



Australian Government



myagedcare

My Aged Care Registration of a Supporter Form [सहयोगकर्ता दर्ता फारम]

Nepali – नेपाली

	यो फारम कहिले प्रयोग गर्ने?		तपाईं र तपाईंको जानकारीको सुरक्षा		थप जानकारीको लागि
	<p>यो फारमको उद्देश्य भनेको तपाईंलाई My Aged Care सहित वृद्ध हेरचाह सेवाहरू फेला पार्न र पहुँच गर्न मद्दत गर्नको लागि एक सहयोगकर्तालाई दर्ता गर्नु हो।</p> <p>यदि तपाईं सरकारी अनुदानप्राप्त वृद्ध हेरचाह सेवाहरूमा पहुँच गर्न चाहनुहुन्छ भने, तपाईंले My Aged Care मा दर्ता गर्न आवश्यक छ। यो गर्नका लागि, तपाईंले या त My Aged Care लाई आफैं फोन गर्न सक्नुहुन्छ वा तपाईंसँग अरू कसैले My Aged Care मा कुरा गर्न सक्छन्।</p> <p>तपाईंले मूल्याङ्कन आवेदन प्रक्रियाको भागको रूपमा यहाँ अनलाइन दर्ता गर्न पनि सक्नुहुन्छ: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p> <p>यस फारमको प्रयोग गरेर, तपाईंको सूचना अनुरोध र पहुँच गर्ने लगायत तपाईंको वृद्ध हेरचाह निर्णयहरू गर्न र सञ्चार गर्न मद्दत गर्नको लागि एक सहयोगकर्तालाई दर्ता गर्न सकिन्छ। सहयोगकर्ता सम्बन्ध आर्थिक हैसियत परीक्षण, वा अन्य अष्ट्रेलियाली सरकारी निकायहरूसँग प्रतिनिधि वा मनोनीत सम्बन्धहरूमा लागू हुँदैन।</p>	<p>तपाईं, र तपाईंको दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताको व्यक्तिगत जानकारी, <i>Privacy Act 1988 (Cth)</i> [गोपनीयता एन 1988 (संघीय)] र Australian Privacy Principles [अष्ट्रेलियाली गोपनीयता सिद्धान्तहरू] सहितका कानूनद्वारा सुरक्षित छ।</p> <p>तपाईंको व्यक्तिगत जानकारी My Aged Care र Department of Health, Disability and Ageing [स्वास्थ्य, अशक्तता र वृद्धावस्था विभाग] ले तपाईं वा तपाईंले सहयोग गर्ने कसैको लागि वृद्ध हेरचाह वा सम्बन्धित सेवाहरूमा पहुँच सक्षम गर्नको लागि सङ्कलन गरिएको छ।</p> <p>हामी तपाईंको व्यक्तिगत जानकारी कसरी सम्हाल्छौं भन्नेबारे थप जानकारीको लागि कृपया My Aged Care वेबसाइटमा हाम्रो गोपनीयता सूचनाहरू पढ्नुहोस्: https://www.myagedcare.gov.au/privacy</p> <p>अष्ट्रेलिया सरकारद्वारा वित्त पोषित वृद्ध हेरचाह प्रदायकहरू र वृद्ध हेरचाह सेवाहरूको मूल्याङ्कन र प्रावधानको लागि मूल्याङ्कन संगठनहरूद्वारा पनि तपाईंको व्यक्तिगत जानकारी सङ्कलन गर्न सकिन्छ।</p>	<p>यस फारमको विषयमा My Aged Care का कोही व्यक्तिसँग कुरा गर्नका लागि:</p> <ul style="list-style-type: none"> My Aged Care लाई सोमबारदेखि शुक्रबार, बिहान 8:00 बजेदेखि बेलुका 8:00 बजेसम्म र शनिबार बिहान 10:00 बजेदेखि 2:00 बजेसम्म 1800 200 422 मा फोन गर्नुहोस्। Aged Care Specialist Officer (ACSO) [वृद्ध हेरचाह विशेषज्ञ अधिकारी] सँग व्यक्तिगत रूपमा भेट्नुहोस्। सोमबारदेखि शुक्रबार (कामकाजी दिनहरू) मा बिहान 8 बजेदेखि बेलुका 8 बजेसम्म 1800 227 475 मा फोन गरेर भेट्ने समय (अपोइन्टमेन्ट) लिनुहोस्। अद्यावधिक ACSO स्थानहरूबारे थप जानकारीको लागि तपाईंले Services Australia वेबसाइट हेर्न सक्नुहुन्छ। <p>थप जानकारीको लागि तपाईंले My Aged Care वेबसाइट पनि हेर्न सक्नुहुन्छ: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p>		

My Aged Care मा दर्ता गरिएको सहयोगकर्ता भनेको के हो?

दर्ता गरिएका सहयोगकर्ताहरूले वृद्ध व्यक्तिलाई वृद्ध हेरचाहको बारेमा आफ्नै निर्णयहरू गर्न र सञ्चार गर्न मद्दत गर्छन्। यसमा My Aged Care र अन्य कुनै दैनिक वृद्ध हेरचाह निर्णयहरूमा पहुँच समावेश छ। दर्ता गरिएका सहयोगकर्ताहरूले वृद्ध व्यक्तिको बारेमा जानकारी अनुरोध, पहुँच र प्राप्त गर्न सक्छन्। तिनीहरूले वृद्ध व्यक्तिको ज्ञात इच्छा र प्राथमिकताहरू अनुरूप, वृद्ध व्यक्तिको लागि जानकारी सञ्चार गर्न पनि सक्छन्।

केही दर्ता गरिएका सहयोगकर्ताहरूसँग संरक्षकत्व, स्थायी अधिकृत वारिसनामा वा ती समान कानूनी अधिकार पनि हुन्छ। यी व्यक्तिहरू वृद्ध व्यक्तिको लागि नियुक्त निर्णयकर्ताहरू हुन्छन् र उनीहरूले संघीय, राज्य वा क्षेत्रीय व्यवस्थाहरू अन्तर्गत वृद्ध व्यक्तिको तर्फबाट निर्णयहरू लिन सक्छन्। नियुक्त निर्णयकर्ताले आफ्नो प्रभावकारी, कानूनी अधिकार अनुसार मात्र वृद्ध व्यक्तिको तर्फबाट निर्णय लिन सक्छ।

यी व्यक्तिहरूसँग निम्न अन्तर्गत *Aged Care Act 2024 (Cth)* [वृद्ध हेरचाह एन 2024] द्वारा मान्यताप्राप्त कानूनी निर्णय लिने अधिकार हुन सक्छ:

- enduring power of attorney [स्थायी अधिकृत वारिसनामा]
- स्थायी संरक्षकत्व
- अग्रिम स्वास्थ्य निर्देशन अन्तर्गत, जहाँ त्यो निर्देशले स्थायी निर्णय लिने अधिकार प्रदान गर्दछ
- अग्रिम व्यक्तिगत योजना (नर्थन टेरेटोरीमा)
- प्रतिबन्धात्मक अभ्यासहरूको व्यवस्थाले संघीय, राज्य र क्षेत्रको कानून अन्तर्गत निर्णय लिने क्षमतालाई प्रतिस्थापन गर्छ, वा
- संघीय, राज्य वा क्षेत्रको कानून अन्तर्गत बनेको अदालत, न्यायाधिकरण, समिति वा प्यानल (विशेषज्ञ समूह) बाट निर्णय लिने अधिकार प्रदान गर्ने नियुक्ति आदेश।

दर्ता गरिएको सहयोगकर्ता बन्नाले कुनै व्यक्तिलाई वृद्ध व्यक्तिको लागि निर्णय लिने अधिकार प्रदान गर्दैन। दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताको भूमिका भनेको वृद्ध व्यक्तिलाई आफ्नै निर्णय लिन सहयोग गर्नु हो।

यो फारम कसरी पूरा गर्ने?

तपाईंले आफ्नो कम्प्युटरमा यो फारम भर्न सक्नुहुन्छ वा छाप र हस्ताक्षर गर्न सक्नुहुन्छ।

भाग A – तपाईंको (ग्राहकका) विवरणहरू।

भाग B – सम्भावित सहयोगकर्ताका विवरणहरू।

भाग C वा D – सम्बन्धबारे विवरणहरू, तपाईंको (ग्राहकको) सहमति र सम्बन्धमा सम्भावित सहयोगकर्ताको सहमति। सहयोगकर्ता सम्बन्ध सिर्जना गरिएको अनुसार भाग C वा D मध्ये एउटा मात्र भर्नुहोस्।

भाग E – तपाईं (ग्राहक) सँग परामर्श गरेर सम्भावित सहयोगकर्ताद्वारा भर्ने स्वार्थ बाझिएको घोषणा [Conflict of Interest Declaration]।

यो फारम कसरी बुझाउने?

माथिका निर्देशनहरू अनुसार फारम भर्ने र हस्ताक्षर गरे पछि, निम्न विधिहरू मध्ये कुनै एक प्रयोग गरेर My Aged Care मा पठाउनुहोस्:

1. तपाईंको अनलाइन खातामा अपलोड गर्नुहोस् (तपाईंको अनलाइन खाता कसरी पहुँच गर्ने भन्नेबारे थप जानकारी My Aged Care वेबसाइटमा उपलब्ध छ: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) वा
2. My Aged Care मार्फत प्राप्त अनलाइन फारमको डिजिटल प्रतिलिपि पठाउनुहोस्: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> मा वा
3. हुलाकबाट पठाउनुहोस्: My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216 वा
4. व्यक्तिगत रूपमा Services Australia केन्द्रमा गएर जहाँ सामान्य सेवा अधिकारीले तपाईंलाई My Aged Care मा कागजातहरू पेश गर्न मद्दत गर्न सक्छन् वा My Aged Care मा कागजातहरू अपलोड गर्न सक्ने Aged Care Specialist Officer सँग अपोइन्टमेन्ट बुक गर्न सक्छन्। तपाईंले आमने-सामने अपोइन्टमेन्ट बुक गर्नको लागि Services Australia लाई 1800 227 475 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ वा
5. यदि तपाईं (ग्राहक) वा सम्भावित सहयोगकर्तासँगको मूल्याङ्कन अपोइन्टमेन्ट आउँदैछ भने एक मूल्याङ्कनकर्तासँग व्यक्तिगत रूपमा भेट्न सक्नुहुन्छ।

सम्भावित सहयोगकर्ताहरूका लागि, जो निर्णयकर्ताहरू पनि नियुक्त गरिएका हुन्छन्, कृपया यो फारम फिर्ता गर्नु अघि ग्राहकको लागि निर्णयहरू लिनको लागि तपाईंको वैध र प्रभावकारी कानूनी अधिकारको प्रमाण संलग्न गरेको सुनिश्चित गर्नुहोस्। यो कानूनी कागजात हुन सक्ने सम्भावना हुन्छ। तपाईंको अधिकार प्रभावकारी छ भनेर देखाउन ग्राहकको बारेमा चिकित्सकीय प्रमाणले पनि आवश्यक हुन सक्छ।

यदि तपाईं My Aged Care ले तपाईंको फारम प्राप्त गरेको छ कि छैन भनेर जाँच गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया फोन गर्नु अघि पखनुहोस् (अपलोडको लागि दुइ व्यावसायिक दिन, हुलाकबाट पठाएको भए, छ व्यावसायिक दिन)।

My Aged Care मा पेश गरे पछि अर्को चरणहरू

जब My Aged Care ले तपाईंको पूरा गरिएको फारम प्राप्त गर्दछ, तिनीहरूले तपाईं र तपाईंको सम्भावित सहयोगकर्ता दुवैलाई आवश्यक भएमा My Aged Care मा दर्ता गर्न सक्छन्, र यदि उनीहरूलाई सहयोगकर्ता सम्बन्ध दर्ता गर्ने तपाईंको अनुरोधलाई अगाडि बढाउन थप जानकारी चाहिन्छ भने तपाईं दुवै मध्ये कसैलाई सम्पर्क गर्न सक्छन्।

तपाईंको सहयोगकर्ता सम्बन्ध दर्ता भएपछि, तपाईंको दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताले तपाईंको वृद्ध हेरचाह सेवाहरू र आवश्यकताहरू, कुनै मूल्याङ्कन सहितको बारेमा बुझ्न My Aged Care लाई **1800 200 422** मा सम्पर्क गर्न सक्छ। तपाईंको दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताले तपाईंको इच्छा र प्राथमिकताहरू अनुरूप मात्र कार्य गर्न सक्छ।

PART A - Aged Care Client Details (Your details)

[भाग A - वृद्ध हेरचाह ग्राहक विवरण (तपाईंका विवरणहरू)]

तपाईंले तारांकन चिन्ह (*) लगाइएका सबै क्षेत्रहरू पूरा गर्नुपर्छ

Title (select one):* [शीर्षक (एउटा चयन गर्नुहोस्):*]

Mr [श्री] Mrs [श्रीमती] Miss [सुश्री]
Ms [सुश्री/श्रीमती] Dr [डा] Other [अन्य]

Date of Birth*
[जन्ममिति*]

Phone Number*
[फोन नम्बर*]

Home Address Line 1* [घरको ठेगाना लाइन 1*]

Last name* [थर*]

Home Address Line 2 [घरको ठेगाना लाइन 2]

First name* [नाम*]

State/Territory*
[राज्य/क्षेत्र*]

Postcode*
[पोस्टकोड*]

Middle Name [बीचको नाम]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or
DVA card # [मेडिकेयर कार्ड # (व्यक्तिगत सन्दर्भ नम्बर सहित) वा DVA कार्ड #]

Preferred Name [रोजाइको नाम]

Aged Care (AC) ID (if known) [वृद्ध हेरचाह (AC) ID (ज्ञात भएमा)]

Gender (select one):* [लिंग (एउटा छान्नुहोस्):*]

Male [पुरुष] Female [महिला]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[अनिश्चित/अन्तरलिंगी/अनिर्दिष्ट]
Not Specified [निर्दिष्ट गरिएको छैन]

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

[तपाईंको प्रस्तावित सहयोगकर्ता सम्बन्धलाई कुन कुराले राम्रोसँग वर्णन गर्दछ (एउटा छान्नुहोस्)?*]

Registered supporter, where you and the registered supporter are consenting to the relationship
[दर्ता गरिएको सहयोगकर्ता, जहाँ तपाईं र दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताले सम्बन्धमा सहमति जनाउँदै हुनुहुन्छ]

Registered supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority for you
[दर्ता गरिएको सहयोगकर्ता, जो तपाईंको लागि प्रभावकारी, कानूनी अधिकार सहितको नियुक्त निर्णयकर्ता पनि हुनुहुन्छ]

भाग B र भाग C पूरा गर्नुहोस्। यदि तपाईंको सम्भावित सहयोगकर्तासँग स्वार्थ बाझिएको घोषणा गर्नु छ भने भाग E पूरा गर्नुहोस्

भाग B र भाग D पूरा गर्नुहोस्। यदि तपाईंसँग स्वार्थ बाझिएको घोषणा गर्नु छ भने भाग E पूरा गर्नुहोस्

PART B - Prospective Supporter's Details

[भाग B - सम्भावित सहयोगकर्ताका विवरणहरू]

तपाईंले तारांकन चिन्ह (*) लगाइएका सबै क्षेत्रहरू पूरा गर्नुपर्छ

Title (select one):* [शीर्षक (एउटा चयन गर्नुहोस्):*]

Mr [श्री] Mrs [श्रीमती] Miss [सुश्री]
Ms [सुश्री/श्रीमती] Dr [डा] Other [अन्य]

Date of Birth*
[जन्ममिति*]

Phone Number*
[फोन नम्बर*]

Home Address Line 1* [घरको ठेगाना लाइन 1*]

Last name* [थर*]

Home Address Line 2 [घरको ठेगाना लाइन 2]

First name* [नाम*]

State/Territory*
[राज्य/क्षेत्र*]

Postcode*
[पोस्टकोड*]

Middle Name [बीचको नाम]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or
DVA card # [मेडिकेयर कार्ड # (व्यक्तिगत सन्दर्भ नम्बर सहित) वा DVA कार्ड #]

Preferred Name [रोजाइको नाम]

Gender (select one):* [लिंग (एउटा छान्नुहोस्):*]

Male [पुरुष] Female [महिला]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[अनिश्चित/अन्तरलिंगी/अनिर्दिष्ट]
Not Specified [निर्दिष्ट गरिएको छैन]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)

[सम्भावित सहयोगकर्ताको ग्राहकसँगको सम्बन्ध (एउटा छान्नुहोस्)]

Child [बच्चा] Parent [अभिभावक]
Spouse/Partner [जीवनसाथी/पार्टनर] Neighbour [छिमेकी]
Friend [साथी] Other [अन्य]

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [भाग C - तपाईंको र सम्भावित सहयोगकर्ताको सहमतिमा सहयोगकर्ता दर्ता गर्ने]

यदि तपाईं ग्राहकको लागि कानूनी निर्णय लिने अधिकारमा निर्भरताबिना नै सहयोगकर्ता दर्ता गर्दै हुनुहुन्छ भने कृपया सबै क्षेत्रहरू पूरा गर्नुहोस्

ग्राहकले पूरा गर्नु पर्ने

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration

[सम्बन्ध र घोषणा दर्ता गर्न वृद्ध हेरचाह ग्राहकको सहमति]

म यस फारममा नाम दिइएको व्यक्तिलाई Aged Care Act 2024 अन्तर्गत मेरो सहयोगकर्ताको रूपमा दर्ता गर्न सहमत छु। म बुझ्छु कि मेरो सहयोगकर्ताले (आर्थिक हैसियत परीक्षणको उद्देश्य बाहेक) Aged Care Act 2024 अन्तर्गत वा यसको उद्देश्यका लागि केही कुरा गर्न मलाई मद्दत गर्न मेरो इच्छा र प्राथमिकताहरू अनुरूप जानकारी अनुरोध, पहुँच र प्राप्त गर्न, र जानकारी सञ्चार गर्न अनुरोध गर्न सक्छ। म विभागले मेरो सहयोगकर्ताबाट मेरो व्यक्तिगत जानकारी संकलन गर्न र वृद्ध हेरचाह उद्देश्यका लागि प्रयोग गर्नको लागि सहमत छु। म बुझ्छु कि मेरो सहयोगकर्ताको रूपमा उनीहरूलाई प्रदान गरिएको कुनै जानकारी वा कागजात प्राप्त भएमा Australian Privacy Principles मेरो सहयोगकर्तामा लागू नहुन सक्छन्।

Yes [हो]

No [होइन]

Consent to sharing information with your supporter

[तपाईंको सहयोगकर्तासँग जानकारी साझा गर्न सहमति]

Aged Care Act 2024 अन्तर्गत मलाई दिइने वा दिइनु पर्ने कुनै पनि जानकारी वा कागजात मेरो सहयोगकर्तालाई पनि दिन म सहमत छु। म बुझ्छु कि यसमा एतिहासिक जानकारी र कागजातहरू समावेश हुनेछन् जुन My Aged Care मा मेरो ग्राहक अभिलेखमा अवस्थित छन्।

Yes [हो]

No [होइन]

I declare that:

[म घोषणा गर्दछु कि:]

- म स्वेच्छाले एक सहयोगकर्ता दर्ता गर्दछु।
- मैले My Aged Care लाई प्रदान गरेको जानकारी सही, पूर्ण र ठीक छ।

I understand and have read:

[मैले निम्न कुरा बुझेको छु र पढेको छु:]

- यस फारम भित्रको पृष्ठ 7 मा उल्लिखित दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताका कर्तव्यहरू।
- यस फारम भित्रको पृष्ठ 7 मा उल्लिखित My Aged Care मा दर्ता गर्ने नियम र सर्तहरू।

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

[सम्बन्ध कहिले सुरु हुन्छ (दिन/महिना/साल)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [यो सम्बन्ध कहिले समाप्त हुनेछ (दिन/महिना/साल वा यदि अन्त्य मिति छैन भने खाली छोड्नुहोस्)?]

Aged Care Client's full name [वृद्ध हेरचाह ग्राहकको नामथर]

Aged Care Client's signature [वृद्ध हेरचाह ग्राहकको हस्ताक्षर]

Date signed [हस्ताक्षर गरिएको मिति]

ग्राहकले पूरा गर्नु पर्ने

Supporter's consent and Declaration

[सहयोगकर्ताको सहमति र घोषणा]

म यस फारममा नाम दिइएको ग्राहकको लागि Aged Care Act 2024 अन्तर्गत सहयोगकर्ताको रूपमा दर्ता हुन सहमत छु। म बुझ्छु कि मैले (आर्थिक हैसियत परीक्षणको उद्देश्य बाहेक) Aged Care Act 2024 अन्तर्गत वा यसको उद्देश्यका लागि केही कुरा गर्न ग्राहकहरूलाई मद्दत गर्न, उनीहरूको इच्छा र प्राथमिकताहरू अनुरूप जानकारी अनुरोध, पहुँच र प्राप्त गर्न, र जानकारी सञ्चार गर्न अनुरोध गर्न सक्छु। म विभागलाई सहयोगकर्ताको रूपमा मेरो नाम, सम्पर्क विवरणहरू, भूमिका र स्थिति (हालको, निलम्बित वा रद्द) ग्राहक र ग्राहकको लागि दर्ता भएका कुनै पनि अन्य सहयोगकर्ताहरूलाई खुलासा गर्न सहमत छु। म बुझ्छु कि यदि ग्राहक वा अन्य सहयोगकर्ताले मेरो व्यक्तिगत जानकारी भएको कुनै जानकारी वा कागजात प्राप्त गरेमा उनीहरूलाई Australian Privacy Principles लागू नहुन सक्छन्। म स्वीकार गर्दछु कि एक सहयोगकर्ताको रूपमा, मैले ग्राहकको गोपनीयताको अधिकारको सम्मान गर्न र उनीहरूको व्यक्तिगत जानकारी सुरक्षित राख्ने सहित Aged Care Act 2024 द्वारा म माथि लगाइएको कर्तव्यहरूको पालना गर्नुपर्छ। यदि मेरो परिस्थितिले मेरो सहयोगकर्ताको रूपमा कार्य गर्ने क्षमता वा सक्षमतालाई असर गर्ने तरिकामा परिवर्तन भयो भने, म My Aged Care लाई सम्पर्क गर्नेछु।

Yes [हो/हुन्छ]

No [हैन/हुँदैन]

Conflict of Interest [स्वार्थ बाझिएको/ हितको द्वन्द्व]

यदि तपाईंसँग यस फारममा नाम दिइएको ग्राहकको सहयोगकर्ताको रूपमा काम गर्न स्वार्थ बाझिएको (वास्तविक, सम्भावित वा बुझिएको) छ भने, कृपया यस बाझिएको स्वार्थलाई कसरी नकार्ने वा व्यवस्थापन गर्ने भन्ने व्याख्या सहित भाग E मा स्वार्थ बाझिएको घोषणा पूरा गर्नुहोस्। सम्भावित सहयोगकर्ताहरूले कुनै पनि स्वार्थ बाझिएको कुरा बारेमा छलफल गर्नुपर्छ, यो बाझिएको स्वार्थलाई कसरी हुन नदिने वा व्यवस्थापन गर्ने भन्नेलगायतका कुराहरू, उनीहरूले सहयोग गर्न चाहने यस फारममा नाम दिइएको ग्राहकसँग छलफल गर्नुपर्छ। स्वार्थ बाझिएको भनेको के हो भन्नेबारे थप जानकारीको लागि कृपया यहाँ जानुहोस्: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

यस फारममा नाम दिइएको ग्राहकको सहयोगकर्ताको रूपमा मेरो स्वार्थ बाझिएको (वास्तविक, सम्भावित वा बुझिएको) छ।

Yes (provide details in PART E)

[हो/छ (भाग E मा विवरणहरू प्रदान गर्नुहोस्)]

No (do not fill in PART E) [होइन/छैन (भाग E नभर्नुस्)]

I declare that: [म घोषणा गर्दछु कि:]

- म स्वेच्छाले एक सहयोगकर्ताको रूपमा दर्ता हुँदैछु।
- मैले My Aged Care लाई प्रदान गरेको जानकारी सही, पूर्ण र ठीक छ।

I understand and have read: [मैले निम्न कुरा बुझेको छु र पढेको छु:]

- यस फारम भित्रको पृष्ठ 7 मा उल्लिखित दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताका कर्तव्यहरू।
- यस फारम भित्रको पृष्ठ 7 मा उल्लिखित My Aged Care मा दर्ता गर्ने नियम र सर्तहरू।

Prospective supporter's full name

[सम्भावित सहयोगकर्ताको नामथर]

Prospective supporter's signature

[सम्भावित सहयोगकर्ताको हस्ताक्षर]

Date signed [हस्ताक्षर गरिएको मिति]

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [भाग D - एक सहयोगकर्ता दर्ता गर्ने, जो प्रभावकारी, कानूनी अधिकार सहितको एक नियुक्त निर्णयकर्ता पनि हो]

यदि तपाईंसँग Aged Care Act 2024 (Cth) द्वारा मान्यताप्राप्त ग्राहकको तर्फबाट कार्य गर्ने कानूनी अधिकार छ भने कृपया सबै क्षेत्रहरू पूरा गर्नुहोस्।

Supporter's consent and Declaration

[सहयोगकर्ताको सहमति र घोषणा]

म पुष्टि गर्दछु कि म यस फारममा नाम दिइएको ग्राहकको लागि कानूनी रूपमा नियुक्त निर्णयकर्ता हुँ। म बुझ्छु कि जब म ग्राहकको तर्फबाट काम गर्छु, मेरो अपोइन्टमेन्टको लागि मेरो कानूनी अधिकार प्रभावकारी हुनुपर्दछ, र मैले त्यो अपोइन्टमेन्टको लागि संघीय, राज्य वा क्षेत्रको व्यवस्थाहरू अनुसार साथै मेरो निर्णय गर्ने अधिकारको दायरा भित्र बसेर काम गर्नुपर्छ।

म ग्राहकको लागि Aged Care Act 2024 अन्तर्गत सहयोगकर्ताको रूपमा दर्ता हुन सहमत छु। म बुझ्छु कि मैले (आर्थिक हैसियत परीक्षणको उद्देश्य बाहेक) Aged Care Act 2024 अन्तर्गत वा यसको उद्देश्यका लागि केही कुरा गर्न ग्राहकहरूलाई मद्दत गर्न, उनीहरूको इच्छा र प्राथमिकताहरू अनुरूप जानकारी अनुरोध, पहुँच र प्राप्त गर्न, र जानकारी सञ्चार गर्न अनुरोध गर्न सक्छु।

म विभागलाई सहयोगकर्ताको रूपमा मेरो नाम, सम्पर्क विवरणहरू, भूमिका र स्थिति (हालको, निलम्बित वा रद्द) ग्राहक र ग्राहकको लागि दर्ता भएका कुनै पनि अन्य सहयोगकर्ताहरूलाई खुलासा गर्न सहमत छु।

म बुझ्छु कि यदि ग्राहक वा अन्य सहयोगकर्ताले मेरो व्यक्तिगत जानकारी भएको कुनै जानकारी वा कागजात प्राप्त गरेमा उनीहरूलाई Australian Privacy Principles लागू नहुन सक्छन्।

म स्वीकार गर्दछु कि एक सहयोगकर्ताको रूपमा, मैले ग्राहकको गोपनीयताको अधिकारको सम्मान गर्न र उनीहरूको व्यक्तिगत जानकारी सुरक्षित राख्ने सहित Aged Care Act 2024 द्वारा म माथि लगाइएको कर्तव्यहरूको पालना गर्नुपर्छ। यदि मेरो परिस्थितिले मेरो सहयोगकर्ताको रूपमा कार्य गर्ने क्षमता वा सक्षमतालाई असर गर्ने तरिकामा परिवर्तन भयो भने, म My Aged Care लाई सम्पर्क गर्नेछु।

Yes [हो]

No [होइन]

Supporting Documents

[सहायक कागजातहरू]

तपाईंको कानूनी कागजातको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस् र, यदि आवश्यक भएमा, तपाईंको अधिकार प्रभावकारी छ भनेर देखाउन ग्राहकको बारेमा चिकित्सा प्रमाणहरू संलग्न गर्नुहोस्।

प्रभावकारी, नियुक्त निर्णयकर्ताहरूको बारेमा थप जानकारीको लागि कृपया My Aged Care वेबसाइटमा हेर्नुहोस्: <https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

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

[सम्बन्ध कहिले सुरु हुन्छ (दिन/महिना/साल)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [यो सम्बन्ध कहिले समाप्त हुनेछ (दिन/महिना/साल वा यदि अन्त्य मिति छैन भने खाली छोड्नुहोस्)?]

Conflict of Interest

[स्वार्थ बाझिएको]

यदि तपाईंसँग यस फारममा नाम दिइएको ग्राहकको सहयोगकर्ताको रूपमा काम गर्न स्वार्थ बाझिएको (वास्तविक, सम्भावित वा बुझिएको) छ भने, कृपया यस बाझिएको स्वार्थलाई कसरी नकार्ने वा व्यवस्थापन गर्ने भन्ने व्याख्या सहित भाग E मा स्वार्थ बाझिएको घोषणा पूरा गर्नुहोस्।

सम्भावित सहयोगकर्ताहरूले कुनै पनि स्वार्थ बाझिएको कुरा बारेमा छलफल गर्नुपर्छ, यो बाझिएको स्वार्थलाई कसरी हुन नदिने वा व्यवस्थापन गर्ने भन्नेलगायतका कुराहरू, उनीहरूले सहयोग गर्न चाहने यस फारममा नाम दिइएको ग्राहकसँग छलफल गर्नुपर्छ।

स्वार्थ बाझिएको भनेको के हो भन्नेबारे थप जानकारीको लागि कृपया यहाँ जानुहोस्: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

यस फारममा नाम दिइएको ग्राहकको सहयोगकर्ताको रूपमा मेरो स्वार्थ बाझिएको (वास्तविक, सम्भावित वा बुझिएको) छ।

Yes (provide details in PART E)

[हो/छ (भाग E मा विवरणहरू प्रदान गर्नुहोस्)]

No (do not fill in PART E) [होइन/छैन (भाग E नभर्नुस्)]

I declare that:

[म घोषणा गर्दछु कि:]

- म स्वेच्छाले एक सहयोगकर्ताको रूपमा दर्ता हुँदैछु।
- मैले My Aged Care लाई प्रदान गरेको जानकारी सही, पूर्ण र ठीक छ।

I understand and have read:

[मैले निम्न कुरा बुझेको छु र पढेको छु:]

- यस फारम भित्रको पृष्ठ 7 मा उल्लिखित दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताका कर्तव्यहरू।
- यस फारम भित्रको पृष्ठ 7 मा उल्लिखित My Aged Care मा दर्ता गर्ने नियम र सर्तहरू।

Prospective supporter's full name

[सम्भावित सहयोगकर्ताको नामथर]

Prospective supporter's signature

[सम्भावित सहयोगकर्ताको हस्ताक्षर]

Date signed [हस्ताक्षर गरिएको मिति]

PART E - Conflict of Interest Declaration [भाग E - स्वार्थ बाझिएको घोषणा]

स्वार्थ बाझिएको

यदि तपाईंसँग यस फाराममा नाम दिइएको ग्राहकको लागि दर्तावाल सहयोगकर्ताको रूपमा काम गर्न रुचिको द्वन्द्व (या त वास्तविक, सम्भावित वा बुझिएको) छ भने, कृपया तल सल्लाह दिनुहोस्, यो बाझिएको स्वार्थबाट कसरी बच्ने वा व्यवस्थापन गर्ने सहित। सम्भावित सहयोगकर्ताहरूले कुनै पनि स्वार्थ बाझिएको कुरा बारेमा छलफल गर्नुपर्छ, यो बाझिएको स्वार्थलाइ कसरी हुन नदिने वा व्यवस्थापन गर्ने भन्नेलगायतका कुराहरू, उनीहरूले सहयोग गर्न चाहने यस फाराममा नाम दिइएको ग्राहकसँग छलफल गर्नुपर्छ।

स्वार्थ बाझिएको भनेको के हो भन्नेबारे थप जानकारीको लागि कृपया यहाँ जानुहोस्: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

के तपाईं पहिले नै दर्ता गरिएको सहयोगकर्ता हुनुहुन्छ?

यदि तपाईं पहिले नै सहयोगकर्ताको रूपमा दर्ता हुनुभएको छ र तपाईंले आफ्नो अवस्थित सम्बन्धसँग सम्बन्धित स्वार्थ बाझिएको घोषणा गर्दै हुनुहुन्छ भने, कृपया तलको पहिचान विवरणहरू पनि प्रदान गर्नुहोस्। यदि तपाईं पहिले नै दर्ता भइसक्नुभएको छ भने, तपाईंले वृद्ध हेरचाह वेबपेजमा दर्ता गरिएका सहयोगकर्ताहरूमा अनलाइन पेश गरिने फारम मार्फत प्रणाली गभर्नरलाइ भाग E पेश गर्न सक्नुहुन्छ: <https://www.health.gov.au/our-work/aged-care-act/about/registered-supporters-in-aged-care>

Aged Care Client's Details [वृद्ध हेरचाह ग्राहकका विवरणहरू]

Last name [थर]

First Name [नाम]

Date of Birth [जन्ममिति]

Aged Care (AC) ID (if known)
[वृद्ध हेरचाह (AC) आइडी (ज्ञात भएमा)]

Supporter's Details [सहयोगकर्ताका विवरणहरू]

Last name [थर]

First Name [नाम]

Date of Birth [जन्ममिति]

Aged Care (AC) ID (if known)
[वृद्ध हेरचाह (AC) आइडी (ज्ञात भएमा)]

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

[द्वन्द्व/हरूका विवरणहरू, यसलाइ व्यवस्थापन गर्न वा हुन नदिन तपाईंका प्रस्तावित रणनीतिहरू सहित]:

(कृपया यसलाइ अङ्ग्रेजीमा उपलब्ध गराउनुहोस्, वा अनुवादकको उपस्थितिमा यो घोषणा गर्नको लागि My Aged Care सम्पर्क केन्द्रमा फोन गर्नुहोस्)

Prospective/Registered Supporter to complete: [सम्भावित/दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताले पूरा गर्ने:]

I agree that: [म सहमत छु कि:]

मेरो स्वार्थ बाझिएको कुरा यस फाराममा नामांकित ग्राहक, वा तिनीहरूको सक्रिय, नियुक्त निर्णयकर्तासँग पनि साझा गर्न आवश्यक हुन सक्छ।

Prospective Supporter or Supporter's Signature
[सहयोगकर्ता वा सम्भावित सहयोगकर्ताको हस्ताक्षर]

Date Signed
[हस्ताक्षर गरिएको मिति]

My Aged Care र Department of Health, Disability and Ageing ले तपाईंको वा तपाईंले सहयोग गर्ने कसैको वृद्ध हेरचाह वा सम्बन्धित सेवाहरूमा पहुँच सक्षम गर्न तपाईंको व्यक्तिगत जानकारी सङ्कलन गर्दछ। हामी तपाईंको व्यक्तिगत जानकारी कसरी सम्हाल्छौं भन्नेबारे थप जानकारीको लागि कृपया My Aged Care वेबसाइटमा हाम्रो गोपनीयता सूचनाहरू पढ्नुहोस्: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Aged Care Act 2024 अन्तर्गत दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताका कर्तव्यहरू]

सबैदर्ता गरिएकासहयोगकर्ताहरूको एन अन्तर्गत कर्तव्यहरू छन् जुन उनीहरूले पालना गर्नुपर्छ। दर्ता गरिएकासहयोगकर्ताहरूले यी कर्तव्यहरू पूरा गर्दा इमानदारीपूर्वक, लगनशील भइ र सद्भावपूर्वक कार्य गर्नुपर्छ। यी कर्तव्यहरूको उद्देश्यवृद्ध व्यक्तिको सुरक्षा, अधिकारहरू र इच्छा र प्राथमिकताहरूलाई प्रबर्द्धन गर्नु हो।

दर्ता गरिएका सहयोगकर्ताहरूले निम्न कुरा गर्नु पर्छ:

- उनीहरूले सहयोग गरिरहेका वृद्ध व्यक्तिको इच्छा र प्राथमिकताहरू, र व्यक्तिगत, सांस्कृतिक र सामाजिक कल्याणलाई बढावा दिने तरिकामा कार्य गर्नुपर्छ।
- वृद्ध व्यक्तिलाई उनीहरूको आफ्नो निर्णयहरू लिनको लागि आवश्यक हदसम्म मात्र सहयोग गर्नुपर्छ।
- वृद्ध व्यक्तिको आफ्नै निर्णयहरू लिनको क्षमता कायम राख्नको लागि तिनीहरूको सबै भन्दा राम्रो प्रयासहरू लागू गर्नुपर्छ।
- सहयोगकर्ता (या त वास्तविक, सम्भावित वा बुझिएको) को रूपमा उनीहरूको भूमिकामा भएको कुनै पनि बाझिएको स्वार्थबाट बच्नुपर्छ वा व्यवस्थापन गर्नुपर्छ र यदि स्वार्थ बाझिएमा प्रणाली गभर्नरलाई यस बारेमा सूचित गर्नुपर्छ।

थप रूपमा, एक दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताले प्रणाली गभर्नरलाई कुनै पनि परिस्थितिमा सूचित गर्नुपर्दछ जसले तिनीहरूको निम्न गर्ने क्षमतालाई असर गर्नेछ वा गर्न सक्छ:

- दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताको रूपमा कार्य गर्ने
- प्रणाली गभर्नरले उनीहरूलाई दिएको आफ्नो कर्तव्यहरू वा कुनै पनि आवश्यकताहरू वा सूचनाहरूको पालना गर्ने, वा
- उनीहरूलाई प्रणाली गभर्नरले सम्पर्क गर्ने।

दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताले दर्ता गरिएका सहयोगकर्ताको रूपमा आफ्नो क्षमताबाट अनुरोध, प्राप्त वा सञ्चार गर्ने जानकारीको दुरुपयोग गर्नु हुँदैन।

केही दर्ता गरिएका सहयोगकर्ताहरूसँग संरक्षकत्व, स्थायी अधिकृत वारिसनामा वा ती समान कानूनी अधिकार पनि हुन्छ। यी व्यक्तिहरू वृद्ध व्यक्तिको लागि नियुक्त निर्णयकर्ताहरू हुन्छन् र उनीहरूले संघीय, राज्य वा क्षेत्रीय व्यवस्थाहरू अन्तर्गत वृद्ध व्यक्तिको तर्फबाट निर्णयहरू लिन सक्छन्। नियुक्त निर्णयकर्ताले उनीहरूको प्रभावकारी कानूनी अधिकार अनुसार मात्र वृद्ध व्यक्तिको तर्फबाट निर्णय गर्न सक्छ।

Terms and Conditions of My Aged Care [My Aged Care नियम र सर्तहरू]

सामान्य (सबै पक्षहरू)

म निम्न कुरा बुझ्छु:

- यदि म वा अन्य पक्षसँग पहिले नै कुनै एक छैन भने, दर्ता गरिएको सहयोगकर्ता हुन वा पाउन यो अनुरोध गर्नाले सहयोगकर्ता सम्बन्धका पक्षहरूका लागि My Aged Care अभिलेख सिर्जना गर्नेछ। दर्ता भएमा सहयोगी सम्बन्ध Aged Care Act 2024 (Cth) अन्तर्गत पर्छ।
- मेरो ठेगाना र सम्पर्क विवरणहरूमा कुनै परिवर्तन भए, र मलाई सहायता गर्न दर्ता गरिएको व्यक्तिको परिस्थितिमा परिवर्तन भएमा वा यस्तै परिवर्तन मैले सहायता गर्न दर्ता गरिएको व्यक्तिको बारेमा भएमा मैले My Aged Care लाई सूचित गर्नुपर्छ।
- गलत वा भ्रामक जानकारी दिनु गम्भीर अपराध हो।
- मैले My Aged Care लाई 1800 200 422 मा फोन गरेर, मेरो अनलाइन खाता मार्फत वा Aged Care Specialist Officer वा मूल्याङ्कनकर्तासँग कुनै पनि समयमा यो दर्ता रद्द गर्न अनुरोध गर्न सक्छु।

ग्राहक

म बुझ्छु कि My Aged Care ले निम्न कुरा गर्न सक्छ:

- मेरो दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताबाट मेरो बारेमा जानकारी सङ्कलन गर्न।
- My Aged Care मा मेरो प्रगति सहित मेरो दर्ता गरिएको सहयोगकर्तालाई जानकारी वा कागजातहरू प्रदान गर्न।
- मेरो दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताले मेरो लागि सञ्चार गरेको जानकारीको जवाफमा कारबाही गर्न।

My Aged Care ले माथिका कुराहरू मेरो ज्ञात इच्छा र प्राथमिकताहरू अनुरूप वा अन्यथा कानूनले अधिकृत गरिए अनुसार गर्न सक्छ।

दर्ता गरिएको सहयोगकर्ता

म निम्न कुरा बुझ्छु:

- मैले My Aged Care बाट प्राप्त गरेको कुनै पनि जानकारी गोप्य राख्नुपर्छ, र मैले सहायता गर्न दर्ता गरिरहेको ग्राहकको अनुमति बिना कुनै पनि अनधिकृत व्यक्तिलाई प्रयोग वा खुलासा गरिने छैन, जबसम्म त्यस्तो प्रयोग वा खुलासा अन्यथा कानूनद्वारा अधिकृत हुँदैन।
- दर्ता गरिएको सहयोगकर्ताको रूपमा मैले गर्ने कुनै पनि कार्य मैले सहायता गर्ने व्यक्तिको इच्छा र प्राथमिकताहरू अनुरूप हुनुपर्छ।
- मेरो व्यक्तिगत जानकारी My Aged Care द्वारा सङ्कलन गरिएको छ र कुनै पनि मूल्याङ्कनकर्ताहरू, सेवा प्रदायकहरू, संगठनहरू, चिकित्सा पेशेवरहरू, Aged Care Quality and Safety Commission [वृद्ध हेरचाह गुणस्तर र सुरक्षा आयोग] र मैले सहायता गर्ने व्यक्तिलाई सहायता गर्ने अन्य दर्ता गरिएका सहयोगकर्ताहरूसँग साझेदारी गर्न सकिन्छ।
- मैले सहायता गर्ने व्यक्तिलाई सहयोग गर्न सक्षम बनाउने उद्देश्यले मेरो नाम र टेलिफोन नम्बर अन्य सबै दर्ता गरिएका सहयोगकर्ताहरूसँग साझा गरिनेछ।
- यदि म मनोनीत प्राथमिक सम्पर्क हुँ भने, म My Aged Care को लागि मैले सहायता गर्न दर्ता गरेको व्यक्तिको टेलिफोन सम्पर्कको पहिलो बिन्दु हुनेछु।