

My Aged Care Registration of a Supporter Form [Formulir Pendaftaran Pendamping (supporter)] Indonesian – Bahasa Indonesia

	Kapan formulir ini digunakan		Melindungi Anda dan informasi Anda		Informasi lebih lanjut
	Formulir ini digunakan untuk mendaftarkan pendamping (supporter) yang akan membantu Anda mencari dan mengakses layanan perawatan lansia, termasuk My Aged Care. Jika Anda ingin mengakses layanan perawatan lansia yang disubsidi pemerintah, Anda perlu mendaftarkan diri ke My Aged Care. Caranya dengan menghubungi My Aged Care sendiri atau minta bantuan orang lain untuk hubungi My Aged Care bersama Anda. Anda juga dapat mendaftar secara online sebagai bagian dari proses permohonan proses asesmen/penilaian di: https://myagedcare.gov.au/registering-supporter Formulir ini dapat digunakan untuk mendaftarkan seorang pendamping (supporter) untuk membantu Anda membuat dan menyampaikan keputusan terkait perawatan lansia, termasuk meminta dan mengakses informasi Anda. Tugas pendamping (supporter) tidak mencakup penilaian kemampuan finansial (means testing), atau bertugas menjadi perwakilan atau orang yang ditunjuk (nominee) untuk berurusan dengan lembaga pemerintah Australia lainnya.		Informasi pribadi Anda, dan pendamping (supporter) terdaftar Anda, dilindungi oleh hukum, termasuk <i>Privacy Act 1988 (Cth)</i> [Undang-Undang Privasi 1988] dan Australian Privacy Principles [Prinsip Privasi Australia]. Informasi pribadi Anda akan disimpan oleh My Aged Care dan Department of Health, Disability and Ageing [Departemen Kesehatan, Disabilitas, dan Penuaan] untuk penyediaan akses ke layanan perawatan lansia atau layanan terkait untuk Anda atau seseorang yang Anda dampingi. Harap baca informasi lebih lanjut tentang cara kami menangani informasi pribadi Anda di situs web My Aged Care: https://www.myagedcare.gov.au/privacy Informasi pribadi Anda mungkin akan dikumpulkan oleh penyedia layanan perawatan lansia yang didanai oleh Pemerintah Australia dan organisasi asesmen/penilaian untuk penilaian dan penyediaan layanan perawatan lansia.		Bicara lah dengan seseorang dari My Aged Care jika ingin berdiskusi tentang formulir ini: • Hubungi My Aged Care di 1800 200 422 dari Senin hingga Jumat, antara pukul 8:00 pagi hingga 8:00 malam, dan Sabtu, antara pukul 10:00 pagi hingga 2:00 siang. • Secara langsung dengan Aged Care Specialist Officer (ACSO) [Petugas Spesialis Perawatan Lansia]. Buatlah janji dengan menelepon 1800 227 475 pada hari kerja dari pukul 08.00-20.00. Informasi lebih lanjut tentang lokasi ACSO terbaru tersedia di situs web Services Australia. Informasi lebih lanjut juga tersedia di situs web My Aged Care: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter

Apa pengertian Pendamping (Supporter) Terdaftar di My Aged Care?

Pendamping terdaftar berperan membantu warga lansia untuk membuat dan menyampaikan keputusan warga lansia itu sendiri tentang perawatan lansia. Termasuk dalam mengakses My Aged Care dan keputusan perawatan lansia harian lainnya. Pendamping terdaftar dapat meminta, mengakses, dan menerima informasi tentang seorang warga lansia. Mereka juga dapat mewakili warga lansia dalam menyampaikan informasi, sesuai dengan keinginan dan pilihan warga lansia tersebut.

Beberapa pendamping terdaftar juga memiliki hak perwalian (guardian), kuasa hukum yang berkelanjutan, atau kewenangan hukum serupa. Para pendamping seperti itu ditunjuk sebagai pembuat keputusan bagi warga lansia terkait dan dapat membuat keputusan atas nama warga lansia itu sebagaimana yang diatur oleh negara (Persemakmuran), negara bagian, atau teritori. Seorang pembuat keputusan yang telah ditunjuk hanya dapat membuat keputusan atas nama warga lansia terkait sesuai dengan wewenang hukumnya yang sedang berlaku.

Pembuat keputusan tersebut mungkin memiliki wewenang pembuatan keputusan hukum yang diakui sesuai *Aged Care Act 2024 (Cth)* [Undang-Undang Perawatan Lansia 2024] di bawah:

- enduring power of attorney [kuasa hukum yang berkelanjutan]
- perwalian berkesinambungan
- arahan kesehatan tingkat lanjut, jika arahan tersebut memberikan wewenang pembuatan keputusan berkesinambungan
- Rencana Pribadi Lanjutan (di Northern Territory)
- pengaturan terkait praktik pembatasan pembuatan keputusan pengganti di bawah hukum Persemakmuran, Negara Bagian, atau Teritori, atau
- perintah penunjukan yang memberikan wewenang pembuatan keputusan dari pengadilan, tribunal, dewan, atau panel, yang dibuat berdasarkan hukum Persemakmuran, Negara Bagian, atau Teritori.

Menjadi seorang pendamping terdaftar bukan berarti berwenang membuat keputusan bagi seorang warga lansia. Peran pendamping terdaftar adalah mendukung warga lansia untuk membuat keputusannya sendiri.

Cara mengisi formulir ini

Anda dapat mengisi formulir ini di komputer Anda, atau mencetak dan menandatangani.

BAGIAN A – data diri Anda (klien).

BAGIAN B – data diri calon pendamping.

BAGIAN C atau D – rincian hubungan, persetujuan Anda (klien) dan persetujuan calon pendamping terhadap hubungan tersebut. Isi salah satu bagian C atau D saja, sesuai dengan hubungan apa yang akan dibuat.

BAGIAN E – Pernyataan Konflik Kepentingan harus diisi oleh calon pendamping, sesuai dengan hasil berkonsultasi dengan Anda (klien).

Cara mengirimkan formulir ini

Setelah mengisi dan menandatangani formulir sesuai petunjuk di atas, kirimkan ke My Aged Care menggunakan salah satu cara berikut:

1. Unggah ke Akun Online Anda (informasi lebih lanjut tentang cara mengakses Akun Online Anda tersedia di situs web My Aged Care di: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) atau
2. Kirim salinan digitalnya melalui formulir online My Aged Care yang tersedia di: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> atau
3. Lewat pos ke: My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216 atau
4. Secara langsung dengan mengunjungi pusat Services Australia di mana Petugas Layanan Umum dapat membantu Anda menyerahkan dokumen ke My Aged Care atau membuat janji temu dengan Aged Care Specialist Officer yang dapat mengunggah dokumen ke My Aged Care. Anda dapat menghubungi Services Australia di 1800 227 475 untuk menjadwalkan pertemuan tatap muka atau
5. Secara langsung dengan penilai, jika Anda (klien) atau calon pendamping sudah mendapat jadwal asesmen/penilaian dalam waktu dekat.

Bagi calon pendamping yang juga ditunjuk sebagai pembuat keputusan, harap pastikan Anda telah melampirkan bukti kewenangan hukum Anda yang sah dan masih berlaku untuk membuat keputusan bagi klien sebelum mengembalikan formulir ini. Bukti tersebut mungkin merupakan dokumen hukum. Bukti medis tentang klien mungkin juga diperlukan untuk menunjukkan bahwa kewenangan Anda masih berlaku.

Jika Anda ingin memeriksa apakah My Aged Care telah menerima formulir Anda, harap tunggu sebelum menelepon (dua hari kerja untuk pengunggahan, enam hari kerja untuk pengiriman surat).

Langkah Selanjutnya setelah dimasukkan ke My Aged Care

Setelah My Aged Care menerima formulir lengkap Anda, mereka dapat mendaftarkan Anda dan calon pendamping Anda ke My Aged Care jika diperlukan, dan menghubungi salah satu dari Anda jika mereka memerlukan informasi tambahan untuk memproses permintaan Anda untuk mendaftarkan hubungan Anda dengan pendamping.

Setelah hubungan dengan pendamping tersebut terdaftar, pendamping terdaftar Anda dapat menghubungi My Aged Care di **1800 200 422** untuk layanan dan kebutuhan perawatan lansia Anda, termasuk semua jenis penilaian yang ada. Pendamping terdaftar Anda hanya dapat bertindak sesuai dengan keinginan dan pilihan Anda.

PART A - Aged Care Client Details (Your details)

[BAGIAN A - Data diri Klien Perawatan Lansia (Data diri Anda)]

Anda harus mengisi semua kolom yang bertanda bintang (*)

Title (select one):* [Gelar (pilih salah satu):*]

Mr [Tuan] Mrs [Nyonya] Miss [Nona] Ms [Sdri]
Dr [Dr] Other [Lainnya]

Last name* [Nama belakang*]

First name* [Nama depan*]

Middle name [Nama tengah]

Preferred name [Nama Pilihan]

Gender (select one)* [Jenis Kelamin (pilih salah satu):*]

Male [Laki-laki] Female [Perempuan]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Tidak dapat ditentukan/Interseks/Tidak ditentukan]
Not Specified [Tidak ditentukan]

Date of Birth*
[Tanggal lahir*]

Phone Number*
[Nomor Telepon*]

Home Address Line 1* [Alamat Rumah Baris 1*]

Home Address Line 2 [Alamat Rumah Baris 2]

State/Territory*
[Negara Bagian/Teritori*]

Postcode*
[Kodepos*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [Kartu Medicare # (termasuk Nomor Referensi Individu) atau kartu DVA #]

Aged Care (AC) ID (if known)
[Nomor ID Perawatan Lansia (AC) (jika diketahui)]

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

[Apa gambaran paling tepat untuk hubungan Anda dengan pendamping yang diusulkan (pilih salah satu)?*]

Registered supporter, where you and the registered supporter are consenting to the relationship
[Pendamping terdaftar, jika Anda dan pendamping terdaftar menyetujui hubungan tersebut]

Isi **BAGIAN B** dan **BAGIAN C**.
Isi **BAGIAN E** jika calon pendamping Anda memiliki konflik kepentingan yang harus dinyatakan

Registered supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority for you
[Pendamping terdaftar, yang juga merupakan pembuat keputusan yang ditunjuk yang memiliki wewenang hukum dan masih berlaku untuk Anda]

Isi **BAGIAN B** dan **BAGIAN D**.
Isi **BAGIAN E** jika Anda memiliki konflik kepentingan yang harus dinyatakan

PART B - Prospective Supporter's Details

[BAGIAN B - Data Diri Calon Pendamping]

Anda harus mengisi semua kolom yang bertanda bintang (*)

Title (select one):* [Gelar (pilih salah satu):*]

Mr [Tuan] Mrs [Nyonya] Miss [Nona] Ms [Sdri]
Dr [Dr] Other [Lainnya]

Last name* [Nama belakang*]

First name* [Nama depan*]

Middle name [Nama tengah]

Preferred name [Nama Pilihan]

Gender (select one)* [Jenis Kelamin (pilih salah satu):*]

Male [Laki-laki] Female [Perempuan]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Tidak dapat ditentukan/Interseks/Tidak ditentukan]
Not Specified [Tidak ditentukan]

Date of Birth*
[Tanggal lahir*]

Phone Number*
[Nomor Telepon*]

Home Address Line 1* [Alamat Rumah Baris 1*]

Home Address Line 2 [Alamat Rumah Baris 2]

State/Territory*
[Negara Bagian/Teritori*]

Postcode*
[Kodepos*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [Kartu Medicare # (termasuk Nomor Referensi Individu) atau kartu DVA #]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)
[Hubungan Calon Pendamping dengan Klien (pilih satu)]

Child [Anak] Parent [Orang Tua]
Spouse/Partner [Suami atau Istri/Pasangan]
Neighbour [Tetangga] Friend [Teman] Other [Lainnya]

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [BAGIAN C - Mendaftarkan pendamping berdasarkan persetujuan dari Anda dan calon pendamping]

Harap isi semua kolom jika Anda mendaftar pendamping tanpa bergantung pada otoritas pembuat keputusan hukum untuk klien

Diisi oleh Klien

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [Persetujuan Klien Perawatan Lansia untuk mendaftar hubungan dan Deklarasi]

Saya setuju untuk mendaftar orang yang disebutkan dalam formulir ini sebagai pendamping (supporter) saya sebagaimana yang diatur di dalam *Aged Care Act 2024*. Saya memahami bahwa pendamping saya dapat meminta, mengakses dan menerima informasi dan dokumen, serta menyampaikan informasi, sesuai dengan keinginan dan pilihan saya, untuk mendukung saya melakukan sesuatu berdasarkan, atau untuk memenuhi tujuan, *Aged Care Act 2024* (selain untuk tujuan penilaian kemampuan finansial). Saya mengizinkan Departemen mengambil informasi pribadi saya dari pendamping saya dan menggunakannya untuk keperluan perawatan lansia. Saya memahami bahwa Australian Privacy Principles mungkin tidak berlaku bagi pendamping saya jika ia menerima informasi atau dokumen apa pun, yang diberikan kepadanya dalam kapasitasnya sebagai pendukung saya.

Yes [Ya] No [Tidak]

Consent to sharing information with your supporter [Persetujuan untuk berbagi informasi dengan pendamping Anda]

Saya menyetujui bahwa informasi atau dokumen apa pun yang mungkin atau harus diberikan kepada saya berdasarkan *Aged Care Act 2024* dapat diberikan kepada pendamping saya. Saya memahami bahwa didalamnya mencakup riwayat informasi dan dokumen yang ada pada catatan klien saya di My Aged Care.

Yes [Ya] No [Tidak]

I declare that:

[Saya menyatakan bahwa:]

- Saya secara sukarela mendaftar seorang pendamping.
- Informasi yang saya berikan kepada My Aged Care akurat, lengkap dan benar.

I understand and have read:

[Saya mengerti dan telah membaca:]

- Tugas seorang pendamping terdaftar sebagaimana diuraikan pada halaman 7 dalam formulir ini.
- Syarat dan ketentuan pendaftaran dalam My Aged Care diuraikan pada halaman 7 pada formulir ini.

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

[Kapan hubungan tersebut akan dimulai (Hari/Bulan/Tahun)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Kapan hubungan ini akan berakhir (Hari/Bulan/Tahun atau biarkan kosong jika tidak ada tanggal berakhirnya)?]

Aged Care Client's full name

[Nama lengkap Klien Perawatan Lanjut Usia]

Aged Care Client's signature

[Tanda Tangan Klien Perawatan Lanjut Usia]

Date signed [Tanggal ditandatangani]

Diisi oleh Klien

Supporter's consent and Declaration

[Persetujuan dan Deklarasi Pendukung]

Saya setuju untuk didaftarkan sebagai pendamping berdasarkan *Aged Care Act 2024* untuk klien yang terdaftar dalam formulir ini. Saya memahami bahwa saya dapat meminta, mengakses dan menerima informasi dan dokumen, serta menyampaikan informasi, sesuai dengan keinginan dan pilihan klien tersebut, untuk mendukungnya melakukan sesuatu berdasarkan, atau untuk tujuan yang sesuai dengan, *Aged Care Act 2024* (selain untuk tujuan penilaian kemampuan finansial). Saya menyetujui Departemen mengungkapkan nama saya, rincian kontak, peran dan status (saat ini, ditangguhkan atau dibatalkan) sebagai pendamping klien dan pendamping lain yang terdaftar untuk klien. Saya memahami bahwa Australian Privacy Principles mungkin tidak berlaku untuk klien atau pendamping lainnya jika mereka menerima informasi atau dokumen apa pun yang berisi informasi pribadi saya. Saya menyatakan bahwa sebagai pendamping, saya harus mematuhi kewajiban yang dibebankan kepada saya berdasarkan *Aged Care Act 2024*, termasuk menghormati hak privasi klien dan melindungi informasi pribadinya. Jika keadaan saya berubah sehingga mempengaruhi kemampuan atau kapasitas saya untuk bertindak sebagai pendamping, saya akan menghubungi My Aged Care.

Yes [Ya] No [Tidak]

Conflict of Interest [Konflik Kepentingan]

Jika Anda memiliki konflik kepentingan (baik yang nyata, mungkin terjadi, atau terkesan sebagai konflik kepentingan) dalam bertindak sebagai pendamping klien yang terdaftar dalam formulir ini, harap isi Deklarasi Konflik Kepentingan di BAGIAN E, termasuk bagaimana konflik ini akan dihindari atau ditangani. Calon pendamping harus mendiskusikan Konflik Kepentingan apa pun, termasuk bagaimana konflik ini akan dihindari atau ditangani, dengan klien yang terdaftar dalam formulir ini yang ingin mereka dampingi atau bantu. Untuk informasi lebih lanjut terkait Konflik Kepentingan, silakan kunjungi: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Saya memiliki konflik kepentingan (baik yang nyata, mungkin terjadi, atau terkesan sebagai konflik kepentingan) dalam bertindak sebagai pendamping klien yang terdaftar dalam formulir ini.

Yes (provide details in PART E) [Ya (tulis rinciannya di BAGIAN E)]

No (do not fill in PART E) [Tidak (jangan isi BAGIAN E)]

I declare that: [Saya menyatakan bahwa:]

- Saya secara sukarela mendaftar diri sebagai pendamping.
- Informasi yang saya berikan kepada My Aged Care akurat, lengkap dan benar.

I understand and have read: [Saya mengerti dan telah membaca:]

- Tugas seorang pendamping terdaftar sebagaimana diuraikan pada halaman 7 dalam formulir ini.
- Syarat dan ketentuan pendaftaran dalam My Aged Care diuraikan pada halaman 7 pada formulir ini.

Prospective supporter's full name

[Nama lengkap calon pendamping]

Prospective supporter's signature

[Tanda tangan calon pendamping]

Date signed [Tanggal ditandatangani]

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [BAGIAN D - Mendaftarkan seorang pendamping, yang juga merupakan pihak yang ditunjuk menjadi pengambil keputusan yang juga memiliki wewenang hukum yang sedang berlaku]

Harap isi semua kolom jika Anda memiliki kewenangan hukum untuk bertindak atas nama klien dan diakui sesuai *Aged Care Act 2024 (Cth)*.

Supporter's consent and Declaration [Ijin dan Deklarasi Pendamping]

Saya menegaskan bahwa saya adalah pihak yang ditunjuk sebagai pembuat keputusan untuk klien yang tertera dalam formulir ini. Saya memahami bahwa status kewenangan hukum untuk penunjukan saya harus masih berlaku pada saat saya bertindak atas nama klien, dan bahwa saya harus bertindak sesuai dengan pengaturan Persemakmuran, negara bagian atau teritori untuk penunjukan tersebut, termasuk dalam lingkup kewenangan saya untuk membuat keputusan.

Saya setuju untuk terdaftar sebagai pendukung berdasarkan *Aged Care Act 2024* untuk klien tersebut. Saya memahami bahwa saya dapat meminta, mengakses dan menerima informasi dan dokumen, serta menyampaikan informasi, sesuai dengan keinginan dan pilihan klien tersebut, untuk mendukungnya melakukan sesuatu berdasarkan, atau untuk tujuan yang sesuai dengan, *Aged Care Act 2024* (selain untuk tujuan penilaian kemampuan finansial).

Saya menyetujui Departemen mengungkapkan nama saya, rincian kontak, peran dan status (baik aktif, ditangguhkan atau dibatalkan) sebagai pendamping klien dan pendamping lain yang terdaftar untuk klien tersebut.

Saya memahami bahwa Australian Privacy Principles mungkin tidak berlaku untuk klien atau pendamping lainnya jika mereka menerima informasi atau dokumen apa pun yang berisi informasi pribadi saya.

Saya menyatakan bahwa sebagai pendamping, saya harus mematuhi kewajiban yang dibebankan kepada saya berdasarkan *Aged Care Act 2024*, termasuk menghormati hak privasi klien dan melindungi informasi pribadinya. Jika keadaan saya berubah sehingga mempengaruhi kemampuan atau kapasitas saya untuk bertindak sebagai pendamping, saya akan menghubungi My Aged Care.

Yes [Ya]

No [Tidak]

Supporting Documents [Dokumen pendukung]

Lampirkan salinan dokumen hukum Anda dan, jika diperlukan, bukti medis tentang klien tersebut untuk menunjukkan bahwa kewenangan Anda sedang berlaku.

Untuk informasi lebih lanjut mengenai pihak yang ditunjuk sebagai pembuat keputusan yang masih aktif, silakan kunjungi situs web My Aged Care di: <https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

When will the relationship start (DD/MM/YYYY)?
[Kapan hubungan tersebut akan dimulai (Hari/Bulan/Tahun)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Kapan hubungan ini akan berakhir (Hari/Bulan/Tahun) atau biarkan kosong jika tidak ada tanggal berakhirnya?]

Conflict of Interest [Konflik Kepentingan]

Jika Anda memiliki konflik kepentingan (baik yang nyata, potensial, atau yang diasumsikan sebagai konflik) dalam bertindak sebagai pendamping klien yang tertera dalam formulir ini, harap isi Deklarasi Konflik Kepentingan di BAGIAN E, termasuk bagaimana konflik ini akan dihindari atau ditangani.

Calon pendamping harus mendiskusikan Konflik Kepentingan apa pun, termasuk bagaimana konflik ini akan dihindari atau ditangani, dengan klien yang tertera dalam formulir ini yang ingin mereka dampingi atau bantu.

Untuk informasi lebih lanjut terkait Konflik Kepentingan, silakan kunjungi: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Saya memiliki konflik kepentingan (baik yang nyata, mungkin terjadi, atau terkesan sebagai konflik kepentingan) dalam bertindak sebagai pendamping klien yang tertera dalam formulir ini.

Yes (provide details in PART E) [Ya (tulis rinciannya di BAGIAN E)]

No (do not fill in PART E) [Tidak (jangan isi BAGIAN E)]

I declare that: [Saya menyatakan bahwa:]

- Saya secara sukarela mendaftarkan diri sebagai pendamping.
- Informasi yang saya berikan kepada My Aged Care akurat, lengkap dan benar.

I understand and have read: [Saya mengerti dan telah membaca:]

- Tugas seorang pendamping terdaftar sebagaimana diuraikan pada halaman 7 dalam formulir ini.
- Syarat dan ketentuan pendaftaran dalam My Aged Care diuraikan pada halaman 7 pada formulir ini.

Prospective supporter's full name [Nama lengkap calon pendamping]

Prospective supporter's signature [Tanda tangan calon pendamping]

Date signed [Tanggal ditandatangani]

PART E - Conflict of Interest Declaration

[BAGIAN E - Deklarasi Konflik Kepentingan]

Konflik Kepentingan

Jika Anda memiliki konflik kepentingan (baik yang nyata, potensial, atau yang diasumsikan sebagai konflik) dalam bertindak sebagai pendamping terdaftar untuk klien yang tertera dalam formulir ini, harap beritahu di bawah ini, termasuk bagaimana konflik ini akan dihindari atau ditangani. Calon pendamping harus mendiskusikan konflik kepentingan apa pun, termasuk bagaimana konflik ini akan dihindari atau ditangani, dengan klien yang tertera dalam formulir ini yang ingin mereka dampingi atau bantu.

Untuk informasi lebih lanjut terkait Konflik Kepentingan, silakan kunjungi: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Sudah menjadi pendamping terdaftar?

Jika Anda sudah terdaftar sebagai pendamping dan Anda menyatakan adanya konflik kepentingan terkait dengan hubungan Anda saat ini, harap tuliskan juga rincian data diri di bawah ini. Jika Anda **sudah** terdaftar, Anda dapat menyerahkan Bagian E kepada System Governor secara online di halaman web Pendukung Terdaftar di Perawatan Lansia di:

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

Aged Care Client's Details [Data Diri Klien Perawatan Lanjut Usia]

Last name [Nama belakang]

First name [Nama depan]

Date of Birth [Tanggal Lahir]

Aged Care (AC) ID (if known)

[Nomor ID Perawatan Lansia (AC) (jika diketahui)]

Supporter's Details [Data Diri Pendamping]

Last name [Nama belakang]

First name [Nama depan]

Date of Birth [Tanggal Lahir]

Aged Care (AC) ID (if known)

[Nomor ID Perawatan Lansia (AC) (jika diketahui)]

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

[Rincian konflik, termasuk usulan strategi cara Anda menangani atau menghindarinya:]

(Harap tulis dalam bahasa Inggris, atau hubungi pusat hubungi My Aged Care untuk membuat deklarasi ini dengan bantuan penerjemah)

Prospective/Registered Supporter to complete: [Untuk diisi oleh Calon/Pendamping Terdaftar:]

I agree that: [Saya setuju bahwa:]

Konflik kepentingan saya mungkin juga perlu disampaikan kepada klien yang tertera dalam formulir ini, atau pihak yang ditunjuk oleh dan masih bertindak untuk klien tersebut sebagai pembuat keputusan.

Prospective Supporter or Supporter's Signature
[Tanda Tangan Pendukung atau calon Pendukung]

Date Signed
[Tanggal Ditandatangani]

My Aged Care dan Department of Health, Disability and Ageing akan mengumpulkan informasi pribadi Anda untuk memungkinkan akses ke perawatan lansia atau layanan terkait untuk Anda atau orang yang Anda dampingi. Harap baca informasi privasi lebih lanjut tentang cara kami menangani informasi pribadi Anda di situs web My Aged Care: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Kewajiban Pendukung Terdaftar di bawah Aged Care Act 2024]

Berdasarkan Undang-undang semua pendamping terdaftar memiliki kewajiban yang harus mereka patuhi. Pendamping terdaftar harus bertindak jujur, tekun, dan beritikad baik saat menjalankan tugas tersebut. Kewajiban tersebut ditujukan untuk mengedepankan keselamatan, hak, keinginan, dan pilihan warga lansia.

Pendamping terdaftar harus:

- Bertindak dengan cara yang mengedepankan keinginan dan pilihan, serta kesejahteraan pribadi, budaya, dan sosial warga lansia yang mereka dampingi/dukung.
- Mendampingi/mendukung warga lanjut usia tersebut hanya sebatas yang diperlukan agar orang lanjut usia tersebut dapat mengambil keputusan sendiri.
- Menerapkan upaya terbaiknya untuk menjaga kemampuan orang lanjut usia itu dalam mengambil keputusan sendiri.
- Menghindari atau menangani setiap konflik kepentingan yang dihadapinya terkait perannya sebagai pendamping (baik yang nyata, potensial, atau yang diasumsikan sebagai konflik) dan memberi tahu System Governor jika ada konflik yang muncul.

Selain itu, pendamping terdaftar harus memberi tahu System Governor tentang keadaan apa pun yang akan atau mungkin memengaruhi kemampuannya untuk:

- bertindak sebagai pendamping terdaftar
- mematuhi kewajiban, persyaratan atau pemberitahuan apa pun yang diberikan kepadanya oleh System Governor, atau
- dihubungi oleh System Governor.

Informasi yang diminta, diterima, atau disampaikan oleh pendamping terdaftar dalam kapasitasnya sebagai pendamping terdaftar tidak boleh disalahgunakan.

Beberapa pendamping terdaftar juga memiliki hak perwalian (guardian), kuasa hukum yang berkelanjutan, atau kewenangan hukum serupa. Para pendamping seperti itu ditunjuk sebagai pembuat keputusan bagi warga lansia terkait dan dapat membuat keputusan atas nama warga lansia itu sebagaimana yang diatur oleh negara (Persemakmuran), negara bagian, atau teritori. Seseorang yang ditunjuk sebagai pembuat keputusan hanya dapat membuat keputusan atas nama warga lansia tersebut sesuai dengan wewenang hukumnya yang sedang berlaku.

Terms and Conditions of My Aged Care [Syarat dan Ketentuan My Aged Care]

Umum (semua pihak)

Saya memahami:

- Dengan mengajukan permohonan untuk menjadi atau memiliki pendamping terdaftar maka suatu akun My Aged Care akan dibuat untuk pihak terkait jika saya atau pihak tersebut belum memiliki akun My Aged Care. Hubungan pendampingan jika didaftarkan akan diatur menurut *Aged Care Act 2024 (Cth)*.
- Saya harus memberi tahu My Aged Care tentang perubahan apa pun pada alamat dan rincian kontak saya, dan perubahan keadaan orang yang mendaftar untuk menjadi pendamping atau mendukung saya atau orang yang saya daftarkan untuk saya dampingi/dukung.
- Memberikan informasi palsu atau menyesatkan merupakan suatu pelanggaran berat.
- Saya dapat meminta untuk membatalkan pendaftaran ini kapan saja dengan menghubungi My Aged Care di 1800 200 422, melalui Akun Online saya atau dengan Aged Care Specialist Officer atau penilai.

Klien

Saya memahami bahwa My Aged Care dapat:

- Mengumpulkan informasi tentang saya dari pendamping terdaftar saya.
- Memberikan informasi atau dokumen kepada pendamping terdaftar saya, termasuk mengenai kemajuan saya dalam Perawatan Lansia Saya.
- Mengambil tindakan untuk menanggapi informasi yang disampaikan oleh pendamping terdaftar kepada saya.

My Aged Care mungkin akan melakukan hal-hal di atas sesuai dengan keinginan dan pilihan saya, atau sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

Pendamping terdaftar

Saya memahami:

- Setiap informasi yang saya peroleh dari My Aged Care harus dijaga kerahasiaannya, dan tidak digunakan atau diungkapkan kepada orang yang tidak berwenang tanpa izin dari klien yang terdaftar untuk saya dampingi/dukung, kecuali penggunaan atau pengungkapan tersebut diizinkan secara hukum.
- Segala sesuatu yang saya lakukan sebagai pendamping harus sesuai dengan keinginan dan pilihan orang yang saya dampingi/dukung.
- Informasi pribadi saya dikumpulkan oleh My Aged Care dan dapat dibagikan kepada penilai, penyedia layanan, organisasi, tenaga medis profesional, Aged Care Quality and Safety Commission [Komisi Kualitas dan Keamanan Perawatan Lansia], dan pendamping terdaftar lainnya yang mendampingi atau melayani orang yang saya dukung.
- Nama dan nomor telepon saya akan dibagikan kepada semua pendamping dan organisasi terdaftar lainnya, agar saya dapat membantu orang yang saya dampingi/dukung.
- Jika saya ditunjuk sebagai Kontak Utama, saya akan menjadi pihak yang pertama kali ditelepon oleh My Aged Care untuk orang yang terdaftar untuk saya dampingi/dukung.