



Australian Government



My Aged Care Registration of a Supporter Form [Регистрирање на образец за поддржувач] Macedonian – Македонски

	Кога да се користи овој образец		Ве заштитуваме вас и вашите податоци		За повеќе информации
	<p>Овој формулар се користи за регистрација на поддржувач кој ќе ви помогне да најдете и да користите услуги за нега на постари лица, вклучувајќи го и My Aged Care.</p> <p>Ако сакате да користите услуги за нега на постари лица субвенционирани од Владата, треба да се регистрирате во My Aged Care. За да го сторите ова треба или лично да се јавите во My Aged Care или некој друг да разговара со My Aged Care заедно со вас.</p> <p>Исто така може да се регистрирате преку интернет како дел од процесот на пријавување за проценка, на интернет страницата: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p> <p>Со овој образец поддржувач може да се регистрира за да ви помогне да донесете и да ги искажете вашите одлуки во врска со старосна нега, вклучувајќи побарување и пристап до ваши податоци. Врската со поддржувачот не се однесува на тестот на средства или на врската со претставник или назначено лице во други австралиски владини агенции.</p>	<p>Вашите лични податоци и тие на вашиот регистриран поддржувач се заштитени со закон, вклучувајќи го и <i>Privacy Act 1988 (Cth)</i> [Законот за приватност од 1988] и Australian Privacy Principles [Австралиските принципи за приватност].</p> <p>Вашите лични податоци ги собира My Aged Care и Department of Health, Disability and Ageing [Министерството за здравство, попреченост и стареење] за да овозможи пристап до нега за стари лица или слични услуги за вас или за некој кого вие го поддржувате.</p> <p>За повеќе информации како ракуваме со вашите лични податоци ве молиме прочитајте ги забелешките за приватност на интернет страницата на My Aged Care: https://www.myagedcare.gov.au/privacy</p> <p>Вашите лични податоци исто така може да ги собираат давателите на нега на постари лица финансирани од Владата, како и организации за проценка кои проценуваат и даваат услуги за нега на стари лица.</p>			<p>За да разговарте со некој од MyAged Care во врска со овој образец:</p> <ul style="list-style-type: none"> Јавете се на My Aged Care на телефон 1800 200 422 од понеделник до петок помеѓу 8:00 и 20:00 часот и во сабота од 10:00 до 14:00 часот. Лично на Aged Care Specialist Officer (ACSO) [Службеник специјалист за нега на постари лица]. Закажете состанок преку телефон на 1800 227 475 во работни денови од 8:00 до 20:00 часот. За повеќе информации каде има филијали на ACSO може да ја посетите интернет страницата на Services Australia. <p>Исто така, за повеќе информации може да ја посетите интернет страницата на My Aged Care на: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p>

Што е регистриран поддржувач во My Aged Care?

Регистрираните поддржувачи им помагаат на други лица да донесуваат сопствени одлуки во врска со старосна нега и истите да ги искажат. Ова вклучува и пристап до My Aged Care како и било кои други одлуки за старосна нега на дневна база. Регистрираните поддржувачи може да побараат и да добијат пристап и информации за некое постаро лице. Тие исто така може да пренесат информации за постарото лице, во согласност со постоечката волја и избор на постарото лице.

Некои регистрирани поддржувачи исто така имаат и старателство, трајно полномошно или слично правно овластување. Овие лица се назначени доносител на одлуки за постарото лице и можат да донесуваат одлуки во име на постарото лице според одредбите на Комонвелтот, државите или териториите. Назначениот доносител на одлуки може да донесува одлуки во име на постарото лице само во согласност со нивното важечко правно овластување.

Овие лица може да имаат правно овластување за донесување одлуки според *Aged Care Act 2024 (Cth)* [Законот за нега на постари лица од 2024 год.] во случај на:

- enduring power of attorney [трајно полномошно]
- трајно старателство
- директива во случај на поодмината здравствена фаза, каде што директивата доделува трајно полномошно за донесување одлуки
- Личен план за поодмината фаза (во Северната Територија)
- аранжман за донесување на замена на одлуката за ограничување на движењето според закон од Комонвелтот, државата или територијата, или
- судска наредба со која се назначува доделување на овластување за донесување одлуки, или наредба од трибунал, одбор или комисија, донесена според закон на Комонвелтот, државата или територијата.

Кога ќе станете регистриран поддржувач, тоа не значи дека имате овластување за донесување одлуки за постарото лице. Улогата на регистрираниот поддржувач е да го поддржи постарото лице во донесувањето на сопствени одлуки.

Како да го потполните овој образец

Вие може да го потполните овој образец на вашиот компјутер или да го отпечатите и да го потпишете.

ДЕЛ А - ваши (на клиентот) податоци.

ДЕЛ Б - податоци за потенцијалниот поддржувач.

ДЕЛ В или Г - податоци за врската, ваша (на клиентот) согласност и согласност од потенцијалниот поддржувач за врската. Пополнете го само едниот дел, В или Г, во согласност со тоа каква ќе биде врската со поддржувачот.

ДЕЛ Д - Декларација за конфликт на интереси која треба да ја потполни потенцијалниот поддржувач во консултација со вас (клиентот).

Како да го поднесете овој образец

Откога ќе го потполните и потпишете образецот според горенаведените упатства, испратете го на My Aged Care на некој од следниве начини:

1. Ставете го на вашата Online Account сметка (повеќе информации за тоа како да влезете на вашата Online Account сметка на веб-страницата на My Aged Care на: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) или
2. Испратете електронска копија преку интернет образецот од My Aged Care на: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> или
3. Испратете го по пошта на:
My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216 или
4. Донесете го лично во центар на Services Australia каде што Службеникот за општи услуги може да ви помогне да поднесете документи до My Aged Care или да закажете состанок со Aged Care Specialist Officer кој може да ги внесе документите на интернет страницата на My Aged Care. Вие може да се јавите на Services Australia на телефон 1800 227 475 за да закажете состанок лице в лице или
5. Лично со проценувач, ако вие (клиентот) или потенцијалниот поддржувач имате закажано состанок за проценка наскоро.

За потенцијалните поддржувачи, кои се исто така назначени доносител на одлуки, ве молиме да проверите дали имате поднесено доказ за вашето важечко и активно правно овластување да донесувате одлуки во име на клиентот пред да го поднесете овој образец. Ова се смета како правна документација. Исто така може да биде потребен медицински доказ за клиентот за да докажете дека вашето овластување е важечко.

Ако сакате да проверите дали My Aged Care го има примено вашиот образец, ве молиме почекајте пред да ни се јавите (два работни дена за поднесок преку интернет, шест работни дена преку пошта).

Кој е следниот чекор после поднесокот до My Aged Care

Кога My Aged Care ќе го прими вашиот пополнет образец, ако е потребно тие ќе ве запишат обајцата, и вас и вашиот потенцијален поддржувач, и ќе ви се јават нему или вам ако им се потребни дополнителни информации за да продолжат со барањето за регистрирање на врска со поддржувач.

Откога вашата врска со поддржувач ќе биде регистрирана, вашиот регистриран поддржувач може да се јави на My Aged Care на телефон **1800 200 422** во врска со вашите услуги за неџа на постари лица и потреби, вклучувајќи и било каква проценка. Вашиот регистриран поддржувач може да дејствува само во согласност со вашата волја и избор.

PART 1 - Aged Care Client Details (Your details)

[Дел А - Податоци за клиентот за нега на постари лица (ваши податоци)]

Вие мора да ги потполните сите полиња означени со ѕвездичка (*)

Title (select one):* [Титула (одберете една):*]

Mr [Г-дин] Mrs [Г-ѓа] Miss [Г-ѓица]
Ms [Г-ѓа/Г-ѓица] Dr [Д-р]
Other [Друго]

Last name* [Презиме*]

First name* [Име*]

Middle name [Средно име]

Preferred name [Сакам да ме викате]

Gender (select one):* [Пол (одберете еден):*]

Male [Машки] Female [Женски]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Неопределен/хермафродит/неопределен]
Not Specified [Не е наведено]

Date of Birth*
[Датум на раѓање*]

Phone Number*
[Број на телефон*]

Home Address Line 1* [Домашна адреса, прв ред*]

Home Address Line 2 [Домашна адреса, втор ред]

State/Territory*
[Држава/Територија*]

Postcode*
[Поштенски број*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) или
DVA card # [Број на Medicare картичка (вклучувајќи го и
референтниот број) или број на DVA картичка#]

Aged Care (AC) ID (ако ја знаете) [Идентификациска картичка
од Aged Care (ако ја знаете)]

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

Како најдобро ќе ја опишете врската со предложениот поддржувач (одберете една опција)?*

Registered supporter, where you and the registered
supporter are consenting to the relationship
[Регистриран поддржувач, при што вие и регистрираниот
поддржувач се согласувате за врската]

Пополнете го ДЕЛОТ Б и В.
Пополнете го ДЕЛОТ Д ако вашиот
потенцијален поддржувач има за
пријавување конфликт на интереси

Registered supporter, who is also an appointed
decision maker with active, legal authority for you
[Регистриран поддржувач кој е исто така назначен
доносител на одлуки со важечко правно овластување
за вас]

Пополнете го ДЕЛОТ Б и Г.
Пополнете го ДЕЛОТ Д ако имате за
пријавување конфликт на интереси

PART B - Prospective Supporter's Details

[ДЕЛ Б - Податоци за потенцијалниот поддржувач]

Вие мора да ги потполните сите полиња означени со ѕвездичка (*)

Title (select one):* [Титула (одберете една):*]

Mr [Г-дин] Mrs [Г-ѓа] Miss [Г-ѓица]
Ms [Г-ѓа/Г-ѓица] Dr [Д-р]
Other [Друго]

Last name* [Презиме*]

First name* [Име*]

Middle name [Средно име]

Preferred name [Сакам да ме викате]

Gender (select one):* [Пол (одберете еден):*]

Male [Машки] Female [Женски]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Неопределен/хермафродит/неопределен]
Not Specified [Не е наведено]

Date of Birth*
[Датум на раѓање*]

Phone Number*
[Број на телефон*]

Home Address Line 1* [Домашна адреса, прв ред*]

Home Address Line 2 [Домашна адреса, втор ред]

State/Territory*
[Држава/Територија*]

Postcode*
[Поштенски број*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) или
DVA card # [Број на Medicare картичка (вклучувајќи го и
референтниот број) или број на DVA картичка#]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)
[Врска на Потенцијалниот поддржувач со Клиентот
(одберете една)]

Child [Дете] Parent [Родител]
Spouse/Partner [Сопруг/а / Партнер] Neighbour [Сосед]
Friend [Пријател] Other [Друго]

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [ДЕЛ В - Регистрација на поддржувач со ваша согласност и согласност на потенцијалниот поддржувач]

Ве молиме потполнете ги сите полиња ако регистрирате поддржувач без да се повикате на правно овластување за донесување одлуки за клиентот

Да биде потполнето од клиентот

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [Согласност на клиентот за неа на постари лица да регистрира врска и Изјава]

Се согласувам да се регистрира наменуваното лице во овој образец како мој поддржувач според *Aged Care Act 2024*. Јас разбираам дека мојот поддржувач може да бара, да добие и да има пристап до информации и документи, и да споделува информации во согласност со мојата волја и избор, за да ме поддржи да направам нешта според *Aged Care Act 2024*, или заради негови цели (ова ја исклучува целта за тест на средства). Јас се согласувам Министерството да добива мои лични податоци од мојот поддржувач и истите да ги употребува со цел за старосна нега. Јас разбираам дека Australian Privacy Principles може да не важат за мојот поддржувач ако тој/таа добие било какви информации или документ кој им се испратени во нивната улога на мој поддржувач.

Yes [Да]

No [Не]

Consent to sharing information with your supporter [Согласност за споделување информации со вашиот поддржувач]

Јас се согласувам било кои податоци или документ кои може или мора да ми бидат дадени според *Aged Care Act 2024*, исто така да му бидат дадени на мојот поддржувач. Јас разбираам дека ова ќе вклучува и минати информации и документи кои се наоѓаат во моето My Aged Care досие како клиент.

Yes [Да]

No [Не]

I declare that:

[Јас тврдам дека:]

- Доброволно пријавувам поддржувач.
- Информациите кои им ги давам на My Aged Care се точни, целосни и исправни.

I understand and have read:

[Ги разбираам и ги прочитав:]

- Должностите на регистриран поддржувач онака како што се зацртани на страница 7 од овој образец.
- Условите и околностите за регистрација во My Aged Care онака како што се зацртани на страница 7 од овој образец.

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

[Кога ќе започне врска (ден/месец/година)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Кога ќе заврши врска (ден/месец/година или оставете празно ако нема краен датум)?]

Aged Care Client's full name

[Цело име и презиме на клиентот на Aged Care]

Aged Care Client's full name [Потпис на клиентот на Aged Care]

Date signed [Датум на потпишување]

Да биде потполнето од клиентот

Supporter's consent and Declaration

[Согласност и изјава од поддржувачот]

Се согласувам да бидам регистриран како поддржувач според *Aged Care Act 2024 година* за наменуваниот клиент во овој образец. Јас разбираам дека може да побарам, да добијам и да имам пристап до информации и документи, и да споделувам информации во согласност со волјата и изборот на клиентот, за да го поддржам да направи нешта според *Aged Care Act 2024 година* или заради негови цели (освен со цел за тест на средства). Јас се согласувам Министерството да го објави моето име, податоци за контакт, улога и статус (тековен, суспендиран или откажан) како поддржувач на клиентот и на било кои други поддржувачи кои се регистрирани за клиентот. Јас разбираам дека Australian Privacy Principles може да не важат за клиентот или за друг поддржувач ако тие добијат информации или документ што ги содржи моите лични податоци. Јас потврдувам дека како поддржувач мора да се придржувам кон должностите кои ми се одредени од *Aged Care Act 2024*, вклучувајќи и почитување на правата на клиентот на приватност и заштита на неговите лични податоци. Ако се променат моите околности на начин кој ќе влијае врз мојата можност или способност да делувам како поддржувач, ќе се јавам на My Aged Care.

Yes [Да]

No [Не]

Conflict of Interest [Конфликт на интереси]

Ако за вас постои конфликт на интереси (било вистински, потенцијален или претпоставен) кога делувате како поддржувач на клиентот наведен во овој образец, потполнете го образецот Изјава за конфликт на интереси во ДЕЛОТ Д, вклучувајќи го и тоа како овој конфликт да се избегне и како да се справиме со него. Потенцијалните поддржувачи треба со клиентот наведен во овој образец, кој тие сакаат да го поддржат, да разговараат за било кој конфликт на интереси, вклучувајќи го и тоа како овој конфликт да се избегне или како да се справиме со него. За повеќе информации што е тоа конфликт на интереси посетете ја интернет страницата: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Постои конфликт на интереси за мене (било вистински, потенцијален или претпоставен) кога делувам како поддржувач за клиентот наведен во овој образец.

Yes (provide details in PART E) [Да (наведете податоци во ДЕЛОТ Д)]

No (do not fill in PART E) [Не (не го потполнувајте ДЕЛОТ Д)]

I declare that: [Јас изјавувам дека:]

- Доброволно пријавувам поддржувач.
- Информациите кои им ги давам на My Aged Care се точни, целосни и исправни.

I understand and have read: [Јас ги разбираам и ги прочитав:]

- Должностите на регистриран поддржувач онака како што се зацртани на страница 7 од овој образец.
- Условите и околностите за регистрација во My Aged Care онака како што се зацртани на страница 7 од овој образец.

Prospective supporter's full name

[Име и презиме на потенцијалниот поддржувач]

Prospective supporter's signature

[Потпис на потенцијалниот поддржувач]

Date signed [Датум на потпишување]

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [ДЕЛ Г - Пријавување на поддржувач кој исто така е назначен за доносител на одлуки со важечко правно овластување]

Ве молиме пополнете ги сите полиња ако имате правно овластување да настапувате во име на клиентот според *Aged Care Act 2024 год. (Cth)*.

Supporter's consent and Declaration

[Согласност и изјава на поддржувачот]

Тврдам дека сум легално назначен доносител на одлуки за клиентот наведен во овој образец. Разбирам дека моето легално овластување за моето назначување мора да е важечко кога настапувам во име на клиентот и дека мора да настапувам во согласност со одредбите на Комонвелтот, државата или територијата за тоа назначување, вклучувајќи го и мојот опсег на овластување за донесување на одлуки.

Се согласувам да бидам регистриран како поддржувач на клиентот според *Aged Care Act 2024*. Јас разбирам дека може да побарам, да добијам и да имам пристап до информации и документи, и да споделувам информации во согласност со волјата и изборот на клиентот, за да го поддржам да направи нешта според *Aged Care Act 2024* или заради негови цели (освен со цел за тест на средства).

Јас се согласувам Министерството да го објави моето име, податоци за контакт, улога и статус (тековен, суспендиран или откажан) како поддржувач на клиентот и било кои други поддржувачи кои се регистрирани за клиентот.

Јас разбирам дека Australian Privacy Principles може да не важат за клиентот или за друг поддржувач ако тие добијат информации или документ што ги содржи моите лични податоци.

Јас потврдувам дека како поддржувач мора да се придржувам кон должностите кои ми се одредени од *Aged Care Act 2024 година*, вклучувајќи и почитување на правата на клиентот на приватност и заштита на неговите лични податоци. Ако се променат моите околности на начин кој ќе влијае врз мојата можност или способност да делувам како поддржувач, ќе се јавам на My Aged Care.

Yes [Да]

No [Не]

Supporting Documents

[Придружни документи]

Приложете копија од вашиот правен документ и ако е потребно медицинска потврда за клиентот, за да покажете дека вашето овластување е важечко.

За повеќе информации за важечки, назначени доносители на одлуки посетете ја интернет страницата на My Aged Care на: <https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

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

[Кога ќе започне врската (ден/месец/година)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Кога ќе заврши врската (ден/месец/година или оставете празно ако нема краен датум)?]

Conflict of Interest

[Конфликт на интереси]

Ако за вас постои конфликт на интереси (било вистински, потенцијален или претпоставен) кога делувате како поддржувач на клиентот наведен во овој образец, тогаш потполнете го образецот Изјава за конфликт на интереси во ДЕЛОТ Д, вклучувајќи го и тоа како овој конфликт да се избегне и како да се справиме со него.

Потенцијалните поддржувачи треба со клиентот наведен во овој образец, кој тие сакаат да го поддржат, да разговараат за било кој конфликт на интереси, вклучувајќи го и тоа како овој конфликт да се избегне или како да се справиме со него.

За повеќе информации што е тоа конфликт на интереси посетете ја интернет страницата: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Постои конфликт на интереси за мене (било вистински, потенцијален или претпоставен) кога делувам како поддржувач за клиентот наведен во овој образец.

Yes (provide details in PART E)

[Да (наведете податоци во ДЕЛОТ Д)]

No (do not fill in PART E) [Не (не го потполнувајте ДЕЛОТ Д)]

I declare that:

[Јас тврдам дека:]

- Доброволно пријавувам поддржувач.
- Информациите кои им ги давам на My Aged Care се точни, целосни и исправни.

I understand and have read:

[Ги разбираам и ги прочитав:]

- Должностите на регистриран поддржувач онака како што се зацртани на страница 7 од овој образец.
- Условите и околностите за регистрација во My Aged Care онака како што се зацртани на страница 7 од овој образец.

Prospective supporter's full name

[Име и презиме на потенцијалниот поддржувач]

Prospective supporter's signature

[Потпис на потенцијалниот поддржувач]

Date signed [Датум на потпишување]

PART E - Conflict of Interest Declaration [ДЕЛ Д - Изјава за конфликт на интереси]

Конфликт на интереси

Ако имате конфликт на интереси (било вистински, потенцијален или претпоставен) кога настапувате како регистриран поддржувач на клиентот наменет во овој образец, ве молиме информирајте не подолу, вклучувајќи го и тоа како да се избегне овој конфликт и како да се справиме со него. Потенцијалните поддржувачи треба со клиентот наведен во овој образец, кој тие сакаат да го поддржат, да разговараат за било кој конфликт на интереси, вклучувајќи го и тоа како овој конфликт да се избегне или како да се справиме со него.

За повеќе информации што е тоа конфликт на интереси посетете ја интернет страницата: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Веќе сте регистриран поддржувач?

Ако сте веќе регистриран како поддржувач и пријавувате конфликт на интереси поврзани со вашата постоечка врска, ве молиме наведете ги подолните податоци за идентификација. Ако сте **веќе** регистрирани, може да го поднесете Делот Д до Гувернерот на системот преку интернет, користејќи го образецот за регистрирани поддржувачи (Registered Supporters) на интернет страницата на Aged Care на:

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

Aged Care Client's Details

[Податоци за клиентот на Aged Care]

Last name [Презиме]

First name [Име]

Date of Birth [Датум на раѓање]

Aged Care (AC) ID (if known) [Идентификациска картичка на Aged Care (ако ви е позната)]

Supporter's Details [Податоци за поддржувачот]

Last name [Презиме]

First name [Име]

Date of Birth [Датум на раѓање]

Aged Care (AC) ID (if known) [Идентификациска картичка на Aged Care (ако ви е позната)]

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

[Податоци за конфликтот, вклучувајќи ги и вашите предлог-стратегии за справување со конфликтот и негово избегнување:

(Ве молиме наведете го ова на англиски јазик или јавете се на центарот за контакти на My Aged Care за да ја дадете оваа изјава во присуство на преведувач)

Prospective/Registered Supporter to complete: [Да биде потполнето од потенцијалниот/регистрациониот поддржувач:]

I agree that: [Се согласувам дека:]

Мојот конфликт на интереси може исто така да биде споделен со клиентот наведен во овој образец или со неговиот важечки назначен доносител на одлуки.

Prospective Supporter or Supporter's Signature

[Потпис на потенцијалниот поддржувач или на поддржувачот]

Date Signed

[Датум на потпишување]

My Aged Care и Department of Health, Disability and Ageing ги собираат вашите лични податоци за да ви овозможат пристап до старосна нега или слични услуги за вас или за некој кого вие го поддржувате. За повеќе информации за тоа како постапуваме со вашите лични податоци, ве молиме прочитајте ги нашите белешки за приватност на интернет страницата на My Aged Care: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Должности на регистрираниот поддржувач според Aged Care Act 2024]

Сите регистрирани поддржувачи имаат обврски според Законот кои мора да ги почитуваат. Регистрираните поддржувачи мора да делуваат чесно, вредно и добронамерно кога ги извршуваат овие обврски. Овие обврски се со намера да се промовира безбедноста, правата и волјата и изборот на постарото лице.

Регистрираните поддржувачи мора:

- Да настапуваат на начин кој ги промовира волјата и изборот, како и личната, културната и општествената благосостојба на постарото лице кое тие го поддржуваат.
- Да го поддржуваат постарото лице само до потребниот степен за тоа постаро лице да донесува сопствени одлуки.
- Да настојуваат најдобро што можат да ја одржат способноста на постарото лице да донесува сопствени одлуки.
- Да избегнуваат или да се справуваат со било кој конфликт на интереси кој го имаат во нивната улога како поддржувач (било вистински, потенцијален или претпоставен) и да го известат Гувернерот на системот за конфликти, ако истите се појават.

Освен тоа, регистриран поддржувач мора да го известат Гувернерот на системот за било кои околности кои ќе влијаат или може да влијаат врз нивната способност:

- да делуваат како регистриран поддржувач
- да ги почитуваат своите обврски или било кои барања или известувања кои им се дадени од Гувернерот на системот, или
- да бидат контактирани од страна на Гувернерот на системот.

Информациите кои поддржувачот ги бара, ги добива или ги споделува во неговата улога како регистриран поддржувач, не смеат да се злоупотребуваат.

Некои регистрирани поддржувачи исто така имаат и старателство, трајно полномошно или слично правно овластување. Овие лица се назначени доносител на одлуки за постарото лице и можат да донесуваат одлуки во име на постарото лице според одредбите на Комонвелтот, државите или териториите. Назначен доносител на одлуки може да донесува одлуки во име на постарото лице само ако се во согласност со нивното важечко правно овластување.

Terms and Conditions of My Aged Care [Услови и околности на My Aged Care]

Општо (сите страни)

Јас разбираам:

- Дека со поднесувањето на ова барање да бидам или да имам регистриран поддржувач ќе се направи досие во My Aged Care за сите страни во врската со поддржувачот, под услов јас или другата страна да немаме досега таква врска. Ако врската со поддржувачот биде регистрирана, тогаш потпаѓа под *Aged Care Act 2024 (Cth)*.
- Мора да го информирам My Aged Care за било какви промени на мојата адреса и контакт податоци, и промени во околностите на лицето кое се регистрира да ме поддржува или на лицето за кое јас се регистрирам дека ќе го поддржувам.
- Давање неточни или погрешни податоци е сериозен прекршок.
- Јас можам да побарам да се откаже оваа регистрација во било кој момент со тоа што ќе се јавам на My Aged Care на телефон 1800 200 422, или преку мојата Online Account сметка или кај Aged Care Specialist Officer, или кај проценител.

Клиент

Јас разбираам дека My Aged Care може:

- Да собира податоци за мене од мојот регистриран поддржувач.
- Да му дава информации или документи на мојот регистриран поддржувач, вклучувајќи го и мојот напредок во My Aged Care.
- Да презема дејствија како одговор на информации кои мојот регистриран поддржувач ги споделил со мене.

My Aged Care може да го стори горенаведеното во согласност со мојата изразена волја и желби или онака како што е предвидено со законот.

Регистриран поддржувач

Јас разбираам:

- Дека било кои информации кои ќе ги добијам од My Aged Care мора да се чуваат во тајност и нема да се употребат или да бидат откриени на било кое неовластено лице без дозвола од клиентот за кој сум регистриран дека ќе го поддржувам, освен ако таквата употреба или откривање не се поинаку законски одобрени.
- Дека било кое дејствие кое ќе го преземам како регистриран поддржувач мора да биде во согласност со волјата и изборот на лицето кое го поддржувам.
- Дека моите лични податоци ги собира My Aged Care и може да ги сподели со било кои проценители, даватели на услуги, организации, медицински лица, Aged Care Quality and Safety Commission [Комисијата за квалитет и безбедност на негата на постари лица] и други регистрирани поддржувачи кои го поддржуваат лицето кое јас го поддржувам.
- Дека моето име и телефонски број ќе бидат споделени со сите други регистрирани поддржувачи и организации, со цел да ми се овозможи да му помагам на лицето кое го поддржувам.
- Ако бидам назначен за главен контакт, јас ќе бидам првиот контакт за My Aged Care за лицето за кое сум регистриран да го поддржувам.