

My Aged Care Registration of a Supporter Form [Formulário de Registro de Pessoa de Apoio] Portuguese – Português

	Quando usar este formulário		Protegendo você e suas informações		Para mais informações
	Este formulário serve para registrar uma pessoa de apoio que ajudará você a encontrar e acessar serviços de cuidados para idosos, incluindo o My Aged Care. Se você deseja acessar serviços de cuidados para idosos subsidiados pelo governo, é necessário se registrar no My Aged Care. Para isso, você pode ligar para o My Aged Care pessoalmente ou outra pessoa pode falar com o My Aged Care junto com você. Você também pode se registrar on-line como parte do processo de solicitação de avaliação em: https://myagedcare.gov.au/registering-supporter Por meio deste formulário, uma pessoa de apoio pode ser registrada para ajudar você a tomar e comunicar suas decisões relacionadas aos cuidados a idosos, inclusive solicitando e acessando suas informações. A relação de apoio não se estende a testes de meios, nem a relações representativas ou de nomeação junto a outras agências do Governo australiano.		Suas informações pessoais e as de sua pessoa de apoio registrada são protegidas por lei, incluindo a <i>Lei de Privacy Act 1988 (Cth) [Privacidade de 1988]</i> e os Australian Privacy Principles [Princípios de Privacidade Australianos]. Suas informações pessoais são coletadas pelo My Aged Care e pelo Department of Health, Disability and Ageing [Departamento de Saúde, Deficiência e Envelhecimento] para viabilizar o acesso a cuidados a idosos ou serviços relacionados para você ou alguém que você apoia. Leia nossas políticas de privacidade no site My Aged Care para obter mais informações sobre como lidamos com suas informações pessoais: https://www.myagedcare.gov.au/privacy Suas informações pessoais também podem ser coletadas por prestadores de cuidados a idosos e organizações de avaliação financiados pelo governo australiano para a avaliação e prestação de serviços de cuidados a idosos.		Para falar com alguém do My Aged Care sobre este formulário: - Ligue para o My Aged Care no número 1800 200 422, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, e aos sábados, das 10h às 14h. - Presencialmente, com um Aged Care Specialist Officer (ACSO) [Agente Especialista em Cuidado a Idosos]. Marque uma consulta ligando para 1800 227 475, nos dias úteis, das 8h às 20h. Você pode visitar o site da Services Australia para obter mais informações sobre as localidades mais recentes da ACSO. Você também pode visitar o site My Aged Care para obter mais informações em: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter

O que é uma Pessoa de Apoio Registrada no My Aged Care?

As pessoas de apoio registradas ajudam os idosos a tomar e comunicar suas próprias decisões sobre cuidados a idosos. Isso inclui acessar o My Aged Care e quaisquer outras decisões diárias relacionadas aos cuidados a idosos. As pessoas de apoio registradas podem solicitar, acessar e receber informações sobre uma pessoa idosa. Elas também podem comunicar informações em nome da pessoa idosa, de acordo com a vontade e as preferências conhecidas da mesma.

Algumas pessoas de apoio registradas também têm curatela, procuração permanente ou autoridade legal semelhante. Essas pessoas são nomeadas tomadoras de decisão pela pessoa idosa e podem tomar decisões em nome dela, de acordo com os acordos da Commonwealth, do estado ou do território. Um responsável designado apenas pode tomar decisões em nome da pessoa idosa de acordo com a sua autoridade legal vigente.

Essas pessoas podem ter autoridade legal para tomar decisões reconhecida pela *Aged Care Act 2024 (Cth) [Lei de Cuidados a Idosos de 2024]* sob:

- enduring power of attorney [procuração permanente]
- curatela permanente
- diretiva antecipada de saúde, quando essa diretiva concede autoridade decisória permanente
- Plano Pessoal Avançado (no Território do Norte)
- acordo para práticas restritivas de tomada de decisão substitutiva ao abrigo de uma lei da Commonwealth, do Estado ou do Território, ou
- decisão de nomeação que concede autoridade decisória por parte de um tribunal, conselho ou comissão, tomada ao abrigo da legislação da Commonwealth, de um Estado ou de um Território.

Tornar-se uma pessoa de apoio registrada não confere à pessoa autoridade para tomar decisões em nome da pessoa idosa. O papel de uma pessoa de apoio registrada é apoiar a pessoa idosa a tomar suas próprias decisões.

Como preencher este formulário

Você pode preencher este formulário no seu computador ou imprimi-lo e assiná-lo.

PARTE A – seus dados (do cliente).

PARTE B – os dados da pessoa de apoio em potencial.

PARTE C ou D – os detalhes do relacionamento, o seu consentimento (do cliente) e o consentimento da pessoa de apoio em potencial para o relacionamento. Preencha apenas uma das partes C ou D, de acordo com a relação de apoio que está sendo criada.

PARTE E – Declaração de Conflito de Interesses a ser preenchida pela pessoa de apoio em potencial, em consulta com você (o cliente).

Como enviar este formulário

Após preencher e assinar o formulário de acordo com as instruções acima, envie-o para o My Aged Care usando um dos seguintes métodos:

1. Carregar na sua Conta Online (mais informações sobre como acessar sua Conta Online estão disponíveis no site do My Aged Care em: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) ou
2. Enviar uma cópia digital pelo formulário online do My Aged Care disponível em: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> ou
3. Enviar pelo correio para: My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216 ou
4. Pessoalmente, visitando um centro do Services Australia, onde um Oficial de Serviço Geral pode ajudar você a enviar documentos para o My Aged Care ou agendar um horário com um Aged Care Specialist Officer, que poderá carregar os documentos no My Aged Care. Você pode ligar para o Services Australia pelo número 1800 227 475 para agendar um atendimento presencial ou
5. Pessoalmente, com um avaliador, se você (o cliente) ou a pessoa de apoio em potencial tiverem uma consulta de avaliação agendada.

Para pessoas de apoio em potencial que também sejam nomeadas como tomadores de decisão, certifique-se de anexar prova de sua autoridade legal válida e vigente para tomar decisões pelo cliente antes de enviar este formulário. Isso provavelmente será documentação legal. Também pode ser necessário apresentar comprovação médica sobre o cliente para demonstrar que sua autoridade está vigente.

Se quiser verificar se o My Aged Care recebeu seu formulário, aguarde antes de ligar (dois dias úteis para envio online, seis dias úteis para envio pelo correio).

Próximos passos após enviar ao My Aged Care

Quando o My Aged Care receber seu formulário completo, eles poderão registrar você e sua pessoa de apoio em potencial no My Aged Care, se necessário, e entrar em contato com qualquer um de vocês caso precisem de informações adicionais para dar andamento à sua solicitação de registro da relação de apoio.

Uma vez que sua relação de apoio tenha sido registrada, sua pessoa de apoio registrada poderá contatar o My Aged Care pelo número **1800 200 422** sobre seus serviços e necessidades de cuidados a idosos, incluindo quaisquer avaliações. Sua pessoa de apoio registrada pode agir somente de acordo com sua vontade e preferências.

PART A - Aged Care Client Details (Your details)

[PARTE A – Dados do Cliente de Cuidados a Idosos (Seus dados)]

Você deve preencher todos os campos marcados com um asterisco (*)

Title (select one):* [Título (selecione um):*]

Mr [Sr.] Mrs [Sra.] Miss [Srta.]
Ms [Sra.] Dr [Dr.(a)] Other [Outro(a)]

Date of Birth*
[Data de nascimento*]

Phone Number*
[Número de telefone*]

Home Address Line 1* [Endereço residencial – Linha 1*]

Last name* [Sobrenome*]

Home Address Line 2 [Endereço residencial – Linha 2]

First name* [Nome*]

State/Territory*
[Estado/Território*]

Postcode*
[Código postal*]

Middle name [Nome do meio]

Preferred name [Nome preferido]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or
DVA card # [Número do Cartão Medicare (incluindo Número de
Referência Individual) ou número do cartão DVA]

Gender (select one):* [Gênero (selecione um):*]

Male [Masculino] Female [Feminino]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Indeterminado/Intersexo/Não declarado]
Not Specified [Não especificado]

Aged Care (AC) ID (if known)
[ID de Cuidados para Idosos (AC) (se conhecido)]

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

[Qual descrição melhor representa seu relacionamento proposto com a pessoa de apoio (selecione um):*]

Registered supporter, where you and the registered
supporter are consenting to the relationship
[Pessoa de apoio registrada, quando você e a pessoa de
apoio registrada estão consentindo com o relacionamento]

Registered supporter, who is also an appointed
decision maker with active, legal authority for you
[Pessoa de apoio registrada, também nomeada para tomada
de decisões com autoridade legal vigente para você]

Complete a **PARTE B** e a **PARTE C**.
Complete a **PARTE E** se sua pessoa de
apoio em potencial tiver um conflito de
interesse a declarar

Complete a **PARTE B** e a **PARTE D**.
Complete a **PARTE E** se você tiver um
conflito de interesse a declarar

PART B - Prospective Supporter's Details

[PARTE B – Dados da Pessoa de Apoio em Potencial]

Você deve preencher todos os campos marcados com um asterisco (*)

Title (select one):* [Título (selecione um):*]

Mr [Sr.] Mrs [Sra.] Miss [Srta.]
Ms [Sra.] Dr [Dr.(a)] Other [Outro(a)]

Date of Birth*
[Data de nascimento*]

Phone Number*
[Número de telefone*]

Home Address Line 1* [Endereço residencial – Linha 1*]

Last name* [Sobrenome*]

Home Address Line 2 [Endereço residencial – Linha 2]

First name* [Nome*]

State/Territory*
[Estado/Território*]

Postcode*
[Código postal*]

Middle name [Nome do meio]

Preferred name [Nome preferido]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or
DVA card # [Número do Cartão Medicare (incluindo Número de
Referência Individual) ou número do cartão DVA]

Gender (select one):* [Gênero (selecione um):*]

Male [Masculino] Female [Feminino]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Indeterminado/Intersexo/Não declarado]
Not Specified [Não especificado]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)
[Relação da Pessoa de Apoio em Potencial com o Cliente
(selecione um)]

Child [Criança] Parent [Pai/Mãe]
Spouse/Partner [Cônjuge/Parceiro(a)] Neighbour [Vizinho(a)]
Friend [Amigo(a)] Other [Outro(a)]

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [PARTE C – Registro de uma pessoa de apoio com o seu consentimento e da pessoa de apoio em potencial]

Preencha todos os campos se você estiver registrando uma pessoa de apoio sem se basear em autoridade legal de tomada de decisão para o cliente

A ser preenchido pelo cliente

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration **[Consentimento do Cliente de Cuidados a Idosos para registro da relação e Declaração]**

Eu concordo em registrar a pessoa indicada neste formulário como minha pessoa de apoio, nos termos da *Aged Care Act 2024*. Entendo que minha pessoa de apoio pode solicitar, acessar e receber informações e documentos, bem como comunicar informações, de acordo com minha vontade e preferências, para me apoiar a realizar uma ação nos termos da *Aged Care Act 2024* ou para os fins desta lei (exceto para fins de avaliação de meios). Concordo que o Departamento colete minhas informações pessoais junto à minha pessoa de apoio e as utilize para fins relacionados a cuidados a idosos. Entendo que os Australian Privacy Principles podem não se aplicar à minha pessoa de apoio caso ela receba qualquer informação ou documento fornecido a ela em sua função como minha pessoa de apoio.

Yes [Sim]

No [Não]

Consent to sharing information with your supporter **[Consentimento para compartilhar informações com sua pessoa de apoio]**

Concordo que qualquer informação ou documento que possa ou deva ser fornecido a mim nos termos da *Aged Care Act 2024* também seja fornecido à minha pessoa de apoio. Entendo que isso incluirá informações e documentos históricos que constam no meu registro de cliente no My Aged Care.

Yes [Sim]

No [Não]

I declare that: **[Declaro que:]**

- Estou registrando voluntariamente uma pessoa de apoio.
- As informações que forneço ao My Aged Care são precisas, completas e corretas.

I understand and have read: **[Entendo e li:]**

- As funções de uma pessoa de apoio registrada, conforme descritas na página 7 deste formulário.
- Os termos e condições de registro no My Aged Care, conforme descritos na página 7 deste formulário.

When will the relationship start (DD/MM/YYYY)? **[Quando o relacionamento terá início (DD/MM/AAAA)?]**

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Quando este relacionamento terminará (DD/MM/AAAA ou deixe em branco se não houver data de término)?]

Aged Care Client's full name **[Nome completo do cliente de cuidados a idosos]**

Aged Care Client's signature **[Assinatura do cliente de cuidados a idosos]**

Date signed [Data da assinatura]

A ser preenchido pela pessoa de apoio

Supporter's consent and Declaration **[Consentimento e Declaração da pessoa de apoio]**

Concordo em que meu registro como pessoa de apoio seja realizado nos termos da *Aged Care Act 2024* para o cliente indicado neste formulário. Entendo que posso solicitar, acessar e receber informações e documentos, bem como comunicar informações, de acordo com a vontade e preferências do cliente, para apoiá-lo a realizar uma ação nos termos da *Aged Care Act 2024* ou para os fins desta lei (exceto para fins de avaliação de meios). Concordo que o Departamento divulgue meu nome, informações de contato, função e status (ativo, suspenso ou cancelado) como pessoa de apoio do cliente e a quaisquer outras pessoas de apoio registradas para o mesmo cliente. Entendo que os Australian Privacy Principles podem não se aplicar ao cliente ou a outra pessoa de apoio caso recebam qualquer informação ou documento contendo minhas informações pessoais. Reconheço que, como pessoa de apoio, devo cumprir as funções que me são impostas pela *Aged Care Act 2024*, incluindo respeitar o direito à privacidade do cliente e proteger suas informações pessoais. Se minhas circunstâncias mudarem de forma a afetar minha capacidade ou competência para atuar como pessoa de apoio, entrarei em contato com o My Aged Care.

Yes [Sim]

No [Não]

Conflict of Interest [Conflito de Interesses]

Se você tiver um conflito de interesses (real, potencial ou percebido) ao atuar como pessoa de apoio do cliente indicado neste formulário, preencha a Declaração de Conflito de Interesses na PARTE E, incluindo como esse conflito será evitado ou gerenciado. As pessoas de apoio em potencial devem discutir qualquer conflito de interesses, incluindo como esse conflito será evitado ou gerenciado, com o cliente nomeado neste formulário que pretendem apoiar. Para mais informações sobre o que é um conflito de interesses, visite: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Declaro que tenho um conflito de interesses (real, potencial ou percebido) ao atuar como pessoa de apoio do cliente indicado neste formulário.

Yes (provide details in PART E) [Sim (forneça dados na PARTE E)]

No (do not fill in PART E) [Não (não preencha a PARTE E)]

I declare that: [Eu declaro que:]

- Estou registrando voluntariamente uma pessoa de apoio.
- As informações que forneço ao My Aged Care são precisas, completas e corretas.

I understand and have read: [Eu entendo e li:]

- As funções de uma pessoa de apoio registrada, conforme descritas na página 7 deste formulário.
- Os termos e condições de registro no My Aged Care, conforme descritos na página 7 deste formulário.

Prospective supporter's full name **[Nome completo da pessoa de apoio em potencial]**

Prospective supporter's signature **[Assinatura da pessoa de apoio em potencial]**

Date signed [Data da assinatura]

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [PARTE D – Registro de uma pessoa de apoio, também nomeada como tomadora de decisão com autoridade legal vigente]

Preencha todos os campos se você tiver autoridade legal para agir em nome do cliente reconhecida pela *Aged Care Act 2024 (Cth)*.

Supporter's consent and Declaration

[Consentimento e Declaração da Pessoa de Apoio]

Confirmando que sou a pessoa nomeada legalmente como tomador de decisão para o cliente indicado neste formulário. Entendo que minha autoridade legal para minha nomeação deve estar vigente quando eu estiver atuando em nome do cliente, e que devo agir de acordo com os arranjos da Commonwealth, do estado ou território para essa nomeação, incluindo dentro do escopo da minha autoridade de tomada de decisão.

Concordo em que meu registro como pessoa de apoio seja efetuado nos termos da *Aged Care Act 2024* para o cliente. Entendo que posso solicitar, acessar e receber informações e documentos, bem como comunicar informações, de acordo com a vontade e preferências do cliente, para apoiá-lo a realizar uma ação nos termos da *Aged Care Act 2024* ou para os fins desta lei (exceto para fins de avaliação de meios).

Concordo que o Departamento divulgue meu nome, informações de contato, função e status (ativo, suspenso ou cancelado) como pessoa de apoio do cliente e a quaisquer outras pessoas de apoio registradas para o mesmo cliente.

Entendo que os Australian Privacy Principles podem não se aplicar ao cliente ou a outra pessoa de apoio caso recebam qualquer informação ou documento contendo minhas informações pessoais.

Reconheço que, como pessoa de apoio, devo cumprir as funções que me são impostas pela *Aged Care Act 2024*, incluindo respeitar o direito à privacidade do cliente e proteger suas informações pessoais. Se minhas circunstâncias mudarem de forma a afetar minha capacidade ou competência para atuar como pessoa de apoio, entrarei em contato com o My Aged Care.

Yes [Sim]

No [Não]

Supporting Documents

[Documentos de Apoio]

Anexe uma cópia do seu documento legal e, se necessário, comprovação médica sobre o cliente para demonstrar que sua autoridade está vigente.

Para mais informações sobre tomadores de decisão nomeados e vigentes, visite o site do My Aged Care em: <https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

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

[Quando o relacionamento terá início (DD/MM/AAAA)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Quando este relacionamento terminará (DD/MM/AAAA ou deixe em branco se não houver data de término)?]

Conflict of Interest

[Conflito de Interesses]

Se você tiver um conflito de interesses (real, potencial ou percebido) ao atuar como pessoa de apoio do cliente indicado neste formulário, preencha a Declaração de Conflito de Interesses na PARTE E, incluindo como esse conflito será evitado ou gerenciado.

As pessoas de apoio em potencial devem discutir qualquer conflito de interesses, incluindo como esse conflito será evitado ou gerenciado, com o cliente nomeado neste formulário que pretendem apoiar.

Para mais informações sobre o que é um conflito de interesses, visite:

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

Declaro que tenho um conflito de interesses (real, potencial ou percebido) ao atuar como pessoa de apoio do cliente indicado neste formulário.

Yes (provide details in PART E) [Sim (forneça dados na PARTE E)]

No (do not fill in PART E) [Não (não preencha a PARTE E)]

I declare that:

[Declaro que:]

- Estou registrando voluntariamente como uma pessoa de apoio.
- As informações que forneço ao My Aged Care são precisas, completas e corretas.

I understand and have read:

[Entendo e li:]

- As funções de uma pessoa de apoio registrada, conforme descritas na página 7 deste formulário.
- Os termos e condições de registro no My Aged Care, conforme descritos na página 7 deste formulário.

Prospective supporter's full name

[Nome completo da pessoa de apoio em potencial]

Prospective supporter's signature

[Assinatura da pessoa de apoio em potencial]

Date signed [Data da assinatura]

PART E - Conflict of Interest Declaration

[PARTE E - Declaração de Conflito de Interesses]

Conflito de Interesses

Se você tiver um conflito de interesses (real, potencial ou percebido) ao atuar como pessoa de apoio registrada do cliente indicado neste formulário, informe abaixo, incluindo como esse conflito será evitado ou gerenciado. As pessoas de apoio em potencial devem discutir qualquer conflito de interesses, incluindo como esse conflito será evitado ou gerenciado, com o cliente nomeado neste formulário que pretendem apoiar.

Para mais informações sobre o que é um conflito de interesses, visite: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Já é uma pessoa de apoio registrada?

Se você já estiver registrado como pessoa de apoio e estiver declarando um conflito de interesses referente à sua relação existente, forneça também os dados de identificação abaixo. Se você **já** estiver registrado, pode enviar a Parte E ao Governador do Sistema por meio do formulário de envio online na página de Pessoas de Apoio Registradas em Cuidados a Idosos em:

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

Aged Care Client's Details

[Dados do Cliente de Cuidados para Idosos]

Last name [Sobrenome]

First name [Nome]

Date of Birth [Data de nascimento]

Aged Care (AC) ID (if known)

[ID do Cuidados a Idosos (AC) (se conhecido)]

Supporter's Details [Dados da Pessoa de Apoio]

Last name [Sobrenome]

First name [Nome]

Date of Birth [Data de nascimento]

Aged Care (AC) ID (if known)

[ID do Cuidados a Idosos (AC) (se conhecido)]

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

[Detalhes do(s) conflito(s), incluindo suas estratégias propostas para gerenciá-lo(s) ou evitá-lo(s):]

(Por favor, forneça em inglês ou ligue para o centro de contato do My Aged Care para fazer esta declaração com a presença de um tradutor)

Prospective/Registered Supporter to complete: [Pessoa de apoio em potencial/registrada deve preencher:]

I agree that: [Concordo que:]

Meu conflito de interesses também pode precisar ser compartilhado com o cliente indicado neste formulário ou com seu tomador de decisão nomeado e vigente.

Prospective Supporter or Supporter's Signature

[Assinatura da Pessoa de Apoio em Potencial / Registrada]

Date Signed

[Data da Assinatura]

O My Aged Care e o Department of Health, Disability and Ageing coletam suas informações pessoais para viabilizar o acesso a cuidados a idosos ou serviços relacionados para você ou para alguém que você apoia. Por favor, leia nossos avisos de privacidade no site do My Aged Care para mais informações sobre como lidamos com suas informações pessoais: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Funções da Pessoa de Apoio Registrada nos termos da Aged Care Act 2024]

Todas as pessoas de apoio registradas têm deveres sob a Lei que devem cumprir. as pessoas de apoio registradas devem agir com honestidade, diligência e boa-fé ao desempenhar esses deveres. Esses deveres têm como objetivo promover a segurança, os direitos, a vontade e as preferências da pessoa idosa.

As pessoas de apoio registradas devem:

- Agir de maneira a promover a vontade e as preferências, bem como o bem-estar pessoal, cultural e social da pessoa idosa que estão apoiando.
- Apoiar a pessoa idosa apenas na medida necessária para que ela possa tomar suas próprias decisões.
- Empenhar-se ao máximo para manter a capacidade da pessoa idosa de tomar suas próprias decisões.
- Evitar ou gerenciar qualquer conflito de interesses que tenham em sua função como pessoa de apoio (real, potencial ou percebido) e notificar o Gestor do Sistema caso surjam conflitos.

Além disso, uma pessoa de apoio registrada deve notificar o Gestor do Sistema sobre quaisquer circunstâncias que afetem ou possam afetar sua capacidade de:

- Atuar como pessoa de apoio registrada
- Cumprir seus deveres ou quaisquer exigências ou avisos emitidos pelo Gestor do Sistema, ou
- Ser contatado pelo Gestor do Sistema.

As informações que uma pessoa de apoio registrada solicita, recebe ou comunica em sua função de pessoa de apoio registrada não podem ser utilizadas de forma inadequada.

Algumas pessoas de apoio registradas também têm curatela, procuração permanente ou autoridade legal semelhante. Essas pessoas são nomeadas tomadoras de decisão pela pessoa idosa e podem tomar decisões em nome dela, de acordo com os acordos da Commonwealth, do estado ou do território. Um tomador de decisão nomeado só pode tomar decisões em nome da pessoa idosa de acordo com sua autoridade legal vigente.

Terms and Conditions of My Aged Care [Termos e Condições do My Aged Care]

Geral (todas as partes)

Entendo que:

- Fazer esta solicitação para ser ou ter uma pessoa de apoio registrada criará um registro no My Aged Care para as partes da relação de apoio, caso eu ou a outra parte ainda não tenhamos um. A relação da pessoa de apoio, se registrada, está sujeita à Aged Care Act 2024 (Cth).
- Devo informar ao My Aged Care sobre quaisquer alterações no meu endereço e informações de contato, bem como sobre alterações nas circunstâncias da pessoa que se registra para me apoiar ou da pessoa que estou registrando para apoiar.
- Fornecer informações falsas ou enganosas é uma infração grave.
- Posso solicitar o cancelamento deste registro a qualquer momento, ligando para o My Aged Care pelo número 1800 200 422, através da minha Conta Online ou com um Aged Care Specialist Officer ou um avaliador.

Cliente

Entendo que o My Aged Care pode:

- Coletar informações sobre mim junto à minha pessoa de apoio registrada.
- Fornecer informações ou documentos à minha pessoa de apoio registrada, incluindo meu progresso no My Aged Care.
- Tomar medidas em resposta às informações que minha pessoa de apoio registrada comunicou em meu nome.

O My Aged Care poderá realizar o que foi descrito acima, em conformidade com minha vontade e preferências conhecidas ou de outra forma autorizada por lei.

Pessoa de apoio registrada

Entendo que:

- Quaisquer informações que eu obtenha do My Aged Care devem ser mantidas em sigilo e não serão usadas ou divulgadas a qualquer pessoa não autorizada sem a permissão do cliente que estou registrando para apoiar, a menos que tal uso ou divulgação seja autorizado por lei.
- Qualquer ação que eu tome como pessoa de apoio registrada deve estar de acordo com a vontade e as preferências da pessoa que apoio.
- Minhas informações pessoais são coletadas pelo My Aged Care e podem ser compartilhadas com avaliadores, prestadores de serviços, organizações, profissionais de saúde, a Aged Care Quality and Safety Commission [Comissão de Qualidade e Segurança em Cuidados para Idosos] e com outras pessoas de apoio registradas que estejam apoiando a pessoa que apoio.
- Meu nome e número de telefone serão compartilhados com todas as outras pessoas de apoio registradas e organizações, com o objetivo de me permitir auxiliar a pessoa que apoio.
- Se eu for o Contato Primário nomeado, serei o primeiro ponto de contato telefônico do My Aged Care para a pessoa que estou registrado para apoiar.