



Australian Government



myagedcare

My Aged Care Registration of a Supporter Form [समर्थक रजिस्ट्रेशन फॉर्म]

Hindi - हिंदी

	इस फॉर्म का उपयोग कब करें		आपकी और आपकी जानकारी की सुरक्षा		और अधिक जानकारी के लिए
	<p>यह फॉर्म My Aged Care सहित अन्य वृद्ध देखभाल सेवाओं को खोजने और उन्हें एक्सेस करने में आपकी सहायता के लिए किसी समर्थक को रजिस्टर करने के लिए है।</p> <p>यदि आप सरकारी छूट वाली वृद्ध देखभाल सेवाओं का उपयोग करना चाहते/ती हैं, तो आपको My Aged Care के साथ रजिस्टर करना होगा। ऐसा करने के लिए आप या तो My Aged Care को स्वयं कॉल कर सकते/ती हैं, या कोई अन्य आपके साथ My Aged Care से बात कर सकता है।</p> <p>आप आकलन आवेदन प्रक्रिया के हिस्से के रूप में यहाँ ऑनलाइन रजिस्ट्रेशन भी कर सकते/ती हैं:</p> <p>https://myagedcare.gov.au/registering-supporter</p> <p>इस फॉर्म का उपयोग करके समर्थक को आपकी वृद्ध देखभाल से संबंधित निर्णय लेने और संचार करने में सहायता के लिए रजिस्टर किया जा सकता है, जिसमें आपकी जानकारी के लिए अनुरोध करना और उसे एक्सेस करना भी शामिल है। समर्थक संबंध ऑस्ट्रेलिया सरकार की अन्य एजेंसियों के साथ साधन परीक्षण, या प्रतिनिधि या नामांकित संबंधों तक विस्तारित नहीं होता है।</p>	<p>आपकी व्यक्तिगत जानकारी और आपके रजिस्टर्ड समर्थक की जानकारी कानून के तहत सुरक्षित हैं, जिसमें Privacy Act 1988 (Cth) [गोपनीयता अधिनियम 1988] और Australian Privacy Principles [ऑस्ट्रेलियाई गोपनीयता सिद्धांत] शामिल हैं।</p> <p>आपकी व्यक्तिगत जानकारी को My Aged Care और Department of Health, Disability and Ageing [स्वास्थ्य, विकलांगता एवं आयुवृद्धि विभाग] द्वारा एकत्र किया जाता है, ताकि आपके या आपके द्वारा समर्थित किसी व्यक्ति के लिए वृद्ध देखभाल या संबंधित सेवाओं को एक्सेस कर पाना सक्षम हो सके।</p> <p>कृपया My Aged Care वेबसाइट पर इस बारे में हमारी गोपनीयता सूचनाएँ पढ़ें कि हम आपकी व्यक्तिगत जानकारी के साथ व्यवहार कैसे करते हैं:</p> <p>https://www.myagedcare.gov.au/privacy</p> <p>आपकी व्यक्तिगत जानकारी को ऑस्ट्रेलिया सरकार द्वारा वित्त-पोषित वृद्ध देखभाल प्रदाताओं और आकलन संगठनों द्वारा भी एकत्र किया जा सकता है, ताकि वृद्ध देखभाल सेवाओं का आकलन और प्रावधान किया जा सके।</p>		<p>My Aged Care की ओर से किसी के साथ इस फॉर्म के बारे में बात करने के लिए:</p> <ul style="list-style-type: none"> My Aged Care को 1800 200 422 पर सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 बजे से रात 8:00 बजे के बीच, और शनिवार को सुबह 10:00 बजे से दोपहर 2:00 बजे के बीच कॉल करें। व्यक्तिगत रूप से Aged Care Specialist Officer (ACSO) [वृद्ध देखभाल विशेषज्ञ अधिकारी] के साथ। कार्यदिवसों में सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक 1800 227 475 पर कॉल करके एपॉइंटमेंट लें। आप नवीनतम ACSO स्थलों के बारे में और अधिक जानकारी के लिए Services Australia की वेबसाइट पर जा सकते/ती हैं। <p>आप और अधिक जानकारी के लिए My Aged Care वेबसाइट पर भी जा सकते/ती हैं:</p> <p>https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p>	

My Aged Care में रजिस्टर्ड समर्थक कौन होता है?

रजिस्टर्ड समर्थक वृद्धजनों को वृद्ध देखभाल के बारे में अपने निर्णय स्वयं लेने और संचार करने में सहायता देते हैं। इसमें My Aged Care को और अन्य किसी भी दिन-प्रतिदिन के वृद्ध देखभाल निर्णयों को एक्सेस करना शामिल है। रजिस्टर्ड समर्थक किसी वृद्धजन के बारे में जानकारी का अनुरोध, उपयोग और इसे प्राप्त कर सकते/ती हैं। वे वृद्धजन की ज्ञात इच्छा और वरीयताओं के अनुरूप वृद्धजन के लिए जानकारी का संचार भी कर सकते हैं।

कुछ रजिस्टर्ड समर्थकों के पास संरक्षकता, स्थायी पावर ऑफ अटॉर्नी या इसी तरह के कानूनी अधिकार भी होते हैं। इन लोगों को वृद्धजन की ओर से निर्णय लेने के लिए नियुक्त किया जाता है और वे राष्ट्रमंडल, राज्य या राज्य-क्षेत्र की व्यवस्थाओं के तहत वृद्धजन की ओर से निर्णय ले सकते हैं। नियुक्त किया गया कोई भी निर्णयकर्ता केवल अपने सक्रिय, कानूनी अधिकार के अनुरूप ही वृद्धजन की ओर से निर्णय ले सकता है।

इन लोगों के पास Aged Care Act 2024 (Cth) [वृद्ध देखभाल अधिनियम 2024] द्वारा मान्यता-प्राप्त ऐसे कानूनी निर्णय लेने का अधिकार हो सकता है, जो इनके तहत हो:

- enduring power of attorney [स्थायी पावर ऑफ अटॉर्नी]
- स्थायी संरक्षकता
- अग्रिम स्वास्थ्य निर्देश, जहाँ यह निर्देश स्थायी निर्णय लेने का अधिकार देता है
- अग्रिम व्यक्तिगत योजना (नॉर्दर्न टेरिटरी में)
- राष्ट्रमंडल, राज्य या राज्य-क्षेत्र के किसी कानून के तहत निर्णय लिए जाने के स्थान पर प्रतिबंधात्मक प्रथाओं की व्यवस्थाओं को मान्यता दिया जाना, या
- किसी अदालत, न्यायाधिकरण, बोर्ड या पैनल की ओर से निर्णय लेने के अधिकार के लिए नियुक्ति का आदेश, जिसे राष्ट्रमंडल, राज्य या राज्य-क्षेत्र के किसी कानून के तहत जारी किया गया हो।

रजिस्टर्ड समर्थक बनने से किसी व्यक्ति को वृद्धजन की ओर से लिए निर्णय लेने का अधिकार नहीं मिलता है। रजिस्टर्ड समर्थक की भूमिका यह होती है कि वह वृद्धजन को अपने निर्णय स्वयं लेने में सहायता दे।

इस फॉर्म को पूरा कैसे करें

आप इस फॉर्म को अपने कंप्यूटर पर पूरा कर सकते/ती हैं या फिर प्रिंट करके हस्ताक्षर कर सकते/ती हैं।

भाग A - आपका (सेवार्थी का) विवरण।

भाग B - संभावित समर्थक का विवरण।

भाग C या D - संबंध का विवरण, आपकी (सेवार्थी की) सहमति और संबंध में संभावित समर्थक की सहमति। भाग C या D में से केवल एक भाग पूरा करें, जोकि बनाए जा रहे समर्थक संबंध के अनुरूप होगा।

भाग E - हितों के संघर्ष की घोषणा को संभावित समर्थक द्वारा आपके (सेवार्थी के) परामर्श के साथ पूरा किया जाना चाहिए।

इस फॉर्म को जमा कैसे करें

ऊपर दिए गए निर्देशों के अनुसार फॉर्म को पूरा करके हस्ताक्षर करने के बाद इसे नीचे दी गई विधियों में से किसी एक विधि से My Aged Care को भेजें:

1. अपने ऑनलाइन खाते में अपलोड करें (अपने ऑनलाइन खाते को एक्सेस करने के तरीके के बारे में और अधिक जानकारी My Aged Care की वेबसाइट पर उपलब्ध है: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) या
2. My Aged Care ऑनलाइन फॉर्म के माध्यम से एक डिजिटल प्रति भेजें, जो यहाँ उपलब्ध है: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> या
3. डाक से यहाँ भेजें: My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216 या
4. व्यक्तिगत रूप से किसी Services Australia केंद्र पर जाएँ, जहाँ My Aged Care पर दस्तावेजों को जमा करने के लिए एक General Service Officer आपकी सहायता कर सकता है या किसी Aged Care Specialist Officer के साथ एपॉइंटमेंट बुक कर सकता है, जो दस्तावेजों को My Aged Care पर अपलोड कर सकते हैं। आप आमने-सामने का एपॉइंटमेंट बुक करने के लिए Services Australia को 1800 227 475 पर कॉल कर सकते/ती हैं या
5. आकलनकर्ता के साथ व्यक्तिगत रूप से, यदि आपका (सेवार्थी का) या संभावित समर्थक का आकलन एपॉइंटमेंट निकट आ रहा है।

संभावित समर्थकों के लिए, जो निर्णयकर्ता के रूप में भी नियुक्त किए गए हैं, कृपया यह सुनिश्चित करें कि आपने इस फॉर्म को वापस करने से पहले सेवार्थी की ओर से निर्णय लेने के अपने वैध और सक्रिय कानूनी अधिकार का प्रमाण संलग्न किया है। इस बात की संभावना है कि यह एक कानूनी दस्तावेज होगा। सेवार्थी के चिकित्सा प्रमाण की आवश्यकता भी हो सकती है, ताकि यह दिखाया जा सके कि आपका अधिकार सक्रिय है।

यदि आप इस बात की जांच करना चाहते/ती हैं कि My Aged Care को आपका फॉर्म प्राप्त हो गया है, तो कॉल करने से पहले कृपया प्रतीक्षा करें (अपलोड करने पर दो कार्यदिवस, डाक से भेजने पर छह कार्यदिवस)।

My Aged Care के पास जमा करने के बाद अगले कदम

जब My Aged Care को आपका पूरा भरा फॉर्म मिल जाता है, तो वे आवश्यकतानुसार आपको और आपके संभावित समर्थक दोनों को My Aged Care के साथ रजिस्टर कर सकते हैं, और यदि उन्हें समर्थक संबंध को रजिस्टर करने के उद्देश्य से आपके अनुरोध को आगे बढ़ाने के लिए अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता पड़ती है, तो वे आप दोनों में से किसी एक से संपर्क भी कर सकते हैं।

एक बार जब आपके समर्थक संबंध को रजिस्टर कर दिया जाता है, तो आपका रजिस्टर्ड समर्थक आपकी वृद्ध देखभाल सेवाओं और आवश्यकताओं के बारे में My Aged Care से **1800 200 422** पर संपर्क कर सकता है, जिसमें कोई आकलन भी शामिल है। आपका रजिस्टर्ड समर्थक केवल आपकी इच्छा और प्राथमिकताओं के अनुरूप ही कार्य कर सकता है।

PART A - Aged Care Client Details (Your details)

[भाग A - वृद्ध देखभाल सेवार्थी विवरण (आपका विवरण)]

आपको तारे (*) से चिह्नित सभी रिक्तियों को पूरा करने की आवश्यकता है

Title (select one):* [संबोधन (एक का चयन करें):*] Mr [श्री] Mrs [श्रीमती] Miss [मिस] Ms [सुश्री] Dr [डॉ] Other [अन्य]	Date of Birth* [जन्म तिथि*]	Phone Number* [फ़ोन नंबर*]
Last name* [पारिवारिक नाम*]	Home Address Line 1* [घर का पता लाइन 1*]	
First name* [प्रथम नाम*]	Home Address Line 2 [घर का पता लाइन 2]	
Middle name [मध्य नाम]	State/Territory* [राज्य/राज्य-क्षेत्र*]	Postcode* [पोस्ट कोड*]
Preferred name [पसंदीदा नाम]	Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [मेडिकेयर कार्ड # (व्यक्तिगत संदर्भ संख्या सहित) या डीवीए कार्ड #]	
Gender (select one):* [लिंग (एक का चयन करें):*] Male [पुरुष] Female [महिला] Indeterminate/Intersex/Unspecified [अनिश्चित/अंतर्लिंगी/अनिर्दिष्ट] Not Specified [बताया नहीं गया]	Aged Care (AC) ID (if known) [वृद्ध देखभाल (एसी) आईडी (यदि ज्ञात हो)]	

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

आपके प्रस्तावित समर्थक संबंध का सबसे अच्छा वर्णन क्या है (एक का चयन करें)?*

Registered supporter, where you and the registered supporter are consenting to the relationship
[रजिस्टर्ड समर्थक, जहाँ आप और रजिस्टर्ड समर्थक संबंध के लिए सहमति दे रहे हैं]

Registered supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority for you
[रजिस्टर्ड समर्थक, जो आपके लिए सक्रिय, कानूनी अधिकार के साथ नियुक्त निर्णयकर्ता भी है]

भाग B और भाग C पूरा करें। यदि आपके संभावित समर्थक किसी हित के संघर्ष की घोषणा करना चाहते हैं, तो भाग E पूरा करें

भाग B और भाग D पूरा करें। यदि आपके संभावित समर्थक किसी हित के संघर्ष की घोषणा करना चाहते हैं, तो भाग E पूरा करें

PART B - Prospective Supporter's Details

[भाग B - संभावित समर्थक का विवरण]

आपको तारे (*) से चिह्नित सभी रिक्तियों को पूरा करने की आवश्यकता है

Title (select one):* [संबोधन (एक का चयन करें):*] Mr [श्री] Mrs [श्रीमती] Miss [मिस] Ms [सुश्री] Dr [डॉ] Other [अन्य]	Date of Birth* [जन्म तिथि*]	Phone Number* [फ़ोन नंबर*]
Last name* [पारिवारिक नाम*]	Home Address Line 1* [घर का पता लाइन 1*]	
First name* [प्रथम नाम*]	Home Address Line 2 [घर का पता लाइन 2]	
Middle name [मध्य नाम]	State/Territory* [राज्य/राज्य-क्षेत्र*]	Postcode* [पोस्ट कोड*]
Preferred name [पसंदीदा नाम]	Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [मेडिकेयर कार्ड # (व्यक्तिगत संदर्भ संख्या सहित) या डीवीए कार्ड #]	
Gender (select one):* [लिंग (एक का चयन करें):*] Male [पुरुष] Female [महिला] Indeterminate/Intersex/Unspecified [अनिश्चित/अंतर्लिंगी/अनिर्दिष्ट] Not Specified [बताया नहीं गया]	Prospective Supporter's relationship to Client (select one) [संभावित समर्थक का सेवार्थी के साथ संबंध (एक का चयन करें)] Child [बच्चा/बच्ची] Parent [माता-पिता] Spouse/Partner [पति या पत्नी/जीवनसाथी] Neighbour [पड़ोसी] Friend [मित्र] Other [अन्य]	

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [भाग C - आपकी और संभावित समर्थक की सहमति से समर्थक को रजिस्टर करना]

यदि आप सेवार्थी की ओर से कानूनी निर्णय लेने के अधिकार पर निर्भरता के बिना एक समर्थक को रजिस्टर कर रहे/ही हैं, तो कृपया सभी रिक्तियों को पूरा करें

सेवार्थी द्वारा पूरा किया जाए

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [वृद्ध देखभाल सेवार्थी के सहमति संबंध और घोषणा को दर्ज करने के लिए]

मैं इस फॉर्म में नामित व्यक्ति को Aged Care Act 2024 के तहत अपने समर्थक के रूप में रजिस्टर करने के लिए सहमति देता/ती हूँ। मैं यह समझता/ती हूँ कि मेरा समर्थक मेरी इच्छा और प्राथमिकताओं के अनुरूप जानकारी और दस्तावेजों के लिए अनुरोध कर सकता है, उन्हें एक्सेस कर सकता है और उन्हें प्राप्त कर सकता है, तथा जानकारी का संचार कर सकता है, ताकि मुझे Aged Care Act 2024 (साधन परीक्षण के प्रयोजनों के अतिरिक्त) के तहत या इसके उद्देश्यों के लिए मुझे कुछ करने में समर्थन दिया जा सके। मैं विभाग को सहमति देता/ती हूँ कि वे मेरे समर्थक से मेरी व्यक्तिगत जानकारी को एकत्र कर सकते हैं और वृद्ध देखभाल उद्देश्यों के लिए इसका उपयोग कर सकते हैं। मैं समझता/ती हूँ कि यदि मेरे समर्थक को उनकी इस क्षमता में कोई जानकारी या दस्तावेज प्राप्त होते हैं, तो यह संभव है कि मेरे समर्थक पर Australian Privacy Principles लागू न हों।

Yes [हाँ]

No [नहीं]

Consent to sharing information with your supporter [अपने समर्थक के साथ जानकारी साझा करने के लिए सहमति]

मैं सहमति देता/ती हूँ कि Aged Care Act 2024 के तहत मुझे जो भी जानकारी या दस्तावेज दिए जा सकते हैं या दिए जाने की आवश्यकता है, उन्हें मेरे समर्थक को भी दिया जाए। मैं समझता/ती हूँ कि My Aged Care में मेरे सेवार्थी रिकॉर्ड में मौजूद ऐतिहासिक जानकारी और दस्तावेज भी इसमें शामिल होंगे।

Yes [हाँ]

No [नहीं]

I declare that:

[मैं घोषणा करता/ती हूँ कि:]

- मैं स्वेच्छा से एक समर्थक को रजिस्टर कर रहा/ही हूँ।
- My Aged Care को मैं जो भी जानकारी प्रदान करता/ती हूँ, वह सटीक, संपूर्ण और सही है।

I understand and have read:

[मैंने इन्हें समझा और पढ़ लिया है:]

- रजिस्टर्ड समर्थक के कर्तव्य, जिनकी रूपरेखा इस फॉर्म के पृष्ठ 7 पर दी गई है।
- My Aged Care में रजिस्ट्रेशन करने के नियम और शर्तें, जिनकी रूपरेखा इस फॉर्म के पृष्ठ 7 पर दी गई है।

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

[संबंध कब शुरू होगा (दिन/माह/वर्ष)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [यह संबंध कब समाप्त होगा (दिन/माह/वर्ष, या अगर कोई समाप्ति तिथि नहीं है तो खाली छोड़ दें)?]

Aged Care Client's full name [वृद्ध देखभाल सेवार्थी का पूरा नाम]

Aged Care Client's signature [वृद्ध देखभाल सेवार्थी के हस्ताक्षर]

Date signed [हस्ताक्षर की तिथि]

समर्थक द्वारा पूरा किया जाए

Supporter's consent and Declaration [समर्थक की सहमति और घोषणा]

मैं Aged Care Act 2024 के तहत इस फॉर्म में नामित सेवार्थी के लिए एक समर्थक के रूप में रजिस्टर होने की सहमति देता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि मैं जानकारी और दस्तावेजों का अनुरोध, एक्सेस और प्राप्ति कर सकता/ती हूँ तथा सेवार्थी की इच्छा और प्राथमिकताओं के अनुरूप Aged Care Act 2024 के तहत या इसके प्रयोजनों के लिए सेवार्थी को कुछ करने में सहायता देने के लिए इस जानकारी का संचार कर सकता/ती हूँ (साधन परीक्षण के प्रयोजनों के अतिरिक्त)। मैं सेवार्थी के समर्थक के रूप में विभाग को सेवार्थी और सेवार्थी के लिए रजिस्टर किए गए किसी भी अन्य समर्थक के समक्ष अपना नाम, संपर्क विवरण, भूमिका और पदस्थिति का (वर्तमान, निलंबित या रह के रूप में) खुलासा करने की सहमति देता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि यदि सेवार्थी या किसी अन्य समर्थक को मेरी व्यक्तिगत जानकारी वाली कोई सूचना या दस्तावेज प्राप्त होता है, तो संभावित रूप से उनपर Australian Privacy Principles लागू नहीं हो सकते हैं। मैं स्वीकार करता/ती हूँ कि मुझे एक समर्थक के रूप में Aged Care Act 2024 द्वारा मेरे लिए नियत किए गए कर्तव्यों का पालन करने की आवश्यकता है, जिसमें सेवार्थी के गोपनीयता अधिकार का सम्मान और उनकी व्यक्तिगत जानकारी का संरक्षण करना शामिल है। यदि मेरी परिस्थितियों में इस तरह का कोई बदलाव होता है, जो एक समर्थक के रूप में मेरी कार्य करने की योग्यता या क्षमता को प्रभावित करता है, तो मैं My Aged Care से संपर्क करूंगा/गी।

Yes [हाँ]

No [नहीं]

Conflict of Interest [हितों का संघर्ष]

यदि इस फॉर्म में नामित सेवार्थी के समर्थक के रूप में कार्य करते समय आपके लिए हितों का संघर्ष (वास्तविक, संभावित या कथित) पैदा होता है, तो कृपया भाग E में दिए गए हितों के संघर्ष की घोषणा पूरी करें, जिसमें यह भी शामिल है कि इस संघर्ष से कैसे बचा जाएगा या इसका प्रबंधन कैसे किया जाएगा। संभावित समर्थकों को इस फॉर्म में नामित सेवार्थी के साथ, जिसे वे समर्थन देना चाहते/ती हैं, किसी भी हितों के संघर्ष के बारे में चर्चा करनी चाहिए, जिसमें यह भी शामिल है कि इस संघर्ष से कैसे बचा जाएगा या इसका प्रबंधन कैसे किया जाएगा। हितों का संघर्ष क्या होता है, इस बारे में और अधिक जानकारी के लिए कृपया यहाँ जाएँ: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

इस फॉर्म में नामित सेवार्थी के लिए एक समर्थक के रूप में कार्य करते समय मेरे लिए हितों का संघर्ष (वास्तविक, संभावित या कथित) मौजूद है।

Yes (provide details in Part E) [हाँ (भाग E में विवरण प्रदान करें)]

No (do not fill in PART E) [नहीं (भाग E पूरा न करें)]

I declare that: [मैं यह घोषणा करता/ती हूँ कि:]

- मैं स्वेच्छा से एक समर्थक को रजिस्टर कर रहा/ही हूँ।
- My Aged Care को मैं जो भी जानकारी प्रदान करता/ती हूँ, वह सटीक, संपूर्ण और सही है।

I understand and have read: [मैंने यह समझा और पढ़ लिया है:]

- रजिस्टर्ड समर्थक के कर्तव्य, जिनकी रूपरेखा इस फॉर्म के पृष्ठ 7 पर दी गई है।
- My Aged Care में रजिस्ट्रेशन करने के नियम और शर्तें, जिनकी रूपरेखा इस फॉर्म के पृष्ठ 7 पर दी गई है।

Prospective supporter's full name

[संभावित समर्थक का पूरा नाम]

Prospective supporter's signature

[संभावित समर्थक के हस्ताक्षर]

Date signed [हस्ताक्षर की तिथि]

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [भाग D - समर्थक को रजिस्टर करना, जो सक्रिय, कानूनी अधिकार के साथ नियुक्त किया गया एक निर्णयकर्ता भी है]

यदि आपके पास सेवार्थी की ओर से कार्य करने का कानूनी अधिकार है, जिसे Aged Care Act 2024 (Cth) के तहत मान्यता दी गई है, तो कृपया सभी रिक्विरेड जानकारी भरें।

Supporter's consent and Declaration

[समर्थक की सहमति और घोषणा]

मैं पुष्टि करता/ती हूँ कि मैं इस फॉर्म में नामित सेवार्थी के लिए कानूनी रूप से नियुक्त निर्णयकर्ता हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि सेवार्थी की ओर से कार्य करते समय मेरी नियुक्ति का कानूनी अधिकार सक्रिय होना अनिवार्य है और मुझे उस नियुक्ति के लिए राष्ट्रमंडल, राज्य या राज्य-क्षेत्र की व्यवस्था के अनुरूप कार्य करना होगा, जिसमें मेरे निर्णय लेने के अधिकार के दायरे में आने वाले कार्य भी शामिल हैं।

मैं Aged Care Act 2024 के तहत सेवार्थी के लिए एक समर्थक के रूप में रजिस्टर होने की सहमति देता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि मैं जानकारी और दस्तावेजों का अनुरोध, एक्सेस और प्राप्ति कर सकता/ती हूँ तथा सेवार्थी की इच्छा और प्राथमिकताओं के अनुरूप Aged Care Act 2024 के तहत या इसके प्रयोजनों के लिए सेवार्थी को कुछ करने में सहायता देने के लिए इस जानकारी का संचार कर सकता/ती हूँ (साधन परीक्षण के प्रयोजनों के अतिरिक्त)।

मैं सेवार्थी के समर्थक के रूप में विभाग को सेवार्थी और सेवार्थी के लिए रजिस्टर किए गए किसी भी अन्य समर्थक के समक्ष अपना नाम, संपर्क विवरण, भूमिका और पदस्थिति का (वर्तमान, निलंबित या रद्द के रूप में) खुलासा करने की सहमति देता/ती हूँ।

मैं समझता/ती हूँ कि यदि सेवार्थी या किसी अन्य समर्थक को मेरी व्यक्तिगत जानकारी वाली कोई सूचना या दस्तावेज प्राप्त होता है, तो संभावित रूप से उनपर Australian Privacy Principles लागू नहीं हो सकते हैं।

मैं स्वीकार करता/ती हूँ कि मुझे एक समर्थक के रूप में Aged Care Act 2024 द्वारा मेरे लिए नियत किए गए कर्तव्यों का पालन करने की आवश्यकता है, जिसमें सेवार्थी के गोपनीयता अधिकार का सम्मान और उनकी व्यक्तिगत जानकारी का संरक्षण करना शामिल है। यदि मेरी परिस्थितियों में इस तरह का कोई बदलाव होता है, जो एक समर्थक के रूप में मेरी कार्य करने की योग्यता या क्षमता को प्रभावित करता है, तो मैं My Aged Care से गैर कर्तव्य/गोपनीयता

Yes [हाँ]

No [नहीं]

Supporting Documents

[सहायक दस्तावेज]

यह दिखाने के लिए कि आपका अधिकार सक्रिय है, अपने कानूनी दस्तावेज की एक प्रति और आवश्यकतानुसार सेवार्थी के बारे में चिकित्सीय प्रमाण संलग्न करें।

सक्रिय, नियुक्त निर्णयकर्ताओं के बारे में और अधिक जानकारी के लिए कृपया My Aged Care वेबसाइट पर जाएँ: <https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

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

[संबंध कब शुरू होगा (दिन/माह/वर्ष)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [यह संबंध कब समाप्त होगा (दिन/माह/वर्ष, या अगर कोई समाप्ति तिथि नहीं है तो खाली छोड़ दें)?]

Conflict of Interest

[हितों का संघर्ष]

यदि इस फॉर्म में नामित सेवार्थी के समर्थक के रूप में कार्य करते समय आपके लिए हितों का संघर्ष (वास्तविक, संभावित या कथित) पैदा होता है, तो कृपया भाग E में दिए गए हितों के संघर्ष की घोषणा पूरी करें, जिसमें यह भी शामिल है कि इस संघर्ष से कैसे बचा जाएगा या इसका प्रबंधन कैसे किया जाएगा।

संभावित समर्थकों को इस फॉर्म में नामित सेवार्थी के साथ, जिसे वे समर्थन देना चाहते/ती हैं, किसी भी हितों के संघर्ष के बारे में चर्चा करनी चाहिए, जिसमें यह भी शामिल है कि इस संघर्ष से कैसे बचा जाएगा या इसका प्रबंधन कैसे किया जाएगा।

हितों का संघर्ष क्या होता है, इस बारे में और अधिक जानकारी के लिए कृपया यहाँ जाएँ:

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

इस फॉर्म में नामित सेवार्थी के लिए एक समर्थक के रूप में कार्य करते समय मेरे लिए हितों का संघर्ष (वास्तविक, संभावित या कथित) मौजूद है।

Yes (provide details in Part E) [हाँ (भाग E में विवरण प्रदान करें)]

No (do not fill in PART E) [नहीं (भाग E पूरा न करें)]

I declare that:

[मैं घोषणा करता/ती हूँ कि:]

- मैं स्वेच्छा से एक समर्थक को रजिस्टर कर रहा/ही हूँ।
- My Aged Care को मैं जो भी जानकारी प्रदान करता/ती हूँ, वह सटीक, संपूर्ण और सही है।

I understand and have read:

[मैंने इन्हें समझ और पढ़ लिया है:]

- रजिस्टर्ड समर्थक के कर्तव्य, जिनकी रूपरेखा इस फॉर्म के पृष्ठ 7 पर दी गई है।
- My Aged Care में रजिस्ट्रेशन करने के नियम और शर्तें, जिनकी रूपरेखा इस फॉर्म के पृष्ठ 7 पर दी गई है।

Prospective supporter's full name

[संभावित समर्थक का पूरा नाम]

Prospective supporter's signature

[संभावित समर्थक के हस्ताक्षर]

Date signed [हस्ताक्षर की तिथि]

PART E - Conflict of Interest Declaration

[भाग E - हितों के संघर्ष की घोषणा]

हितों का संघर्ष

यदि इस फॉर्म में नामित सेवार्थी के लिए रजिस्टर्ड समर्थक के रूप में कार्य करते समय आपके लिए हितों का संघर्ष (वास्तविक, संभावित या कथित) पैदा होता है, तो कृपया नीचे बताएँ, जिसमें यह भी शामिल है कि इस संघर्ष से कैसे बचा जाएगा या इसका प्रबंधन कैसे किया जाएगा। संभावित समर्थकों को इस फॉर्म में नामित सेवार्थी के साथ, जिसे वे समर्थन देना चाहते/ती हैं, किसी भी हितों के संघर्ष के बारे में चर्चा करनी चाहिए, जिसमें यह भी शामिल है कि इस संघर्ष से कैसे बचा जाएगा या इसका प्रबंधन कैसे किया जाएगा।

हितों का संघर्ष क्या होता है, इस बारे में और अधिक जानकारी के लिए कृपया यहाँ जाएँ: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>
क्या आप पहले से ही एक रजिस्टर्ड समर्थक हैं?

यदि आप पहले से ही एक समर्थक के रूप में रजिस्टर्ड हैं और आप अपने मौजूदा संबंध से जुड़े हितों के संघर्ष की घोषणा कर रहे/ही हैं, तो कृपया नीचे दिए गए पहचान विवरण भी प्रदान करें। यदि आप पहले से ही रजिस्टर्ड हैं, तो आप यहाँ उपलब्ध Registered Supporters in Aged Care वेबपेज पर ऑनलाइन सबमिशन फॉर्म के माध्यम से System Governor के लिए भाग E जमा कर सकते/ती हैं: <https://www.health.gov.au/our-work/aged-care-act/about/registered-supporters-in-aged-care>

Aged Care Client's Details [वृद्ध देखभाल सेवार्थी का विवरण]

Last name [पारिवारिक नाम]

First name [प्रथम नाम]

Date of Birth [जन्म तिथि]

Aged Care (AC) ID (if known) [वृद्ध देखभाल (एसी) आईडी (यदि ज्ञात हो)]

Supporter's Details [समर्थक का विवरण]

Last name [पारिवारिक नाम]

First name [प्रथम नाम]

Date of Birth [जन्म तिथि]

Aged Care (AC) ID (if known) [वृद्ध देखभाल (एसी) आईडी (यदि ज्ञात हो)]

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

[संघर्ष/षों का विवरण, जिसमें इसका प्रबंधन करने या इससे बचने के लिए आपकी प्रस्तावित कार्यनीतियाँ शामिल हैं:]

(कृपया इसे अंग्रेजी में प्रदान करें, या अनुवादक की उपस्थिति में यह घोषणा करने के लिए My Aged Care संपर्क केंद्र को कॉल करें)

Prospective/Registered Supporter to complete: [संभावित/रजिस्टर्ड समर्थक द्वारा पूरा किया जाए:]

I agree that: [मैं सहमति देता/ती हूँ कि:]

इस फॉर्म में नामित सेवार्थी, या उनके सक्रिय, नियुक्त किए गए निर्णयकर्ता के साथ मेरे हितों के संघर्ष को साझा करने की आवश्यकता भी हो सकती है।

Prospective Supporter or Supporter's Signature

[संभावित समर्थक या समर्थक के हस्ताक्षर]

Date Signed

[हस्ताक्षर की तिथि]

My Aged Care और Department of Health, Disability and Ageing आपकी व्यक्तिगत जानकारी को एकत्र करते हैं, ताकि आपके या आपके द्वारा समर्थित किसी व्यक्ति के लिए वृद्ध देखभाल या संबंधित सेवाओं को एक्सेस कर पाना सक्षम हो सके। कृपया My Aged Care वेबसाइट पर इस बारे में हमारी गोपनीयता सूचनाएँ पढ़ें कि हम आपकी व्यक्तिगत जानकारी के साथ व्यवहार कैसे करते हैं: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Aged Care Act 2024 के तहत रजिस्टर्ड समर्थक के कर्तव्य]

अधिनियम के तहत सभी रजिस्टर्ड समर्थकों के लिए कर्तव्य नियत हैं, जिनका उन्हें अनुपालन करना आवश्यक है। इन कर्तव्यों को निभाते समय रजिस्टर्ड समर्थकों को ईमानदारी, लगन और अच्छे विश्वास से कार्य करना होगा। इन कर्तव्यों का उद्देश्य वृद्धजन की सुरक्षा, अधिकारों और इच्छा और वरीयताओं को बढ़ावा देना है।

रजिस्टर्ड समर्थकों के लिए आवश्यक है कि वे:

- इस तरह से कार्य करें, जो उनसे समर्थन प्राप्त करने वाले वृद्धजन की इच्छा और वरीयताओं, तथा व्यक्तिगत, सांस्कृतिक और सामाजिक सकुशलता को बढ़ावा देता है।
- वृद्धजन को केवल आवश्यक सीमा तक ही समर्थन दें, ताकि वृद्धजन अपने निर्णय स्वयं ले सकें।
- वृद्धजन की अपने निर्णय स्वयं लेने की क्षमता को बरकरार रखने के लिए अपने सर्वोत्तम प्रयास करें।
- एक समर्थक के रूप में (वास्तविक, संभावित या कथित) अपनी भूमिका में हितों के किसी भी संघर्ष से बचें या उनका प्रबंधन करें, और यदि संघर्ष पैदा होते हैं तो System Governor को इनके बारे में सूचित करें।

इसके अतिरिक्त, रजिस्टर्ड समर्थक को ऐसी किसी भी परिस्थिति के बारे में System Governor को सूचित करना आवश्यक होगा, जो निम्नलिखित करने की उनकी क्षमता को प्रभावित करेगी या कर सकती है:

- रजिस्टर्ड समर्थक के रूप में कार्य करना
- System Governor द्वारा उनके लिए नियत किए गए किसी भी कर्तव्य या आवश्यकताओं या अधिसूचनाओं का पालन करना, या
- System Governor द्वारा उनसे संपर्क किया जाना।

रजिस्टर्ड समर्थक द्वारा अपनी इस क्षमता में निवेदित, प्राप्त या संचरित की जाने वाली किसी भी जानकारी का दुरुपयोग नहीं किया जा सकता है।

कुछ रजिस्टर्ड समर्थकों के पास संरक्षकता, स्थायी पावर ऑफ अटॉर्नी या इसी तरह के कानूनी अधिकार भी होते हैं। इन लोगों को वृद्धजन की ओर से निर्णय लेने के लिए नियुक्त किया जाता है और वे राष्ट्रमंडल, राज्य या राज्य-क्षेत्र की व्यवस्थाओं के तहत वृद्धजन की ओर से निर्णय ले सकते हैं। नियुक्त किया गया कोई भी निर्णयकर्ता केवल अपने सक्रिय, कानूनी अधिकार के अनुरूप ही वृद्धजन की ओर से निर्णय ले सकता है।

Terms and Conditions of My Aged Care [My Aged Care के नियम और शर्तें]

सामान्य (सभी पक्ष)

मैं यह समझता/ती हूँ कि:

- यदि मेरे लिए या दूसरे पक्ष के लिए पहले से ही My Aged Care रिकॉर्ड मौजूद नहीं है, तो एक रजिस्टर्ड समर्थक बनने या रखने के इस निवेदन से समर्थक संबंध के पक्षों के लिए यह रिकॉर्ड बनाया जाएगा। यदि समर्थक संबंध को रजिस्टर किया जाता है, तो यह Aged Care Act 2024 (Cth) के अंतर्गत आएगा।
- मुझे अपने पते व संपर्क विवरण में किसी भी परिवर्तन के बारे में, और मुझे समर्थन देने के लिए जो व्यक्ति रजिस्ट्रेशन कर रहा है या जिस व्यक्ति को समर्थन देने के लिए मैं रजिस्ट्रेशन कर रहा/हूँ, उनकी परिस्थितियों में परिवर्तन के बारे में My Aged Care को सूचित करने की आवश्यकता होगी।
- गलत या भ्रामक जानकारी देना एक गंभीर अपराध है।
- मैं किसी भी समय My Aged Care को 1800 200 422 पर कॉल करके, अपने ऑनलाइन खाते के माध्यम से या किसी Aged Care Specialist Officer या आकलनकर्ता के साथ इस रजिस्ट्रेशन को रद्द करने का निवेदन कर सकता/ती हूँ।

सेवार्थी

मैं समझता/ती हूँ कि My Aged Care यह कर सकती है:

- मेरे रजिस्टर्ड समर्थक से मेरे बारे में जानकारी एकत्र करना।
- मेरे रजिस्टर्ड समर्थक को जानकारी या दस्तावेज प्रदान करना, जिसमें My Aged Care में मेरी प्रगति भी शामिल है।
- मेरे रजिस्टर्ड समर्थक द्वारा मुझे संचरित की गई जानकारी के उत्तर में कारवाई करना।

My Aged Care मेरी जानी-मानी इच्छा और पसंद के हिसाब से या कानून के तहत मंजूरी मिलने पर ऊपर बताया गया काम कर सकता है।

रजिस्टर्ड समर्थक

मैं यह समझता/ती हूँ कि:

- मुझे My Aged Care से प्राप्त होने वाली किसी भी जानकारी को गोपनीय रखने की आवश्यकता है, और मैं जिस सेवार्थी को समर्थन देने के लिए रजिस्ट्रेशन कर रहा/हूँ, उनकी अनुमति के बिना इस जानकारी को किसी भी अनधिकृत व्यक्ति द्वारा इस्तेमाल या उसके समक्ष प्रकट नहीं किया जाएगा, जब तक कि इस तरह का उपयोग या प्रकटीकरण कानून द्वारा अन्यायपूर्ण अधिकृत न हो।
- मैं एक रजिस्टर्ड समर्थक के रूप में जो भी कार्य करता/ती हूँ, वह मुझसे समर्थन प्राप्त करने वाले व्यक्ति की इच्छा और प्राथमिकताओं के अनुरूप होगा।
- My Aged Care द्वारा मेरी व्यक्तिगत जानकारी को एकत्र किया जाता है और इसे किसी भी आकलनकर्ताओं, सेवा प्रदाताओं, संगठनों, चिकित्सा पेशेवरों, Aged Care Quality and Safety Commission [वृद्ध देखभाल गुणवत्ता एवं सुरक्षा आयोग] और ऐसे अन्य रजिस्टर्ड समर्थकों के साथ साझा किया जा सकता है, जो मुझसे समर्थन प्राप्त करने वाले व्यक्ति को समर्थन देते हैं।
- मेरे नाम और टेलीफोन नंबर को अन्य सभी रजिस्टर्ड समर्थकों और संगठनों के साथ साझा किया जाएगा, ताकि मुझे उस व्यक्ति की सहायता करने की क्षमता मिल सके जिसे मैं समर्थन देता/ती हूँ।
- मुझे प्राथमिक संपर्क के रूप में नामित किए जाने पर मैं उस व्यक्ति के लिए My Aged Care द्वारा टेलीफोन संपर्क का सर्वप्रथम बिंदु बन जाता/ती हूँ, जिसे समर्थन देने के लिए मैं रजिस्टर्ड हूँ।