‌ها دسترسی داشته باشم و دریافت کنم و اطلاعات را منتقل نمایم، تا او را در انجام امور تحت یا در جهت *Aged Care Act 2024* (به‌جز برای مقاصد ارزیابی و وسع مالی) حمایت کنم. من رضایت می‌دهم که وزارتخانه نام، جزئیات تماس، نقش و وضعیت من (جاری، تعلیق‌شده یا لغوشده) را به‌عنوان پشتیبان، در اختیار دریافت‌کننده خدمات و هر پشتیبان دیگر وی که برای دریافت‌کننده خدمات ثبت شده است، قرار دهد. من می‌دانم که *Australian Privacy Principles* ممکن است در صورتی که دریافت‌کننده خدمات یا پشتیبان دیگر وی هرگونه اطلاعات یا سندی حاوی اطلاعات شخصی من را دریافت کند، در مورد آن‌ها اعمال نشود. من اذعان می‌کنم که به‌عنوان پشتیبان، باید به وظایفی که تحت *Aged Care Act 2024* بر عهده من گذاشته شده است عمل کنم، از جمله احترام به حق حریم خصوصی دریافت‌کننده خدمات و حفاظت از اطلاعات شخصی او. اگر شرایط من به گونه‌ای تغییر کند که بر توانایی یا ظرفیت من برای ایفای نقش پشتیبان تأثیر بگذارد، با *My Aged Care* تماس خواهم گرفت.

[بله] Yes [خیر] No

Conflict of Interest [تعارض منافع]

اگر هنگام ایفای نقش پشتیبان برای دریافت‌کننده خدمات نام‌برده در این فرم دچار تعارض منافع (واقعی، بالقوه یا ادراک شده) هستید، لطفاً اظهارنامه تعارض منافع را در **PART E** تکمیل کنید، از جمله توضیح دهید که این تعارض چگونه اجتناب یا مدیریت خواهد شد. پشتیبانان پیشنهادی باید هرگونه تعارض منافع، از جمله نحوه اجتناب یا مدیریت آن را با دریافت‌کننده خدمات نام‌برده در این فرم که قصد پشتیبانی از او را دارند، مطرح کنند. برای اطلاعات بیشتر درباره اینکه تعارض منافع چیست، لطفاً به نشانی زیر مراجعه کنید:

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

من هنگام ایفای نقش پشتیبان برای دریافت‌کننده خدمات نام‌برده در این فرم دچار تعارض منافع (واقعی، بالقوه یا ادراک شده) هستم.

[بله(جزئیات را در PART E provide details in PART E)] Yes

[do not fill in PART E] (do not fill in PART E) [خیر(بخش PART E را تکمیل نکنید)] No

I declare that: [من اظهار می‌کنم که:]

من به صورت داوطلبانه یک پشتیبان ثبت می‌کنم.

اطلاعاتی که به *My Aged Care* ارائه می‌دهم دقیق، کامل و صحیح است.

I understand and have read: [من این موارد را درک کرده‌ام و خوانده‌ام:]

وظایف یک پشتیبان ثبت‌شده مطابق آنچه در صفحه 7 این فرم آمده است.

شرایط و ضوابط ثبت نام در *My Aged Care* مطابق آنچه در صفحه 7 این فرم آمده است.

Prospective supporter's full name

[تمام کامل پشتیبان پیشنهادی]

Prospective supporter's signature

[امضای پشتیبان پیشنهادی]

[تاریخ امضا]

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration

[رضایت دریافت‌کننده خدمات مراقبت سالمندان برای ثبت رابطه و اظهارنامه]
من رضایت می‌دهم که شخص نام‌برده در این فرم به‌عنوان پشتیبان من تحت *Aged Care Act 2024* ثبت شود. من می‌دانم که پشتیبان من می‌تواند مطابق با خواست و ترجیحات من، اطلاعات و اسناد را درخواست کند، به آن‌ها دسترسی داشته باشد و دریافت کند و اطلاعات را منتقل نماید، تا مرا در انجام کارها تحت یا بمنظور اجرای *Aged Care Act 2024* (به‌جز برای مقاصد ارزیابی و وسع مالی) حمایت کند. من رضایت می‌دهم که وزارتخانه اطلاعات شخصی مرا از من می‌دانم که اصول *Australian Privacy Principles* ممکن است در صورتی که پشتیبان من هرگونه اطلاعات یا سندی را حوزه اختیارات خود دریافت کند، در مورد او اعمال نشود.

[بله] Yes [خیر] No

Consent to sharing information with your supporter

[رضایت برای اشتراک‌گذاری اطلاعات با پشتیبان شما]
من رضایت می‌دهم که هرگونه اطلاعات یا سندی که ممکن است یا باید تحت *Aged Care Act 2024* به من داده شود، به پشتیبان من نیز داده شود. من می‌دانم که این شامل اطلاعات و اسناد پیشین موجود در پرونده من در *My Aged Care* نیز خواهد بود.

[بله] Yes [خیر] No

I declare that

[من اظهار می‌کنم که:]

من به صورت داوطلبانه یک پشتیبان ثبت می‌کنم.

اطلاعاتی که به *My Aged Care* ارائه می‌دهم دقیق، کامل و صحیح است.

I understand and have read

[من این موارد را درک کرده‌ام و خوانده‌ام:]

وظایف یک پشتیبان ثبت‌شده مطابق آنچه در صفحه 7 این فرم آمده است.

شرایط و ضوابط ثبت نام در *My Aged Care* مطابق آنچه در صفحه 7 این فرم آمده است.

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

[رابطه از چه تاریخی شروع می‌شود (DD/MM/YYYY)?]

When will this relationship end

?(DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)

[این رابطه چه زمانی پایان می‌یابد]

(DD/MM/YYYY یا در صورت نداشتن تاریخ پایان خالی بگذارید) [?]

[تمام کامل دریافت‌کننده خدمات مراقبت سالمندان] Aged Care Client's full name

[امضای دریافت‌کننده خدمات مراقبت سالمندان] Aged Care Client's signature

[تاریخ امضا] Date signed

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker بخش D - ثبت فرد پشتیبانی که همچنین تصمیم گیرنده منصوب شده با اختیار قانونی معتبر است

در صورتی که اختیار قانونی برای اقدام از طرف دریافت کننده خدمات دارید که در قانون *Aged Care Act 2024 (Cth)* به رسمیت شناخته شده است، لطفاً تمام فیلدها را تکمیل کنید.

Conflict of Interest تعارض منافع

اگر هنگام ایفای نقش پشتیبان برای دریافت کننده خدمات نامبرده در این فرم دچار تعارض منافع (واقعی، بالقوه یا ادراک شده) هستید، لطفاً اظهارنامه تعارض منافع را در PART E تکمیل کنید، از جمله توضیح دهید که این تعارض چگونه اجتناب یا مدیریت خواهد شد.

پشتیبانان پیشنهادی باید هرگونه تعارض منافع، از جمله نحوه اجتناب یا مدیریت آن را با دریافت کننده خدمات نامبرده در این فرم که قصد پشتیبانی از او را دارند، مطرح کنند.

برای اطلاعات بیشتر درباره اینکه تعارض منافع چیست، لطفاً به نشانی زیر مراجعه کنید:

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

من هنگام ایفای نقش پشتیبان برای دریافت کننده خدمات نامبرده در این فرم دچار تعارض منافع (واقعی، بالقوه یا ادراک شده) هستم.

(provide details in PART E) Yes (بله جزئیات را در PART E ارائه کنید)

(do not fill in PART E) No (خیر (بخش PART E را تکمیل نکنید))

I declare that

[من اظهار می‌کنم که:]

- من به صورت داوطلبانه یک پشتیبان ثبت می‌کنم.
- اطلاعاتی که به My Aged Care ارائه می‌دهم دقیق، کامل و صحیح است.

I understand and have read

[من این موارد را درک کرده‌ام و خوانده‌ام:]

- وظایف یک پشتیبان ثبت شده مطابق آنچه در صفحه 7 این فرم آمده است.
- شرایط و ضوابط ثبت نام در My Aged Care مطابق آنچه در صفحه 7 این فرم آمده است.

Prospective supporter's full name

[نام کامل پشتیبان پیشنهادی]

Prospective supporter's signature

[امضای پشتیبان پیشنهادی]

[تاریخ امضا] Date signed

Supporter's consent and Declaration رضایت و اظهارنامه پشتیبان

من تأیید می‌کنم که من تصمیم‌گیرنده‌ای هستم که به‌طور قانونی برای دریافت کننده خدمات نامبرده در این فرم منصوب شده‌ام. من درک می‌کنم که اختیار قانونی انتصاب من باید در زمانی که از طرف دریافت کننده خدمات اقدام می‌کنم معتبر باشد و باید مطابق با ترتیبات مشترک المنافع، ایالتی یا قلمرویی مربوط به آن انتصاب، از جمله در چارچوب دامنه اختیار تصمیم‌گیری خود، عمل کنم.

من رضایت می‌دهم که به‌عنوان پشتیبان تحت قانون *Aged Care Act 2024* برای دریافت کننده خدمات ثبت شوم. من درک می‌کنم که می‌توانم مطابق با خواست و ترجیحات دریافت کننده خدمات، اطلاعات و اسناد را درخواست کنم، به آن‌ها دسترسی داشته باشم و دریافت کنم و اطلاعات را منتقل نمایم، تا او را در انجام امور تحت یا در جهت *Aged Care Act 2024* (به‌جز برای مقاصد ارزیابی و وسیع مالی) حمایت کنم.

من رضایت می‌دهم که وزارتخانه نام، جزئیات تماس، نقش و وضعیت من (جاری، تعلیق شده یا لغو شده) را به‌عنوان پشتیبان، در اختیار دریافت کننده خدمات و هر پشتیبان دیگر وی که برای دریافت کننده خدمات ثبت شده است، قرار دهد. من می‌دانم که *Australian Privacy Principles* ممکن است در صورتی که دریافت کننده خدمات یا پشتیبان دیگر وی هرگونه اطلاعات یا سندی حاوی اطلاعات شخصی من را دریافت کند، در مورد آن‌ها اعمال نشود.

من اذعان می‌کنم که به‌عنوان پشتیبان، باید به وظایفی که تحت *Aged Care Act 2024* بر عهده من گذاشته شده است عمل کنم، از جمله احترام به حق حریم خصوصی دریافت کننده خدمات و حفاظت از اطلاعات شخصی او. اگر شرایط من به گونه‌ای تغییر کند که بر توانایی یا ظرفیت من برای ایفای نقش پشتیبان تأثیر بگذارد، با My Aged Care تماس خواهم گرفت.

Yes [بله] No [خیر]

Supporting Documents

[مدارک پشتیبان]

یک نسخه از سند قانونی خود و در صورت لزوم، مدارک پزشکی مربوط به دریافت کننده خدمات را برای نشان دادن معتبر بودن اختیار خود پیوست کنید.

برای اطلاعات بیشتر درباره تصمیم‌گیرندگان منصوب شده معتبر، لطفاً به وبسایت My Aged Care به نشانی زیر مراجعه کنید:

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

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

[رابطه از چه تاریخی شروع می‌شود (DD/MM/YYYY)?]

When will this relationship end

?(DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)

[این رابطه چه زمانی پایان می‌یابد]

(DD/MM/YYYY یا در صورت نداشتن تاریخ پایان خالی بگذارید)?

PART E - Conflict of Interest Declaration

[بخش E - اظهارنامه تعارض منافع]

تعارض منافع

اگر هنگام ابفای نقش پشتیبان ثبت شده برای دریافت کننده خدمات نامبرده در این فرم دچار تعارض منافع (واقعی، بالقوه یا ادراک شده) هستید، لطفاً در ادامه اعلام کنید، از جمله توضیح دهید که این تعارض چگونه اجتناب یا مدیریت خواهد شد. پشتیبانان پیشنهادی باید هرگونه تعارض منافع، از جمله نحوه اجتناب یا مدیریت آن را با دریافت کننده خدمات نامبرده در این فرم که قصد پشتیبانی از او را دارند، مطرح کنند.

برای اطلاعات بیشتر درباره اینکه تعارض منافع چیست، لطفاً به نشانی زیر مراجعه کنید:

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

آیا از قبل به عنوان پشتیبان ثبت شده‌اید؟

اگر از قبل به عنوان پشتیبان ثبت شده‌اید و در حال اعلام تعارض منافع مرتبط با رابطه موجود خود هستید، لطفاً جزئیات شناسایی زیر را نیز ارائه کنید. اگر از قبل ثبت شده‌اید، می‌توانید بخش E را از طریق فرم ارسال آنلاین برای System Governor در صفحه Registered Supporters in Aged Care در نشانی زیر ارسال کنید:

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

Supporter's Details [جزئیات پشتیبان]

Aged Care Client's Details [جزئیات دریافت کننده خدمات مراقبت سالمندان]

Last name [نام خانوادگی]

Last name [نام خانوادگی]

First name [نام]

First name [نام]

Date of Birth [تاریخ تولد]

Date of Birth [تاریخ تولد]

Aged Care (AC) ID (if known)
[شناسه مراقبت سالمندان (AC) (در صورت اطلاع)]

Aged Care (AC) ID (if known)
[شناسه مراقبت سالمندان (AC) (در صورت اطلاع)]

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

[جزئیات تعارض یا تعارض‌ها، از جمله راهبردهای پیشنهادی شما برای مدیریت یا اجتناب از آن:]

(لطفاً این بخش را به زبان انگلیسی تکمیل کنید، یا برای اعلام این مورد با مرکز تماس My Aged Care و با حضور مترجم تماس بگیرید)

Prospective/Registered Supporter to complete: [توسط پشتیبان پیشنهادی/ثبت شده تکمیل شود:]

I agree that: [من با موارد زیر موافقت می‌کنم:]

ممکن است لازم باشد تعارض منافع من همچنین با دریافت کننده خدمات نامبرده در این فرم، یا تصمیم گیرنده منصوب شده و معتبر او به اشتراک گذاشته شود.

Date Signed

[تاریخ امضا]

Prospective Supporter or Supporter's Signature

[امضای پشتیبان پیشنهادی یا پشتیبان]

My Aged Care و Department of Health, Disability and Ageing اطلاعات شخصی شما را جمع‌آوری می‌کنند تا امکان دسترسی شما یا فردی که از او پشتیبانی می‌کنید به خدمات مراقبت سالمندان یا خدمات مرتبط فراهم شود. لطفاً برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره نحوه رسیدگی ما به اطلاعات شخصی شما، اطلاعیه‌های حریم خصوصی ما را در وب سایت

My Aged Care مطالعه کنید: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Terms and Conditions of My Aged Care [My Aged Care ضوابط و شرایط]

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024

[وظایف پشتیبان ثبت شده تحت Aged Care Act 2024]

عمومی (همه طرفها)

من موارد زیر را درک می‌کنم:

- ارائه این درخواست برای داشتن یا تعیین یک پشتیبان ثبت شده، در صورتی که من یا طرف دیگر رابطه پشتیبان از قبل سابقه‌ای نداشته باشیم، باعث تشکیل یک پرونده My Aged Care برای طرف‌های رابطه پشتیبان خواهد شد. رابطه پشتیبان، در صورت ثبت، مشمول قانون *Aged Care Act 2024 (Cth)* می‌شود.
- باید My Aged Care را از هرگونه تغییر در نشانی و اطلاعات تماس خود، و همچنین تغییر در شرایط شخصی که برای پشتیبانی از من ثبت شده است یا شخصی که من برای پشتیبانی ثبت می‌کنم، مطلع سازم.
- ارائه اطلاعات نادرست یا گمراه کننده یک تخلف جدی محسوب می‌شود.
- می‌توانم در هر زمان با تماس با My Aged Care به شماره خود یا با یک *1800 200 422 Online Account*، از طریق یا ارزیاب، درخواست لغو این ثبت *Aged Care Specialist Officer* نام را ارایه کنم.

دریافت کننده خدمات

من درک می‌کنم که My Aged Care ممکن است موارد زیر را به انجام برساند:

- اطلاعات مربوط به من را از پشتیبان ثبت شده دریافت کند.
- اطلاعات یا اسناد، از جمله پیشرفت من در *My Aged Care*، را در اختیار پشتیبان ثبت شده قرار دهد.
- در پاسخ به اطلاعاتی که پشتیبان ثبت شده از طرف من منتقل کرده است، اقدام کند.

My Aged Care ممکن است اقدامات فوق را مطابق با خواست و ترجیحات شناخته شده من انجام دهد، یا در غیر این صورت، بر اساس مجوزهای قانونی اقدام کند.

پشتیبان ثبت شده

من موارد زیر را درک می‌کنم:

- هرگونه اطلاعاتی که از *My Aged Care* دریافت می‌کنم باید محرمانه نگه داشته شود و بدون اجازه دریافت کننده خدماتی که برای پشتیبانی از او ثبت شده‌ام، نباید مورد استفاده یا افشا به هیچ شخص غیرمجاز قرار گیرد، مگر اینکه چنین استفاده یا افشایی به موجب قانون مجاز باشد.
- هر اقدامی که به عنوان پشتیبان ثبت شده انجام می‌دهم باید مطابق با خواست و ترجیحات شخصی باشد که از او پشتیبانی می‌کنم.
- اطلاعات شخصی من توسط *My Aged Care* جمع‌آوری می‌شود و ممکن است با ارزیابان، ارائه‌دهندگان خدمات، سازمان‌ها، متخصصان پزشکی، *Aged Care Quality and Safety Commission* [کمیسیون کیفیت و ایمنی مراقبت سالمندان] و سایر پشتیبانان ثبت شده‌ای که از شخص مورد حمایت من پشتیبانی می‌کنند، به اشتراک گذاشته شود.
- نام و شماره تلفن من با سایر پشتیبانان ثبت شده و سازمان‌ها به اشتراک گذاشته خواهد شد تا امکان کمک من به شخصی که از او پشتیبانی می‌کنم فراهم شود.
- اگر به عنوان *Primary Contact* معرفی شده باشم، نخستین نقطه تماس تلفنی *My Aged Care* برای شخصی که برای پشتیبانی از او ثبت شده‌ام خواهد بود.

همه پشتیبانان ثبت شده دارای وظایفی تحت قانون هستند که باید از آن‌ها تبعیت کنند. پشتیبانان ثبت شده باید هنگام انجام این وظایف با صداقت، دقت و حسن نیت عمل کنند. این وظایف با هدف ارتقای ایمنی، حقوق و خواست و ترجیحات فرد سالمند تدوین شده‌اند.

پشتیبانان ثبت شده باید موارد زیر را رعایت نمایند:

- به گونه‌ای عمل کنند که خواست و ترجیحات و نیز رفاه شخصی، فرهنگی و اجتماعی فرد سالمندی را که از او پشتیبانی می‌کنند ارتقا یابد.
 - تنها تا حدی از فرد سالمند پشتیبانی کنند که برای تصمیم‌گیری مستقل او لازم است.
 - تمام تلاش خود را برای حفظ توانایی فرد سالمند در تصمیم‌گیری مستقل به‌کار گیرند.
 - از هرگونه تعارض منافع در نقش خود به‌عنوان پشتیبان (واقعی، بالقوه یا ادراک شده) اجتناب کرده یا آن را مدیریت کنند و در صورت بروز، *System Governor* را از تعارض‌ها مطلع سازند.
- علاوه بر این، پشتیبان ثبت شده باید *System Governor* را از هر شرایطی که بر توانایی او در موارد زیر تأثیر می‌گذارد یا ممکن است تأثیر بگذارد مطلع کند:

- به‌عنوان پشتیبان ثبت شده عمل کند؛
 - به وظایف خود یا هرگونه الزامات یا اخطارهای صادر شده از سوی *System Governor* پایبند باشد؛ یا
 - توسط *System Governor* مورد تماس قرار گیرد.
- اطلاعاتی که پشتیبان ثبت شده در چارچوب نقش خود درخواست می‌کند، دریافت می‌کند یا منتقل می‌نماید، نباید مورد سوءاستفاده قرار گیرد.
- برخی از پشتیبانان ثبت شده همچنین دارای قیمومت، وکالت‌نامه پایدار یا اختیار قانونی مشابه هستند. این افراد به‌عنوان تصمیم‌گیرندگان منصوب شده برای فرد سالمند تعیین می‌شوند و می‌توانند بر اساس ترتیبات *Commonwealth*، ایالتی یا قلمرویی، از طرف فرد سالمند تصمیم‌گیری کنند. تصمیم‌گیرنده منصوب شده فقط می‌تواند مطابق با اختیار قانونی فعال خود، از طرف فرد سالمند تصمیم‌گیری کند.