



## My Aged Care Registration of a Supporter Form [Έντυπο Καταχώρισης Υποστηρικτή] Greek – Ελληνικά

	Πότε να χρησιμοποιήσετε αυτό το έντυπο		Προστατεύοντας εσάς και τα δεδομένα σας		Για περισσότερες πληροφορίες
	<p><b>Αυτό το έντυπο χρησιμοποιείται για την καταχώριση ενός υποστηρικτή που θα σας βοηθήσει να βρείτε και να αποκτήσετε πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων, συμπεριλαμβανομένου του My Aged Care.</b></p> <p>Εάν θέλετε να έχετε πρόσβαση σε κρατικά επιδοτούμενες υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων, πρέπει να εγγραφείτε στο My Aged Care. Για να το κάνετε αυτό, μπορείτε είτε να καλέσετε εσείς οι ίδιοι το My Aged Care είτε κάποιος άλλος να επικοινωνήσει με το My Aged Care μαζί σας.</p> <p>Μπορείτε επίσης να εγγραφείτε διαδικτυακά ως μέρος της διαδικασίας υποβολής αίτησης αξιολόγησης στη διεύθυνση: <b><a href="https://myagedcare.gov.au/registering-supporter">https://myagedcare.gov.au/registering-supporter</a></b></p> <p>Χρησιμοποιώντας αυτό το έντυπο, μπορεί να καταχωριστεί ένας υποστηρικτής που θα σας βοηθήσει να λαμβάνετε και να επικοινωνείτε τις αποφάσεις σας σχετικά με τη φροντίδα ηλικιωμένων, συμπεριλαμβανομένης της υποβολής αιτημάτων και της πρόσβασης στα δεδομένα σας. Η σχέση με τον υποστηρικτή δεν επεκτείνεται σε έλεγχο οικονομικών κριτηρίων, ούτε σε σχέσεις εκπροσώπησης ή ορισμού εκπροσώπου με άλλες Κυβερνητικές υπηρεσίες της Αυστραλίας.</p>	<p>Τα προσωπικά σας δεδομένα, καθώς και αυτά του καταχωρισμένου υποστηρικτή σας, προστατεύονται από το νόμο, συμπεριλαμβανομένου του <i>Privacy Act 1988 (Cth)</i> [Νόμος περί Απορρήτου του 1988] και των Australian Privacy Principles [Αυστραλιανών Αρχών Απορρήτου].</p> <p>Τα προσωπικά σας δεδομένα συλλέγονται από το My Aged Care και το Department of Health, Disability and Ageing [Υπουργείο Υγείας, Αναπηρίας και Γήρανσης] προκειμένου να καταστεί δυνατή η πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων ή συναφείς υπηρεσίες για εσάς ή για κάποιο άτομο που υποστηρίζετε.</p> <p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο χειρίζομαστε τα προσωπικά σας δεδομένα, παρακαλείστε να διαβάσετε τις ειδοποιήσεις απορρήτου μας στον ιστότοπο My Aged Care: <b><a href="https://www.myagedcare.gov.au/privacy">https://www.myagedcare.gov.au/privacy</a></b></p> <p>Τα προσωπικά σας δεδομένα ενδέχεται επίσης να συλλέγονται από παρόχους υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων και οργανισμούς αξιολόγησης που χρηματοδοτούνται από την Αυστραλιανή Κυβέρνηση, με σκοπό την αξιολόγηση και την παροχή υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων.</p>		<p>Για να μιλήσετε με κάποιον από το My Aged Care σχετικά με αυτό το έντυπο:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Καλέστε το My Aged Care στο <b>1800 200 422</b> από Δευτέρα έως Παρασκευή, μεταξύ 8:00 π.μ. και 8:00 μ.μ., και το Σάββατο, μεταξύ 10:00 π.μ. και 2:00 μ.μ.</li> <li>• Αυτοπροσώπως με κάποιον Aged Care Specialist Officer (ACSO) [Εξειδικευμένο Λειτουργό Φροντίδας Ηλικιωμένων]. Κλείστε ραντεβού καλώντας στο 1800 227 475 τις καθημερινές από τις 8 π.μ. έως τις 8 μ.μ. Μπορείτε να επισκεφθείτε τον ιστότοπο <a href="https://www.myagedcare.gov.au/services">Services Australia</a> για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις πιο πρόσφατες τοποθεσίες των ACSO.</li> </ul> <p>Μπορείτε επίσης να επισκεφθείτε τον ιστότοπο My Aged Care για περισσότερες πληροφορίες στη διεύθυνση: <b><a href="https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter">https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</a></b></p>	

### Τι είναι ο Καταχωρημένος Υποστηρικτής στο My Aged Care;

Οι καταχωρημένοι υποστηρικτές βοηθούν τους ηλικιωμένους να λαμβάνουν και να επικοινωνούν τις δικές τους αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα ηλικιωμένων. Αυτό περιλαμβάνει την πρόσβαση στο My Aged Care και οποιοσδήποτε άλλες καθημερινές αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα ηλικιωμένων. Οι καταχωρημένοι υποστηρικτές μπορούν να ζητήσουν, να έχουν πρόσβαση και να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με ένα ηλικιωμένο άτομο. Μπορούν επίσης να επικοινωνούν πληροφορίες εκ μέρους του ηλικιωμένου, σύμφωνα με τη γνωστή βούληση και τις προτιμήσεις του.

Ορισμένοι καταχωρημένοι υποστηρικτές έχουν επίσης κηδεμονία, διαρκές πληρεξούσιο ή παρόμοια νομική εξουσία. Αυτά τα άτομα διορίζονται ως υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων για το ηλικιωμένο άτομο και μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις για λογαριασμό του, σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της Κοινοπολιτείας, των πολιτειών ή των επικρατειών. Ένας διορισμένος υπεύθυνος λήψης αποφάσεων μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις εκ μέρους του ηλικιωμένου ατόμου μόνο σύμφωνα με την ενεργή νομική του εξουσία.

Αυτά τα άτομα ενδέχεται να έχουν νομική εξουσία λήψης αποφάσεων που αναγνωρίζεται από τον *Aged Care Act 2024 (Cth)* [Νόμος περί Φροντίδας Ηλικιωμένων 2024] βάσει:

- enduring power of attorney [διαρκούς πληρεξουσίου]
- διαρκούς κηδεμονίας
- οδηγίας μελλοντικής φροντίδας, όταν η οδηγία αυτή παρέχει διαρκή εξουσία λήψης αποφάσεων
- μελλοντικού Προσωπικού Σχεδίου (στη Βόρεια Επικράτεια)
- ρύθμισης για περιοριστικές πρακτικές, υποκατάστασης λήψης αποφάσεων βάσει νόμου της Κοινοπολιτείας, της Πολιτείας ή της Επικράτειας, ή
- διαταγής διορισμού που παρέχει εξουσία λήψης αποφάσεων από δικαστήριο, δικαστική ή συμβουλευτική επιτροπή, η οποία εκδίδεται σύμφωνα με το νόμο της Κοινοπολιτείας, μιας Πολιτείας ή μιας Επικράτειας.

Το να γίνει κανείς καταχωρημένος υποστηρικτής δεν παρέχει σε κάποιο άτομο εξουσία λήψης αποφάσεων για τον ηλικιωμένο. Ο ρόλος ενός καταχωρημένου υποστηρικτή είναι να υποστηρίζει τον ηλικιωμένο να λαμβάνει τις δικές του αποφάσεις.

## Πώς να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο

Μπορείτε να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο στον υπολογιστή σας ή να το εκτυπώσετε και να το υπογράψετε.

**ΜΕΡΟΣ Α** – τα στοιχεία σας (του πελάτη).

**ΜΕΡΟΣ Β** – τα στοιχεία του υποψήφιου υποστηρικτή.

**ΜΕΡΟΣ Γ ή Δ** – οι λεπτομέρειες της σχέσης, η συγκατάθεσή σας (του πελάτη) και η συγκατάθεση του υποψήφιου υποστηρικτή για τη σχέση. Συμπληρώστε μόνο ένα από τα μέρη Γ ή Δ, ανάλογα με τη σχέση υποστηρικτή που δημιουργείται.

**ΜΕΡΟΣ Ε** – Δήλωση Συγκρούσεων Συμφερόντων που πρέπει να συμπληρωθεί από τον υποψήφιο υποστηρικτή, σε συνεννόηση μαζί σας (τον πελάτη).

## Πώς να υποβάλετε αυτό το έντυπο

Αφού συμπληρώσετε και υπογράψετε το έντυπο σύμφωνα με τις παραπάνω οδηγίες, στείλτε το στο My Aged Care χρησιμοποιώντας μία από τις παρακάτω μεθόδους:

1. Ανεβάστε το στο Διαδικτυακό σας Λογαριασμό (περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο πρόσβασης στο Διαδικτυακό σας Λογαριασμό διατίθενται στον ιστότοπο My Aged Care στη διεύθυνση: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) ή
2. Στείλτε ένα ψηφιακό αντίγραφο μέσω του διαδικτυακού εντύπου του My Aged Care που είναι διαθέσιμη στη διεύθυνση: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> ή
3. Αποστείλετε ταχυδρομικά στο: My Aged Care,  
PO Box 1237,  
Runaway Bay,  
Queensland, 4216 ή
4. Αυτοπροσώπως, επισκεπτόμενοι ένα κέντρο της Services Australia, όπου ένας Υπάλληλος Γενικών Υπηρεσιών μπορεί να σας βοηθήσει να υποβάλετε τα έγγραφα στο My Aged Care ή να κλείσετε ραντεβού με έναν Aged Care Specialist Officer, ο οποίος μπορεί να ανεβάσει τα έγγραφα στο My Aged Care. Μπορείτε να καλέσετε την Services Australia στο 1800 227 475 για να κλείσετε προσωπική συνάντηση ή
5. Αυτοπροσώπως με έναν αξιολογητή, εάν εσείς (ο πελάτης) ή ο υποψήφιος υποστηρικτής έχετε προγραμματισμένο ραντεβού αξιολόγησης.

Για τους υποψήφιους υποστηρικτές, οι οποίοι έχουν επίσης διοριστεί ως υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων, παρακαλείστε να βεβαιωθείτε ότι έχετε επισυνάψει αποδεικτικό της έγκυρης και ενεργούς νομικής εξουσίας σας να λαμβάνετε αποφάσεις για τον πελάτη πριν επιστρέψετε το παρόν έντυπο. Αυτό πιθανότατα θα είναι νομικό έγγραφο. Ενδέχεται επίσης να απαιτούνται ιατρικά αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τον πελάτη, προκειμένου να αποδειχθεί ότι η εξουσία σας είναι ενεργή.

Εάν θέλετε να ελέγξετε ότι το My Aged Care έχει λάβει το έντυπό σας, παρακαλούμε περιμένετε πριν καλέσετε (δύο εργάσιμες ημέρες για αναρτημένα έγγραφα, έξι εργάσιμες ημέρες για έγγραφα που έχετε στείλει μέσω ταχυδρομείου).

## Επόμενα βήματα μετά την υποβολή στο My Aged Care

Όταν το My Aged Care λάβει το συμπληρωμένο έντυπό σας, μπορεί να καταχωρήσει τόσο εσάς όσο και τον υποψήφιο υποστηρικτή σας στο My Aged Care, εάν απαιτείται, και να επικοινωνήσει με οποιονδήποτε από τους δύο σας εάν χρειάζεται επιπλέον πληροφορίες για να προχωρήσει το αίτημά σας για καταχώριση σχέσης υποστηρικτή.

Μόλις καταχωρηθεί η σχέση με τον υποστηρικτή σας, ο καταχωρημένος υποστηρικτής σας μπορεί να επικοινωνήσει με το My Aged Care στο **1800 200 422** σχετικά με τις υπηρεσίες και τις ανάγκες σας για φροντίδα ηλικιωμένων, συμπεριλαμβανομένων τυχόν αξιολογήσεων. Ο καταχωρημένος υποστηρικτής σας μπορεί να ενεργεί μόνο σύμφωνα με τη βούληση και τις προτιμήσεις σας.

## PART A - Aged Care Client Details (Your details)

### [ΜΕΡΟΣ Α - Στοιχεία Πελάτη Φροντίδας Ηλικιωμένου (Τα στοιχεία σας)]

Πρέπει να συμπληρώσετε όλα τα πεδία που σημειώνονται με αστερίσκο (\*)

Title (select one):\* [Τίτλος (επιλέξτε ένα):\*]

Mr [Κύριος] Mrs [Κυρία] Miss [Δεσποινίς] Ms [Κυρία]  
Dr [Δρ] Other [Άλλο]

Last name\* [Επώνυμο\*]

First name\* [Όνομα\*]

Middle name [Δεύτερο όνομα]

Preferred name [Προτιμώμενο όνομα]

Gender (select one):\* [Φύλο (επιλέξτε ένα):\*]

Male [Αντρας] Female [Γυναίκα]  
Indeterminate/Intersex/Unspecified  
[Απροσδιόριστο/Διαφυλικό/Απροσδιόριστο Φύλο]  
Not Specified [Μη προσδιορισμένο]

Date of Birth\*

[Ημερομηνία γέννησης\*]

Phone Number\*

[Αριθμός Τηλεφώνου\*]

Home Address Line 1\* [Διεύθυνση Κατοικίας Γραμμή 1\*]

Home Address Line 2 [Διεύθυνση Κατοικίας, Γραμμή 2]

State/Territory\*

[Πολιτεία/Επικράτεια\*]

Postcode\*

[Ταχυδρομικός Κώδικας\*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [Αριθμός κάρτας Medicare (συμπεριλαμβανομένου του Ατομικού Αριθμού Αναφοράς) ή αριθμός κάρτας DVA #]

Aged Care (AC) ID (if known) [Αριθμός Ταυτότητας Φροντίδας Ηλικιωμένων (AC) (εάν είναι γνωστός)]

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

[Τι περιγράφει καλύτερα τη σχέση υποστηρικτή που προτείνετε (επιλέξτε ένα):\*]

Registered supporter, where you and the registered supporter are consenting to the relationship  
[Καταχωρημένος υποστηρικτής, όπου εσείς και ο καταχωρημένος υποστηρικτής συναινείτε για τη σχέση]

Συμπληρώστε το **ΜΕΡΟΣ Β** και το **ΜΕΡΟΣ Γ**. Συμπληρώστε το **ΜΕΡΟΣ Ε** εάν ο υποψήφιος υποστηρικτής σας έχει να δηλώσει σύγκρουση συμφερόντων

Registered supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority for you  
[Καταχωρημένος υποστηρικτής, ο οποίος είναι επίσης διορισμένος υπεύθυνος λήψης αποφάσεων με ενεργή, νομική εξουσία για εσάς]

Συμπληρώστε το **ΜΕΡΟΣ Β** και το **ΜΕΡΟΣ Δ**. Συμπληρώστε το **ΜΕΡΟΣ Ε** εάν έχετε να δηλώσετε σύγκρουση συμφερόντων

## PART B - Prospective Supporter's Details

### [ΜΕΡΟΣ Β - Στοιχεία Υποψήφιου Υποστηρικτή]

Πρέπει να συμπληρώσετε όλα τα πεδία που σημειώνονται με αστερίσκο (\*)

Title (select one):\* [Τίτλος (επιλέξτε ένα):\*]

Mr [Κύριος] Mrs [Κυρία] Miss [Δεσποινίς] Ms [Κυρία]  
Dr [Δρ] Other [Άλλο]

Last name\* [Επώνυμο\*]

First name\* [Όνομα\*]

Middle name [Δεύτερο όνομα]

Preferred name [Προτιμώμενο όνομα]

Gender (select one):\* [Φύλο (επιλέξτε ένα):\*]

Male [Αντρας] Female [Γυναίκα]  
Indeterminate/Intersex/Unspecified  
[Απροσδιόριστο/Διαφυλικό/Απροσδιόριστο Φύλο]  
Not Specified [Μη προσδιορισμένο]

Date of Birth\*

[Ημερομηνία γέννησης\*]

Phone Number\*

[Αριθμός τηλεφώνου\*]

Home Address Line 1\* [Διεύθυνση Κατοικίας Γραμμή 1\*]

Home Address Line 2 [Διεύθυνση Κατοικίας, Γραμμή 2]

State/Territory\*

[Πολιτεία/Επικράτεια\*]

Postcode\*

[Ταχυδρομικός Κώδικας\*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [Αριθμός κάρτας Medicare (συμπεριλαμβανομένου του Ατομικού Αριθμού Αναφοράς) ή αριθμός κάρτας DVA #]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)

[Σχέση του Υποψήφιου Υποστηρικτή με τον Πελάτη (επιλέξτε ένα)]

Child [Παιδί] Parent [Γονέας]  
Spouse/Partner [Σύζυγος/Σύντροφος] Neighbour [Γείτονας]  
Friend [Φίλος] Other [Άλλο]

## PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [ΜΕΡΟΣ Γ - Καταχώριση υποστηρικτή με τη δική σας συγκατάθεση αλλά και του υποψήφιου υποστηρικτή]

Συμπληρώστε όλα τα πεδία εάν καταχωρείτε έναν υποστηρικτή χωρίς να βασίζεστε στη νομική εξουσία λήψης αποφάσεων για τον πελάτη

### Συμπληρώνεται από τον πελάτη

#### Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [Συγκατάθεση Πελάτη Φροντίδας Ηλικιωμένου για την καταχώριση σχέσης και Δήλωση]

Συαινών στην καταχώριση του προσώπου που αναφέρεται στο παρόν έντυπο ως υποστηρικτή μου σύμφωνα με τον νόμο *Aged Care Act 2024*. Κατανοώ ότι ο υποστηρικτής μου μπορεί να ζητά, να έχει πρόσβαση και να λάβει πληροφορίες και έγγραφα, καθώς και να επικοινωνεί πληροφορίες, σύμφωνα με τη βούληση και τις προτιμήσεις μου, προκειμένου να με υποστηρίξει στην εκτέλεση πράξεων βάσει του *Aged Care Act 2024* ή για σκοπούς αυτού (εκτός από τους σκοπούς της εξέτασης των οικονομικών κριτηρίων). Συαινών στη συλλογή των προσωπικών μου στοιχείων για το Υπουργείο από τον υποστηρικτή μου και στη χρήση τους για σκοπούς φροντίδας ηλικιωμένων. Κατανοώ ότι οι Australian Privacy Principles ενδέχεται να μην ισχύουν για τον υποστηρικτή μου, εάν λάβει οποιαδήποτε πληροφορία ή έγγραφο που του παρέχεται στο πλαίσιο των καθηκόντων του ως υποστηρικτής μου.

Yes [Ναι] No [Όχι]

#### Consent to sharing information with your supporter [Συγκατάθεση για την κοινοποίηση δεδομένων με τον υποστηρικτή σας]

Συαινών οποιαδήποτε πληροφορία ή έγγραφο που ενδέχεται ή πρέπει να μου δοθεί σύμφωνα με τον *Aged Care Act 2024* να δοθεί επίσης στον υποστηρικτή μου. Κατανοώ ότι αυτό θα περιλαμβάνει ιστορικές πληροφορίες και έγγραφα που υπάρχουν στο αρχείο πελάτη μου στο My Aged Care.

Yes [Ναι] No [Όχι]

#### I declare that: [Δηλώνω ότι:]

- Οικειοθελώς κάνω καταχώριση υποστηρικτή.
- Οι πληροφορίες που παρέχω στο My Aged Care είναι ακριβείς, πλήρεις και σωστές.

#### I understand and have read: [Κατανοώ και έχω διαβάσει:]

- Τα καθήκοντα ενός καταχωρημένου υποστηρικτή όπως περιγράφονται στη σελίδα 7 του παρόντος εντύπου.
- Τους όρους και τις προϋποθέσεις καταχώρισης στο My Aged Care, όπως Τους όρους και τις στη σελίδα 7 του παρόντος εντύπου.

#### When will the relationship start (DD/MM/YYYY)? [Πότε θα ξεκινήσει η σχέση (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ);]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Πότε θα λήξει αυτή η σχέση (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ ή αφήστε κενό αν δεν υπάρχει ημερομηνία λήξης);]

#### Aged Care Client's full name [Όνοματεπώνυμο του Πελάτη Φροντίδας Ηλικιωμένων]

#### Aged Care Client's signature [Υπογραφή του Πελάτη Φροντίδας Ηλικιωμένων]

Date signed [Ημερομηνία υπογραφής]

### Συμπληρώνεται από τον πελάτη

#### Supporter's consent and Declaration [Συγκατάθεση και Δήλωση υποστηρικτή]

Συαινών να καταχωριθώ ως υποστηρικτής σύμφωνα με τον *Aged Care Act 2024* για τον πελάτη που αναφέρεται στο παρόν έντυπο. Κατανοώ ότι μπορώ να ζητώ, να έχω πρόσβαση και να λαμβάνω πληροφορίες και έγγραφα, καθώς και να κοινοποιώ πληροφορίες, σύμφωνα με τη βούληση και τις προτιμήσεις του πελάτη, προκειμένου να τον υποστηρίξω στην εκτέλεση πράξεων βάσει του *Aged Care Act 2024* ή για τους σκοπούς αυτού (εκτός από τους σκοπούς ελέγχου οικονομικών κριτηρίων). Συαινών στη γνωστοποίηση από το Υπουργείο του ονόματος, των στοιχείων επικοινωνίας, του ρόλου και της κατάστασής μου (ενεργός, ανασταλμένος ή ακυρωμένος) ως υποστηρικτής στον πελάτη και σε οποιοσδήποτε άλλους υποστηρικτές που είναι καταχωρημένοι για τον πελάτη. Κατανοώ ότι οι Australian Privacy Principles ενδέχεται να μην ισχύουν για τον πελάτη ή άλλον υποστηρικτή, εάν λάβουν οποιαδήποτε πληροφορίες ή έγγραφο που περιέχει τα προσωπικά μου δεδομένα. Αναγνωρίζω ότι, ως υποστηρικτής, πρέπει να συμμορφώνομαι με τα καθήκοντα που μου επιβάλλει ο *Aged Care Act 2024*, συμπεριλαμβανομένου του σεβασμού του δικαιώματος του πελάτη στην ιδιωτικότητα και της προστασίας των προσωπικών του δεδομένων. Εάν οι συνθήκες μου αλλάξουν με τρόπο που επηρεάζει την ικανότητα ή τη δυνατότητά μου να ενεργώ ως υποστηρικτής, θα επικοινωνήσω με το My Aged Care.

Yes [Ναι] No [Όχι]

#### Conflict of Interest [Σύγκρουση Συμφερόντων]

Εάν έχετε σύγκρουση συμφερόντων (είτε πραγματική, ενδεχόμενη ή αντιληπτή) ενεργώντας ως υποστηρικτής για τον πελάτη που αναφέρεται στο παρόν έντυπο, παρακαλούμε συμπληρώστε τη Δήλωση Σύγκρουσης Συμφερόντων στο ΜΕΡΟΣ Ε, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο θα αποφευχθεί ή θα αντιμετωπιστεί η σύγκρουση αυτή. Οι υποψήφιοι υποστηρικτές θα πρέπει να συζητήσουν τυχόν Σύγκρουση Συμφερόντων, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο θα αποφευχθεί ή θα αντιμετωπιστεί η σύγκρουση αυτή, με τον πελάτη που αναφέρεται στο παρόν έντυπο και τον οποίο επιθυμούν να υποστηρίξουν. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το τι είναι Σύγκρουση Συμφερόντων, παρακαλούμε επισκεφθείτε: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Έχω σύγκρουση συμφερόντων (πραγματική, ενδεχόμενη ή αντιληπτή) ενεργώντας ως υποστηρικτής για τον πελάτη που αναφέρεται στο παρόν έντυπο.

Yes (provide details in PART E)  
[Ναι (παρέχετε λεπτομέρειες στο ΜΕΡΟΣ Ε)]

No (do not fill in PART E) [Όχι (μην συμπληρώσετε το ΜΕΡΟΣ Ε)]

#### I declare that: [Δηλώνω ότι:]

- Οικειοθελώς κάνω καταχώριση υποστηρικτή.
- Οι πληροφορίες που παρέχω στο My Aged Care είναι ακριβείς, πλήρεις και σωστές.

#### I understand and have read: [Κατανοώ και έχω διαβάσει:]

- Τα καθήκοντα ενός καταχωρημένου υποστηρικτή όπως περιγράφονται στη σελίδα 7 του παρόντος εντύπου.
- Τους όρους και τις προϋποθέσεις καταχώρισης στο My Aged Care, όπως Τους όρους και τις στη σελίδα 7 του παρόντος εντύπου.

#### Prospective supporter's full name [Όνοματεπώνυμο υποψήφιου υποστηρικτή]

#### Prospective supporter's signature [Υπογραφή υποψήφιου υποστηρικτή]

Date signed [Ημερομηνία υπογραφής]

## PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [ΜΕΡΟΣ Δ - Εγγραφή υποστηρικτή, ο οποίος είναι επίσης διορισμένος υπεύθυνος λήψης αποφάσεων με ενεργή, νομική εξουσία]

Παρακαλούμε συμπληρώσετε όλα τα πεδία εάν έχετε νομική εξουσία να ενεργείτε για λογαριασμό του πελάτη, όπως αναγνωρίζεται από τον *Aged Care Act 2024 (Cth)*.

### Supporter's consent and Declaration [Συγκατάθεση και Δήλωση υποστηρικτή]

Βεβαιώνω ότι είμαι ο νόμιμα διορισμένος υπεύθυνος λήψης αποφάσεων για τον πελάτη που αναφέρεται στο παρόν έντυπο. Κατανοώ ότι η νομική μου εξουσία για τον διορισμό μου πρέπει να είναι ενεργή όταν ενεργώ εκ μέρους του πελάτη, και ότι πρέπει να ενεργώ σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της Κοινοπολιτείας, της πολιτείας ή της επικράτειας για το εν λόγω διορισμό, συμπεριλαμβανομένου του πεδίου της εξουσίας λήψης αποφάσεων που μου έχει ανατεθεί.

Συναινώνω να εγγραφώ ως υποστηρικτής σύμφωνα με τον *Aged Care Act 2024* για τον πελάτη. Κατανοώ ότι μπορώ να ζητώ, να έχω πρόσβαση και να λαμβάνω πληροφορίες και έγγραφα, καθώς και να κοινοποιώ πληροφορίες, σύμφωνα με τη βούληση και τις προτιμήσεις του πελάτη, προκειμένου να τον υποστηρίξω στην εκτέλεση πράξεων βάσει του *Aged Care Act 2024* ή για τους σκοπούς αυτού (εκτός από τους σκοπούς ελέγχου οικονομικών κριτηρίων).

Συναινώνω στη γνωστοποίηση από το Υπουργείο του ονόματος, των στοιχείων επικοινωνίας, του ρόλου και της κατάστασής μου (ενεργός, ανασταλμένος ή ακυρωμένος) ως υποστηρικτής στον πελάτη και σε οποιοσδήποτε άλλους υποστηρικτές που είναι καταχωρημένοι για τον πελάτη.

Κατανοώ ότι οι Australian Privacy Principles ενδέχεται να μην ισχύουν για τον πελάτη ή άλλον υποστηρικτή, εάν λάβουν οποιοσδήποτε πληροφορίες ή έγγραφο που περιέχει τα προσωπικά μου δεδομένα.

Αναγνωρίζω ότι, ως υποστηρικτής, πρέπει να συμμορφώνομαι με τα καθήκοντα που μου επιβάλλει ο *Aged Care Act 2024*, συμπεριλαμβανομένου του σεβασμού του δικαιώματος του πελάτη στην ιδιωτικότητα και της προστασίας των προσωπικών του δεδομένων. Εάν οι συνθήκες μου αλλάξουν με τρόπο που επηρεάζει την ικανότητα ή τη δυνατότητά μου να ενεργώ ως υποστηρικτής, θα επικοινωνήσω με το My Aged Care.

Yes [Ναι]                      No [Όχι]

### Supporting Documents [Συνοδευτικά Έγγραφα]

Επισυνάψτε ένα αντίγραφο του νομικού εγγράφου σας και, εάν απαιτείται, ιατρικά αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τον πελάτη, για να αποδειχθεί ότι η εξουσία σας είναι ενεργή.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους ενεργούς, διορισμένους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων, επισκεφθείτε τον ιστότοπο My Aged Care στη διεύθυνση: <https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

When will the relationship start (DD/MM/YYYY)?  
[Πότε θα ξεκινήσει η σχέση (HH/MM/EEEE);]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Πότε θα λήξει αυτή η σχέση (HH/MM/EEEE ή αφήστε κενό αν δεν υπάρχει ημερομηνία λήξης);]

### Conflict of Interest [Σύγκρουση Συμφερόντων]

Εάν έχετε σύγκρουση συμφερόντων (είτε πραγματική, ενδεχόμενη ή αντιληπτή) ενεργώντας ως υποστηρικτής για τον πελάτη που αναφέρεται στο παρόν έντυπο, παρακαλούμε συμπληρώστε τη Δήλωση Σύγκρουσης Συμφερόντων στο ΜΕΡΟΣ Ε, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο θα αποφευχθεί ή θα αντιμετωπιστεί η σύγκρουση αυτή.

Οι υποψήφιοι υποστηρικτές θα πρέπει να συζητήσουν τυχόν Σύγκρουση Συμφερόντων, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο θα αποφευχθεί ή θα αντιμετωπιστεί η σύγκρουση αυτή, με τον πελάτη που αναφέρεται στο παρόν έντυπο και τον οποίο επιθυμούν να υποστηρίξουν.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το τι είναι Σύγκρουση Συμφερόντων, παρακαλούμε επισκεφθείτε: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Έχω σύγκρουση συμφερόντων (πραγματική, ενδεχόμενη ή αντιληπτή) ενεργώντας ως υποστηρικτής για τον πελάτη που αναφέρεται στο παρόν έντυπο.

Yes (provide details in PART E) [Ναι (παρέχετε λεπτομέρειες στο Μέρος Ε)]

No (do not fill in PART E) [Όχι (μην συμπληρώσετε το ΜΕΡΟΣ Ε)]

### I declare that: [Δηλώνω ότι:]

- Οικειοθελώς κάνω καταχώριση υποστηρικτή.
- Οι πληροφορίες που παρέχω στο My Aged Care είναι ακριβείς, πλήρεις και σωστές.

### I understand and have read: [Κατανοώ και έχω διαβάσει:]

- Τα καθήκοντα ενός καταχωρημένου υποστηρικτή όπως περιγράφονται στη σελίδα 7 του παρόντος εντύπου.
- Τους όρους και τις προϋποθέσεις καταχώρισης στο My Aged Care, όπως Τους όρους και τις στη σελίδα 7 του παρόντος εντύπου.

### Prospective supporter's full name [Όνοματεπώνυμο υποψήφιου υποστηρικτή]

### Prospective supporter's signature [Υπογραφή υποψήφιου υποστηρικτή]

Date signed [Ημερομηνία υπογραφής]

## PART E - Conflict of Interest Declaration [ΜΕΡΟΣ Ε - Δήλωση Σύγκρουσης Συμφερόντων]

### Σύγκρουση Συμφερόντων

Εάν έχετε σύγκρουση συμφερόντων (είτε πραγματική, ενδεχόμενη ή αντιληπτή) ενεργώντας ως καταχωρημένος υποστηρικτής για τον πελάτη που αναφέρεται στο παρόν έντυπο, παρακαλούμε ενημερώστε παρακάτω, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο θα αποφευχθεί ή θα αντιμετωπιστεί η σύγκρουση αυτή. Οι υποψήφιοι υποστηρικτές θα πρέπει να συζητήσουν τυχόν σύγκρουση συμφερόντων, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο θα αποφευχθεί ή θα αντιμετωπιστεί η σύγκρουση αυτή, με τον πελάτη που αναφέρεται στο παρόν έντυπο και τον οποίο επιθυμούν να υποστηρίξουν.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το τι είναι Σύγκρουση Συμφερόντων, παρακαλούμε επισκεφθείτε: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

### Είστε ήδη καταχωρημένος υποστηρικτής;

Εάν είστε ήδη καταχωρημένος ως υποστηρικτής και δηλώνετε σύγκρουση συμφερόντων σχετικά με την υπάρχουσα σχέση σας, παρακαλούμε να παρέχετε επίσης τα παρακάτω στοιχεία ταυτοποίησης. Εάν είστε ήδη καταχωρημένος, μπορείτε να υποβάλετε το Μέρος Ε στον Διαχειριστή Συστήματος μέσω του διαδικτυακού εντύπου στην ιστοσελίδα Καταχωρημένων Υποστηρικτών στη Φροντίδα Ηλικιωμένων στη διεύθυνση: <https://www.health.gov.au/our-work/aged-care-act/about/registered-supporters-in-aged-care>

### Aged Care Client's Details

[Στοιχεία Πελάτη Φροντίδας Ηλικιωμένων]

Last name [Επώνυμο]

First name [Όνομα]

Date of Birth [Ημερομηνία Γέννησης]

Aged Care (AC) ID (if known) [Αριθμός Ταυτότητας Φροντίδας Ηλικιωμένων (AC) ID (εφόσον τον γνωρίζετε)]

### Supporter's Details [Στοιχεία Υποστηρικτή]

Last name [Επώνυμο]

First name [Όνομα]

Date of Birth [Ημερομηνία Γέννησης]

Aged Care (AC) ID (if known) [Αριθμός Ταυτότητας Φροντίδας Ηλικιωμένων (AC) ID (εφόσον τον γνωρίζετε)]

**Details of the conflict/s, including your proposed strategies for managing or avoiding it: [Λεπτομέρειες σχετικά με τη σύγκρουση/τις συγκρούσεις, συμπεριλαμβανομένων των προτεινόμενων στρατηγικών σας για τη διαχείριση ή την αποφυγή τους:]**

(Παρακαλούμε παρέχετε αυτό στα Αγγλικά, ή καλέστε το κέντρο επικοινωνίας του My Aged Care για να κάνετε αυτή τη δήλωση παρουσία μεταφραστή.)

**Prospective/Registered Supporter to complete: [Να συμπληρωθεί από τον Υποψήφιο/Καταχωρημένο Υποστηρικτή:]**

**I agree that: [Συμφωνώ ότι:]**

Η σύγκρουση συμφερόντων μου ενδέχεται επίσης να χρειαστεί να γνωστοποιηθεί στον πελάτη που αναφέρεται στο παρόν έντυπο ή στον ενεργό, διορισμένο υπεύθυνο λήψης αποφάσεων.

**Prospective Supporter or Supporter's Signature  
[Υπογραφή Υποψήφιου Υποστηρικτή ή Υποστηρικτή]**

**Date Signed  
[Ημερομηνία Υπογραφής]**

Η υπηρεσία My Aged Care και το Department of Health, Disability and Ageing συλλέγουν τα προσωπικά σας στοιχεία για να διευκολύνουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων ή συναφείς υπηρεσίες για εσάς ή για κάποιο άτομο που υποστηρίζετε. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο διαχειριζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα, διαβάστε τις ειδοποιήσεις απορρήτου μας στον ιστότοπο My Aged Care: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

## Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Καθήκοντα Καταχωρημένου Υποστηρικτή σύμφωνα με τον Aged Care Act 2024]

Όλοι οι καταχωρημένοι υποστηρικτές έχουν καθήκοντα βάσει του Νόμου που πρέπει να τηρούν. Οι καταχωρημένοι υποστηρικτές πρέπει να ενεργούν έντιμα, επιμελώς και καλή τη πίστιν κατά την εκτέλεση αυτών των καθηκόντων. Αυτά τα καθήκοντα έχουν σκοπό την προώθηση της ασφάλειας, των δικαιωμάτων, της βούλησης και των προτιμήσεων των ηλικιωμένων ατόμων.

Οι Καταχωρημένοι υποστηρικτές πρέπει:

- Να ενεργούν με τρόπο που προάγει τη βούληση και τις προτιμήσεις, καθώς και την προσωπική, πολιτιστική και κοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου που υποστηρίζουν.
- Να υποστηρίζουν τον ηλικιωμένο μόνο στο βαθμό που είναι απαραίτητος για να μπορεί να λαμβάνει τις δικές του αποφάσεις.
- Να καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να διατηρήσουν την ικανότητα του ηλικιωμένου να λαμβάνει τις δικές του αποφάσεις.
- Να αποφεύγουν ή να διαχειρίζονται οποιαδήποτε σύγκρουση συμφερόντων που έχουν στο ρόλο τους ως υποστηρικτές (είτε πραγματική, ενδεχόμενη ή αντιληπτή) και να ενημερώνουν τον Διαχειριστή Συστήματος για τυχόν συγκρούσεις εάν προκύπτουν.

Επιπλέον, ένας καταχωρημένος υποστηρικτής πρέπει να ενημερώσει τον Διαχειριστή Συστήματος για οποιοσδήποτε συνθήκες που θα ή ενδέχεται να επηρεάσουν την ικανότητά του να:

- να ενεργεί ως καταχωρημένος υποστηρικτής
- να συμμορφώνεται με τα καθήκοντά του ή με οποιοσδήποτε απαιτήσεις ή ειδοποιήσεις που του δίνεται από τον Διαχειριστή Συστήματος, ή
- να επικοινωνήσει μαζί του ο Διαχειριστής Συστήματος.

Οι πληροφορίες που ζητά, λαμβάνει ή επικοινωνεί ένας καταχωρημένος υποστηρικτής στο πλαίσιο των καθηκόντων του ως καταχωρημένος υποστηρικτής δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν καταχρηστικά.

Ορισμένοι καταχωρημένοι υποστηρικτές έχουν επίσης κηδεμονία, διαρκές πληρεξούσιο ή παρόμοια νομική εξουσία. Αυτά τα άτομα διορίζονται ως υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων για το ηλικιωμένο άτομο και μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις για λογαριασμό του, σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της Κοινοπολιτείας, των πολιτειών ή των επικρατειών. Ένας διορισμένος υπεύθυνος λήψης αποφάσεων μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις εκ μέρους του ηλικιωμένου μόνο σύμφωνα με την ενεργή νομική του εξουσία.

## Terms and Conditions of My Aged Care [Όροι και Προϋποθέσεις του My Aged Care]

### Γενικά (όλα τα μέρη)

Κατανοώ:

- Η υποβολή αυτού του αιτήματος για να είμαι ή να έχω έναν καταχωρημένο υποστηρικτή θα δημιουργήσει ένα αρχείο στο My Aged Care για τα μέρη της σχέσης υποστηρικτή, εάν εγώ ή το άλλο μέρος δεν έχουμε ήδη ένα. Η σχέση υποστηρικτή, εάν έχει καταχωρηθεί, υπάγεται στον *Aged Care Act 2024 (Cth)*.
- Πρέπει να ενημερώνω το My Aged Care για οποιοσδήποτε αλλαγές στη διεύθυνση και τα στοιχεία επικοινωνίας μου, καθώς και για αλλαγές στις συνθήκες του ατόμου που καταχωρείται για να με υποστηρίξει ή του ατόμου που εγώ καταχωρώ για να υποστηρίξω.
- Η παροχή ψευδών ή παραπλανητικών πληροφοριών αποτελεί σοβαρό αδίκημα.
- Μπορώ να ζητήσω την ακύρωση αυτής της καταχώρισης ανά πάσα στιγμή καλώντας το My Aged Care στο 1800 200 422, μέσω του Διαδικτυακού μου Λογαριασμού ή με τη βοήθεια ενός Aged Care Specialist Officer ή αξιολογητή.

### Πελάτης

Κατανοώ ότι το My Aged Care μπορεί:

- Να συλλέξει πληροφορίες για εμένα από τον καταχωρημένο υποστηρικτή μου.
- Παρέχει πληροφορίες ή έγγραφα στον καταχωρημένο υποστηρικτή μου, συμπεριλαμβανομένης της προόδου μου στο My Aged Care.
- Λάβει μέτρα σε απάντηση των πληροφοριών που ο καταχωρημένος υποστηρικτής μου έχει επικοινωνήσει εκ μέρους μου.

Το My Aged Care μπορεί να προβεί στις παραπάνω ενέργειες σύμφωνα με τη γνωστή μου βούληση και τις προτιμήσεις μου ή όπως αλλιώς επιτρέπεται από το νόμο.

### Καταχωρημένος υποστηρικτής

Κατανοώ:

- Οποιοσδήποτε πληροφορίες λάβω από το My Aged Care πρέπει να παραμένουν εμπιστευτικές και δεν θα χρησιμοποιηθούν ή κοινοποιηθούν σε οποιοδήποτε μη εξουσιοδοτημένο άτομο χωρίς την άδεια του πελάτη που καταχωρώ για να υποστηρίξω, εκτός εάν η χρήση ή η κοινοποίηση επιτρέπεται διαφορετικά από τον νόμο.
- Οποιαδήποτε ενέργεια αναλαμβάνω ως καταχωρημένος υποστηρικτής πρέπει να είναι σύμφωνα με τη βούληση και τις προτιμήσεις του ατόμου που υποστηρίζω.
- Τα προσωπικά μου στοιχεία συλλέγονται από το My Aged Care και ενδέχεται να κοινοποιηθούν σε οποιοσδήποτε αξιολογητή, παρόχους υπηρεσιών, οργανισμούς, επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου, την Aged Care Quality and Safety Commission [Επιτροπή Ποιότητας και Ασφάλειας της Φροντίδας Ηλικιωμένων] και άλλους καταχωρημένους υποστηρικτές που υποστηρίζουν το άτομο που υποστηρίζω.
- Το όνομα και ο αριθμός τηλεφώνου μου θα κοινοποιηθούν σε όλους τους άλλους καταχωρημένους υποστηρικτές και οργανισμούς, με σκοπό να μου επιτραπεί να βοηθήσω το άτομο που υποστηρίζω.
- Εάν είμαι ο καθορισμένος Κύριος Υπεύθυνος Επικοινωνίας, θα είμαι το πρώτο σημείο τηλεφωνικής επικοινωνίας με το My Aged Care για το άτομο που έχω καταχωρηθεί να υποστηρίξω.