

My Aged Care Registration of a Supporter Form [Modulo di registrazione di persona di supporto] Italian – Italiano

	Quando usare questo modulo		Proteggere te e le tue informazioni		Maggiori informazioni
	Questo modulo serve per registrare una persona di supporto che ti aiuti a trovare e accedere ai servizi di assistenza agli anziani, incluso My Aged Care. Se desideri accedere ai servizi di assistenza agli anziani sovvenzionati dal governo, devi registrarti presso My Aged Care. Per farlo, puoi chiamare direttamente My Aged Care oppure chiedere a qualcun altro di parlare con My Aged Care insieme a te. Puoi anche registrarti online come parte del processo di richiesta di valutazione sul sito: https://myagedcare.gov.au/registering-supporter Utilizzando questo modulo, una persona di supporto può essere registrata per aiutarti a prendere e comunicare le tue decisioni relative all'assistenza agli anziani, inclusi la richiesta e l'accesso alle tue informazioni. Il rapporto con la persona di supporto non si estende alla valutazione dei mezzi finanziari, né ai rapporti di rappresentanza o nomina con altre agenzie governative australiane.		Le tue informazioni personali, così come quelle della persona di supporto registrata, sono protette dalla legge, inclusa la <i>Privacy Act 1988 (Cth)</i> [Legge sulla privacy del 1988] e gli Australian Privacy Principles [Principi australiani sulla privacy]. Le tue informazioni personali sono raccolte da My Aged Care e dal Department of Health, Disability and Ageing [Ministero per la salute, la disabilità e l'invecchiamento] per consentire l'accesso ai servizi di assistenza agli anziani o servizi correlati per te o per chi supporti. Consulta le informative sulla privacy sul sito My Aged Care per maggiori dettagli su come vengono gestite le tue informazioni personali: https://www.myagedcare.gov.au/privacy Le tue informazioni personali possono essere raccolte anche da fornitori di assistenza agli anziani finanziati dal Governo australiano e da organizzazioni incaricate della valutazione, al fine di valutare e fornire i servizi di assistenza agli anziani.		Per parlare con qualcuno di My Aged Care riguardo a questo modulo: • Chiama My Aged Care al numero 1800 200 422 dal lunedì al venerdì, tra le 8:00 e le 20:00, e il sabato tra le 10:00 e le 14:00. • Di persona con un Aged Care Specialist Officer (ACSO) [Funzionario specialista dell'assistenza agli anziani]. Prendi un appuntamento chiamando il numero 1800 227 475 nei giorni feriali dalle 8:00 alle 20:00. Puoi visitare il sito di Services Australia per maggiori informazioni sulle sedi ACSO più recenti. Puoi anche visitare il sito My Aged Care per maggiori informazioni all'indirizzo: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter

Cos'è una persona di supporto registrato presso My Aged Care?

Le persone di supporto registrate aiutano le persone anziane a prendere e comunicare le proprie decisioni riguardo all'assistenza agli anziani, comprese quelle relative all'accesso a My Aged Care e qualsiasi altra decisione quotidiana relativa all'assistenza agli anziani. Le persone di supporto registrate possono richiedere, accedere e ricevere informazioni su una persona anziana. Possono anche comunicare informazioni per conto della persona anziana, in linea con la volontà e le preferenze note di quest'ultima.

Alcune persone di supporto registrate sono anche dotate di tutela, procura permanente o di altra simile autorità legale. Queste persone sono designate come decisori per la persona anziana e possono prendere decisioni per conto di quest'ultima secondo le disposizioni del Commonwealth, dello Stato o del Territorio. Un decisore designato può prendere decisioni per conto della persona anziana solo in conformità con la propria autorità legale attiva.

Queste persone possono avere l'autorità legale di prendere decisioni riconosciuta dall'*Aged Care Act 2024 (Cth)* [Legge sull'assistenza agli anziani del 2024] nell'ambito di:

- un enduring power of attorney [procura permanente]
- un'amministrazione di sostegno
- una disposizione anticipata di salute, la quale conferisce autorità decisionale permanente
- un piano personale anticipato (nel Northern Territory)
- una disposizione per la sostituzione decisionale in materia di pratiche restrittive ai sensi di una legge del Commonwealth, dello Stato o del Territorio, oppure
- un provvedimento di nomina che conferisce autorità decisionale da parte di una corte, un tribunale, un consiglio o una commissione, emesso ai sensi della legge del Commonwealth, di uno Stato o di un Territorio.

Diventare una persona di supporto registrata non conferisce autorità decisionale per la persona anziana. Il ruolo della persona di supporto registrata è quello di aiutare la persona anziana a prendere le proprie decisioni.

Come compilare questo modulo

Puoi compilare questo modulo sul tuo computer oppure stamparlo e firmarlo.

PARTE A – i tuoi dettagli (o del cliente).

PARTE B – dettagli della persona di supporto proposta.

PARTE C o D – dettagli della relazione, il tuo consenso (in quanto cliente) e il consenso della potenziale persona di supporto a stabilire tale rapporto. Completa solo una tra le parti C o D, in base al tipo di relazione di supporto che si sta creando.

PART E – dichiarazione di conflitto di interessi da compilare da parte della persona di supporto proposta, in consultazione con te (il cliente).

Come inoltrare questo modulo

Dopo aver compilato e firmato il modulo secondo le istruzioni sopra indicate, invialo a My Aged Care utilizzando uno dei seguenti metodi:

1. carica il modulo sul tuo account online (maggiori informazioni su come accedere al tuo account online sono disponibili sul sito web di My Aged Care all'indirizzo: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) oppure
2. invia una copia digitale tramite il modulo online di My Aged Care disponibile all'indirizzo: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> oppure
3. spediscilo per posta a: My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216 oppure
4. di persona, visitando un centro Services Australia dove un addetto ai servizi generali può aiutarti a inoltrare i documenti a My Aged Care oppure a prenotare un appuntamento con uno Aged Care Specialist Officer che può caricare i documenti su My Aged Care. Puoi chiamare Services Australia al numero 1800 227 475 per prenotare un appuntamento in presenza oppure
5. di persona con un valutatore, se tu (il cliente) o la persona di supporto proposta avete un appuntamento di valutazione già previsto.

Per le persone di supporto proposte che sono anche decisori designati, assicurati di allegare la prova della tua autorità legale valida e attiva per prendere decisioni per il cliente prima di restituire questo modulo. Tale prova sarà probabilmente un documento legale. Potrebbe essere richiesta anche una prova medica sul cliente per dimostrare che la tua autorità è attiva.

Se vuoi verificare che My Aged Care abbia ricevuto il tuo modulo, ti consigliamo di attendere prima di chiamare (due giorni lavorativi per il caricamento online, sei giorni lavorativi se inviato per posta).

Passi successivi dopo l'invio a My Aged Care

Quando My Aged Care riceverà il modulo compilato, potrà registrare sia te che la persona di supporto proposta su My Aged Care, se necessario, e contattare uno dei due se servono informazioni aggiuntive per procedere con la richiesta di registrazione della relazione di supporto.

Una volta che la tua relazione di supporto sarà stata registrata, la persona di supporto registrata potrà contattare My Aged Care al numero **1800 200 422** per informazioni sui tuoi servizi di assistenza agli anziani e sulle tue necessità, incluse eventuali valutazioni. La tua persona di supporto registrata può agire solo in conformità con la tua volontà e le tue preferenze.

PART A - Aged Care Client Details (Your details)

[PARTE A - Dettagli del cliente che riceve assistenza agli anziani (I tuoi dettagli)]

Devi compilare tutti i campi contrassegnati da un asterisco (*)

Title (select one):* [Appellativo (selezionane uno):*]

Mr [Sig.] Mrs [Sig.ra] Miss [Sig.na] Ms [Sig.ra]
Dr [Dott.] Other [Altro]

Last name* [Cognome*]

First name* [Nome*]

Middle name [Secondo Nome]

Preferred name [Nome preferito]

Gender (select one):* [Genere (selezionane uno):*]

Male [Maschio] Female [Femmina]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Indeterminato/Intersesso/imprecisato]
Not Specified [Non specificato]

Date of Birth*

[Data di nascita*]

Phone Number*

[Numero telefonico*]

Home Address Line 1* [Indirizzo Linea 1*]

Home Address Line 2 [Indirizzo Linea 2]

State/Territory*

[Stato/Territorio*]

Postcode*

[Codice postale*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number)
or DVA card # [Tessera Medicare # (compreso numero di
riferimento individuale) o tessera DVA #]

Aged Care (AC) ID (if known)

[Numero identificativo assistenza anziani (AC) (se noto)]

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

[Cosa descrive meglio la relazione proposta con la persona di supporto (seleziona una opzione)?*]

Registered supporter, where you and the registered
supporter are consenting to the relationship
[Persona di supporto registrata, in cui tu e la persona
di supporto registrata acconsentite alla relazione]

Compila la **PARTE B** e la **PARTE C**.
Compila la **PARTE E** se la tua persona
di supporto proposta ha un conflitto
di interessi da dichiarare

Registered supporter, who is also an appointed
decision maker with active, legal authority for you
[Persona di supporto registrata, che è anche decisore
designato per te con autorità legale attiva]

Compila la **PARTE B** e la **PARTE D**.
Compila la **PARTE E** se hai un conflitto
di interessi da dichiarare

PART B - Prospective Supporter's Details

[PARTE B - Dettagli della persona di supporto proposta]

Devi compilare tutti i campi contrassegnati da un asterisco (*)

Title (select one):* [Appellativo (selezionane uno):*]

Mr [Sig.] Mrs [Sig.ra] Miss [Sig.na] Ms [Sig.ra]
Dr [Dott.] Other [Altro]

Last name* [Cognome*]

First name* [Nome*]

Middle name [Secondo Nome]

Preferred name [Nome preferito]

Gender (select one):* [Genere (selezionane uno):*]

Male [Maschio] Female [Femmina]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Indeterminato/Intersesso/imprecisato]
Not Specified [Non specificato]

Date of Birth*

[Data di nascita*]

Phone Number*

[Numero telefonico*]

Home Address Line 1* [Indirizzo Linea 1*]

Home Address Line 2 [Indirizzo Linea 2]

State/Territory*

[Stato/Territorio*]

Postcode*

[Codice postale*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number)
or DVA card # [Tessera Medicare # (compreso numero di
riferimento individuale) o tessera DVA #]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)
[Relazione tra la potenziale persona di supporto e il cliente
(seleziona una voce)]

Child [Figlio/a] Parent [Genitore]

Spouse/Partner [Coniuge/Partner]

Neighbour [Vicino di casa]

Friend [Amico/a]

Other [Altro]

Pagina 3 di 7

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [PARTE C - Registrazione di una persona di supporto con il consenso tuo e della persona di supporto proposta]

Compila tutti i campi se stai registrando una persona di supporto senza basarti su un'autorità legale per le decisioni relative al cliente

Da compilare a cura del cliente

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [Consenso e Dichiarazione del cliente che riceve assistenza agli anziani per la registrazione della relazione]

Acconsento a registrare la persona nominata in questo modulo come mia persona di supporto ai sensi del *Aged Care Act 2024*. Comprendo che la mia persona di supporto può richiedere, accedere e ricevere informazioni e documenti, e comunicare informazioni, in conformità con la mia volontà e le mie preferenze, per aiutarmi a svolgere un'azione ai sensi, o per gli scopi, del *Aged Care Act 2024* (tranne che per scopi di verifica della situazione finanziaria). Acconsento a che il Ministero raccolga le mie informazioni personali dalla mia persona di supporto e le utilizzi per scopi di assistenza agli anziani. Comprendo che gli Australian Privacy Principles potrebbero non applicarsi alla mia persona di supporto se riceve qualsiasi informazione o documento, fornito loro in qualità di mia persona di supporto.

Yes [Sì]

No [No]

Consent to sharing information with your supporter [Consenso alla condivisione delle informazioni con la tua persona di supporto]

Acconsento che qualsiasi informazione o documento che può o deve essere fornito a me ai sensi dell'*Aged Care Act 2024* sia fornito anche alla mia persona di supporto. Comprendo che ciò includerà informazioni e documenti storici che esistono nel mio fascicolo cliente nell'ambito di My Aged Care.

Yes [Sì]

No [No]

I declare that: [Dichiaro che:]

- sto registrando volontariamente una persona di supporto.
- le informazioni che fornisco a My Aged Care sono accurate, complete e corrette.

I understand and have read: [Ho letto e ho compreso:]

- i doveri di una persona di supporto registrata come indicato a pagina 7 di questo modulo.
- i termini e le condizioni della registrazione nell'ambito di My Aged Care come indicato a pagina 7 di questo modulo.

When will the relationship start (DD/MM/YYYY)? [Quando inizierà la relazione (GG/MM/AAAA)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Quando terminerà questa relazione (GG/MM/AAAA o lasciare vuoto se non c'è una data di fine)?]

Aged Care Client's full name [Nome completo del cliente che riceve assistenza agli anziani]

Aged Care Client's signature [Firma del cliente che riceve assistenza agli anziani]

Date signed [Data della firma]

Da compilare a cura del cliente

Supporter's consent and Declaration [Consenso e Dichiarazione della persona di supporto]

Acconsento a essere registrato/a come persona di supporto ai sensi dell'*Aged Care Act 2024* per il cliente nominato in questo modulo. Comprendo che posso richiedere, accedere e ricevere informazioni e documenti, e comunicare informazioni, in conformità con la volontà e con le preferenze del cliente, per aiutarlo/a a svolgere un'azione ai sensi, o per gli scopi, dell'*Aged Care Act 2024* (tranne che per scopi di verifica della situazione finanziaria). Acconsento che il Ministero divulghi il mio nome, i miei dati di contatto, il mio ruolo e il mio stato (attuale, sospeso o cancellato) come persona di supporto al cliente e a qualsiasi altra persona di supporto registrata per il cliente. Comprendo che gli Australian Privacy Principles potrebbero non applicarsi al cliente o a un'altra persona di supporto se ricevono qualsiasi informazione o documento contenente le mie informazioni personali. Riconosco che, in qualità di persona di supporto, devo rispettare i doveri imposti dall'*Aged Care Act 2024*, incluso il rispetto del diritto del cliente alla privacy e alla protezione delle sue informazioni personali. Se le mie circostanze cambieranno tanto da influire sulla mia capacità o idoneità di agire come persona di supporto, contatterò My Aged Care.

Yes [Sì]

No [No]

Conflict of Interest [Conflitto di interessi]

Se hai un conflitto di interessi (reale, potenziale o percepito) nell'agire come persona di supporto per il cliente nominato in questo modulo, compila la Dichiarazione di conflitto di Interessi nella PARTE E, includendo una spiegazione di come questo conflitto sarà evitato o gestito. Le persone di supporto proposte dovrebbero discutere qualsiasi conflitto di interessi, incluso come tale conflitto verrà evitato o gestito, con il cliente nominato in questo modulo che desiderano supportare. Per maggiori informazioni su cosa sia un conflitto di interessi visita:

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

Ho un conflitto di interessi (reale, potenziale o percepito) nell'agire come persona di supporto per il cliente nominato in questo modulo.

Yes (provide details in PART E) [Sì (fornisci dettagli nella PARTE E)]

No (do not fill in PART E) [No (non compilare la PARTE E)]

I declare that: [Dichiaro che:]

- sto registrando volontariamente una persona di supporto.
- le informazioni che fornisco a My Aged Care sono accurate, complete e corrette.

I understand and have read: [Ho letto e comprendo:]

- i doveri di una persona di supporto registrata come indicato a pagina 7 di questo modulo.
- i termini e le condizioni della registrazione nell'ambito di My Aged Care come indicato a pagina 7 di questo modulo.

Prospective supporter's full name [Nome completo della persona di supporto proposta]

Prospective supporter's signature [Firma della persona di supporto proposta]

Date signed [Data della firma]

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [PARTE D - Registrazione di una persona di supporto, che è anche decisore designato con autorità legale attiva]

Compila tutti i campi se hai autorità legale per agire per conto del cliente, riconosciuta dal *Aged Care Act 2024* (Cth).

Supporter's Consent and Declaration

[Consenso e dichiarazione della persona di supporto]

Confermo di essere un decisore legalmente designato per il cliente nominato in questo modulo. Comprendo che l'autorità legale per la mia designazione deve essere attiva quando agisco per conto del cliente, e che devo agire in conformità con le disposizioni del Commonwealth, dello Stato o del Territorio per tale designazione, incluso l'ambito della mia autorità decisionale.

Acconsento a essere registrato/a come persona di supporto ai sensi dell'*Aged Care Act 2024* per il cliente. Comprendo che posso richiedere, accedere e ricevere informazioni e documenti, e comunicare informazioni, in conformità con la volontà e con le preferenze del cliente, per aiutarlo/a a svolgere un'azione ai sensi, o per gli scopi, dell'*Aged Care Act 2024* (tranne che per scopi di verifica della situazione finanziaria).

Acconsento che il Ministero divulghi il mio nome, i miei dati di contatto, il mio ruolo e lo stato (attuale, sospeso o cancellato) come persona di supporto al cliente e a qualsiasi altra persona di supporto registrata per il cliente.

Comprendo che gli Australian Privacy Principles potrebbero non applicarsi al cliente o a un'altra persona di supporto se ricevono qualsiasi informazione o documento contenente le mie informazioni personali.

Riconosco che, in qualità di persona di supporto, devo rispettare i doveri imposti dall'*Aged Care Act 2024*, incluso il rispetto del diritto del cliente alla privacy e alla protezione delle sue informazioni personali. Se le mie circostanze cambieranno tanto da influire sulla mia capacità o idoneità di agire come persona di supporto, contatterò My Aged Care.

Yes [Sì]

No [No]

Supporting Documents

[Documenti di supporto]

Allega una copia del documento legale e, se richiesto, una prova medica relativa al cliente per dimostrare che la tua autorità è attiva.

Per maggiori informazioni sui decisori designati attivi, visita il sito web di My Aged Care all'indirizzo: <https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

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

[Quando inizierà la relazione (GG/MM/AAAA)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Quando terminerà questa relazione (GG/MM/AAAA o lasciare vuoto se non c'è una data di fine)?]

Conflict of Interest

[Conflitto di interessi]

Se hai un conflitto di interessi (reale, potenziale o percepito) nell'agire come persona di supporto per il cliente nominato in questo modulo, compila la Dichiarazione di conflitto di Interessi nella PARTE E, includendo una spiegazione di come questo conflitto sarà evitato o gestito.

Le persone di supporto proposte dovrebbero discutere qualsiasi conflitto di interessi, incluso come tale conflitto verrà evitato o gestito, con il cliente nominato in questo modulo che desiderano supportare.

Per maggiori informazioni su cosa sia un conflitto di interessi visita:

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

Ho un conflitto di interessi (reale, potenziale o percepito) nell'agire come persona di supporto per il cliente nominato in questo modulo.

Yes (provide details in PART E) [Sì (fornisci dettagli nella PARTE E)]

No (do not fill in PART E) [No (non compilare la PARTE E)]

I declare that:

[Dichiaro che:]

- mi sto registrando volontariamente come persona di supporto.
- le informazioni che fornisco a My Aged Care sono accurate, complete e corrette.

I understand and have read:

[Ho letto e ho compreso:]

- i doveri di una persona di supporto registrata come indicato a pagina 7 di questo modulo.
- i termini e le condizioni della registrazione nell'ambito di My Aged Care come indicato a pagina 7 di questo modulo.

Prospective supporter's full name

[Nome completo della persona di supporto proposta]

Prospective supporter's signature

[Firma della persona di supporto proposta]

Date signed [Data della firma]

PART E - Conflict of Interest Declaration

[PARTE E - Dichiarazione sul conflitto di interessi]

Conflitto di interessi

Se hai un conflitto di interessi (reale, potenziale o percepito) nell'agire come persona di supporto registrata per il cliente nominato in questo modulo, indicalo di seguito, includendo indicazioni su come questo conflitto sarà evitato o gestito. Le persone di supporto proposte dovrebbero discutere qualsiasi conflitto di interessi, incluso come tale conflitto verrà evitato o gestito, con il cliente nominato in questo modulo che desiderano supportare.

Per maggiori informazioni su cosa sia un conflitto di interessi visita: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Sei già registrato/a come persona di supporto?

Se sei già registrato/a come persona di supporto e stai dichiarando un conflitto di interessi relativo alla tua relazione esistente, fornisci anche i dettagli di identificativi di seguito. Se sei **già** registrato/a, puoi inviare la Parte E al System Governor [Governatore del sistema] tramite il modulo di invio online sulla pagina web Registered Supporters in Aged Care all'indirizzo: <https://www.health.gov.au/our-work/aged-care-act/about/registered-supporters-in-aged-care>

Aged Care Client's Details

[Dettagli del cliente che riceve assistenza agli anziani]

Last name [Cognome]

First name [Nome]

Date of Birth [Data di nascita]

Aged Care (AC) ID (if known)

[ID assistenza anziani (AC) (se noto)]

Supporter's Details

[Dettagli della persona di supporto]

Last name [Cognome]

First name [Nome]

Date of Birth [Data di nascita]

Aged Care (AC) ID (if known)

[ID assistenza anziani (AC) (se noto)]

Details of the conflict/s, including your proposed strategies for managing or avoiding it: [Dettagli del conflitto/i, incluse le strategie proposte per gestirlo/i o evitarlo/i:]

(Si prega di fornire queste informazioni in inglese, oppure chiamare il centro di contatto My Aged Care per fare questa dichiarazione con un interprete presente)

Prospective/Registered Supporter to complete: [Da compilare a cura della persona di supporto proposta/registrata:]

I agree that: [Accetto che:]

il mio conflitto di interessi potrebbe dover essere condiviso con il cliente nominato in questo modulo, o con il suo decisore designato attivo.

Prospective Supporter or Supporter's Signature

[Firma della persona di supporto proposta/registrata]

Date Signed

[Data della firma]

My Aged Care e il Department of Health, Disability and Ageing raccolgono le tue informazioni personali per consentire l'accesso ai servizi di assistenza agli anziani o correlati per te o per qualcuno che supporti. Si prega di leggere le nostre informative sulla privacy sul sito web di My Aged Care per maggiori informazioni su come gestiamo le tue informazioni personali: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Compiti della persona di supporto registrata ai sensi della Aged Care Act 2024]

Tutte le persone di supporto registrate hanno doveri previsti dalla legge ai quali devono attenersi. Le persone di supporto registrate devono agire con onestà, diligenza e buona fede nello svolgimento di questi compiti. Questi doveri sono pensati per promuovere la sicurezza, i diritti, la volontà e le preferenze della persona anziana.

Le persone di supporto registrate devono:

- agire in modo da promuovere la volontà e le preferenze, nonché il benessere personale, culturale e sociale della persona anziana che stanno supportando;
- supportare la persona anziana solo nella misura necessaria in cui la persona possa prendere le proprie decisioni;
- fare tutto il possibile per mantenere la capacità della persona anziana di prendere le proprie decisioni;
- evitare o gestire qualsiasi conflitto di interessi che possano avere nel loro ruolo di persona di supporto (reale, potenziale o percepito) e notificare al System Governor [Governatore del sistema] eventuali conflitti se dovessero sorgere.

Inoltre, una persona di supporto registrata deve notificare al System Governor [Governatore del sistema] qualsiasi circostanza che possa influenzare o influenzi la propria capacità di:

- agire come persona di supporto registrata
- rispettare i propri doveri o qualsiasi requisito o comunicazione ricevuta dal System Governor [Governatore del sistema], o
- essere contattata dal System Governor [Governatore del sistema].

Le informazioni che una persona di supporto registrata richiede, riceve o comunica nella propria veste non possono essere utilizzate in modo improprio.

Alcune persone di supporto registrate sono anche dotate di tutela, procura permanente o di altra simile autorità legale. Queste persone sono designate come decisori per la persona anziana e possono prendere decisioni per conto di quest'ultima secondo le disposizioni del Commonwealth, dello Stato o del Territorio. Un decisore designato può prendere decisioni per conto della persona anziana solo in conformità con la propria autorità legale attiva.

Terms and Conditions of My Aged Care [Termini e condizioni di My Aged Care]

Generale (tutte le parti)

Comprendo che:

- fare questa richiesta per essere o avere una persona di supporto registrata comporterà la creazione di un fascicolo di My Aged Care per le parti coinvolte nella relazione di supporto, se io o l'altra parte non ne abbiamo già uno; la relazione di persona di supporto, se registrata, rientra nell'ambito del *Aged Care Act 2024 (Cth)*;
- devo informare My Aged Care di qualsiasi cambiamento al mio indirizzo e ai miei dettagli di contatto, e di cambiamenti nelle circostanze della persona che si registra per supportarmi o della persona che intendo supportare per la quale mi registro;
- fornire informazioni false o fuorvianti è un reato grave;
- posso richiedere di cancellare questa registrazione in qualsiasi momento chiamando My Aged Care al numero 1800 200 422, tramite il mio account online o con un Aged Care Specialist Officer o un valutatore.

Cliente

Comprendo che My Aged Care può:

- raccogliere informazioni su di me dalla mia persona di supporto registrata;
- fornire informazioni o documenti alla mia persona di supporto registrata, incluso il mio progresso nell'ambito di My Aged Care;
- agire in risposta alle informazioni che la mia persona di supporto registrata ha comunicato per me.

My Aged Care compirà quanto sopra in linea con la mia volontà e le mie preferenze note, o come altrimenti autorizzato dalla legge.

Persona di supporto registrata

Comprendo che:

- qualsiasi informazione che ottengo da My Aged Care deve essere rimanere riservata e non sarà utilizzata né divulgata a persone non autorizzate senza il permesso del cliente che sto registrando come assistito, salvo tale uso o divulgazione non sia altrimenti autorizzato dalla legge;
- qualsiasi azione che intraprendo come persona di supporto registrata deve essere conforme alla volontà e alle preferenze della persona che supporto;
- le mie informazioni personali sono raccolte da My Aged Care e possono essere condivise con valutatori, fornitori di servizi, organizzazioni, professionisti medici, la Aged Care Quality and Safety Commission [Commissione per la qualità e sicurezza dell'assistenza agli anziani] e altre persone di supporto registrate che supportano la persona che supporto;
- il mio nome e numero di telefono saranno condivisi con tutte le altre persone di supporto registrate e organizzazioni, al fine di consentirmi di assistere la persona che supporto;
- se sono indicato come Contatto Principale, sarò il primo referente telefonico di My Aged Care per la persona che sono registrato a supportare.