Australian Government | myagedcare

ਹਿਦਾਇਤਾਂ

ਪ੍ਰਿੰਟ

My Aged Care
Registration of a Supporter Form
[ਸਹਾਇਕ ਦੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਫਾਰਮ]

Punjabi – ਪੰਜਾਬੀ

ਇਹ ਫਾਰਮ ਕਦੋਂ ਵਰਤਣਾ ਹੈ?

ਇਹ ਫਾਰਮ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਲਈ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੱਭਣ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ My Aged Care ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਸਬਸਿਡੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ My Aged Care ਨਾਲ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕਰਨ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਖੁਦ My Aged Care ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ My Aged Care ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮੁਲਾਂਕਣ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਇਸ ਲਿੰਕ ਰਾਹੀਂ ਔਨਲਾਈਨ ਵੀ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ: **https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter**

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ, ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਤੁਹਾਡੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਦੱਸਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਉਸ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਸਹਾਇਕ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਇਹ ਰਿਸ਼ਤਾ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਜਾਂਚ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਆਸਟ੍ਰੇਲੀਆਈ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਜਾਂ ਨਾਮਜ਼ਦਗੀ ਸੰਬੰਧਾਂ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਫ਼ੈਲਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਰਨਾ

ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਾਨੂੰਨ ਅਧੀਨ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ Privacy Act 1988 (Cth) [ਗੁਪਤਤਾ ਐਕਟ 1988] ਅਤੇ Australian Privacy Principles [ਆਸਟ੍ਰੇਲੀਆਈ ਗੁਪਤਤਾ ਸਿਧਾਂਤ] ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ My Aged Care ਅਤੇ Department of Health, Disability and Ageing [ਸਿਹਤ, ਅਪੰਗਤਾ ਅਤੇ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿਭਾਗ] ਵੱਲੋਂ ਇਸ ਲਈ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਜਾਂ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਉਸ ਲਈ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨਾ ਸੰਭਵ ਬਣਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਜਾਣਨ ਲਈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸੰਭਾਲਦੇ ਹਾਂ, My Aged Care ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਸਾਡੇ ਗੁਪਤਤਾ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ: **https://www.myagedcare.gov.au/privacy**

ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਆਸਟ੍ਰੇਲੀਆਈ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਫ਼ੰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਵੱਲੋਂ ਵੀ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਬਾਰੇ My Aged Care ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ:

- My Aged Care ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਅਤੇ ਸ਼ਨੀਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 10:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਦੁਪਹਿਰ 2:00 ਵਜੇ ਤੱਕ **1800 200 422** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
- Aged Care Specialist Officer (ACSO) [ਏਜਡ ਕੇਅਰ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਅਫ਼ਸਰ] ਨਾਲ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਿਲੋ। ਐਪੋਇੰਟਮੈਂਟ ਲੈਣ ਲਈ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜੀ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ 1800 227 475 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਨਵੀਨਤਮ ACSO ਸਥਾਨਾਂ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ Services Australia ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ My Aged Care ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਵੀ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ: **https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter**

My Aged Care ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?

ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਬਜ਼ੁਰਗ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਆਪਣੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਖੁਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਦੱਸਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਵਿੱਚ My Aged Care ਦੀ ਸੁਵਿਧਾ ਲੈਣ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਮਰ੍ਹਾ ਦੇ ਹੋਰ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਕਿਸੇ ਬਜ਼ੁਰਗ ਵਿਅਕਤੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ, ਪਹੁੰਚ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਉਹ ਬਜ਼ੁਰਗ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਪਤਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਇੱਛਾ ਅਤੇ ਪਸੰਦ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਉਸ ਬਜ਼ੁਰਗ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅੱਗੇ ਵੀ ਸੰਚਾਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕੁੱਝ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕਾਂ ਕੋਲ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ, ਪੱਕਾ ਮੁਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮਾ ਜਾਂ ਇਸ ਵਰਗਾ ਹੋਰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਲੋਕ ਬਿਰਧ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕਾਮਨਵੈਲਥ, ਰਾਜ ਜਾਂ ਟੈਰੀਟਰੀ ਦੇ ਨਿਯਮ ਪ੍ਰਬੰਧਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਉਸ ਬਿਰਧ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕੋਈ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਰਫ਼ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸਰਗਰਮ, ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੀ ਬਿਰਧ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਕੋਲ Aged Care Act 2024 (Cth) [ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਕਾਨੂੰਨ 2024] ਦੇ ਤਹਿਤ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨਿਯਮ ਪ੍ਰਬੰਧਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਫ਼ੈਸਲਾ-ਲੈਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ:

- enduring power of attorney [ਪੱਕੇ ਮੁਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮੇ] ਦੇ ਤਹਿਤ
- ਪੱਕੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਦੇ ਤਹਿਤ
- ਅਗਾਊਂ ਸਿਹਤ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੇ ਤਹਿਤ, ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਸਥਾਈ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ
- (ਨੋਰਦਰਨ ਟੈਰੀਟਰੀ ਵਿੱਚ) ਅਗਾਊਂ ਨਿੱਜੀ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਤਹਿਤ
- ਰਾਸ਼ਟਰਮੰਡਲ, ਰਾਜ ਜਾਂ ਪ੍ਰਦੇਸ਼ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਪਾਬੰਦੀਸ਼ੁਦਾ ਪ੍ਰਥਾਵਾਂ ਦੀ ਥਾਂ ਬਦਲਵੇਂ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧ ਤਹਿਤ, ਜਾਂ
- ਕਾਮਨਵੈਲਥ, ਰਾਜ ਜਾਂ ਟੈਰੀਟਰੀ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਅਧੀਨ ਕਿਸੇ ਅਦਾਲਤ, ਟ੍ਰਿਬਿਊਨਲ, ਬੋਰਡ ਜਾਂ ਪੈਨਲ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਨਿਯੁਕਤੀ ਹੁਕਮ ਦੇ ਤਹਿਤ, ਜਿਸ ਰਾਹੀਂ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ।

ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਬਣਨ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਬਿਰਧ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਦੀ ਭੂਮਿਕਾ ਸਿਰਫ਼ ਬਿਰਧ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਖੁਦ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਤੱਕ ਹੀ ਸੀਮਿਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਭਰਨਾ ਹੈ?

ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਆਪਣੇ ਕੰਪਿਊਟਰ 'ਤੇ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰਕੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਭਾਗ A – ਤੁਹਾਡੇ (ਯਾਨੀ ਗਾਹਕ ਦੇ) ਵੇਰਵੇ।

ਭਾਗ B – ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਦੇ ਵੇਰਵੇ।

ਭਾਗ C ਜਾਂ D – ਇਸ ਰਿਸ਼ਤੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ, ਇਸ ਰਿਸ਼ਤੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ (ਯਾਨੀ ਗਾਹਕ ਦੀ) ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ। ਉਸ ਸਹਾਇਕ ਰਿਸ਼ਤੇ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਜੋ ਬਣਾਇਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਸਿਰਫ਼ ਭਾਗ C ਜਾਂ ਭਾਗ D ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਨੂੰ ਹੀ ਭਰੋ।

ਭਾਗ E - ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਦਾ ਐਲਾਨ, ਜੋ ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ (ਯਾਨੀ ਕਲਾਇੰਟ) ਨਾਲ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰਕੇ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਇਹ ਫਾਰਮ ਕਿਵੇਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਉਣਾ ਹੈ?

ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਅਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਇਸਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਰਾਹੀਂ My Aged Care ਨੂੰ ਭੇਜੋ:

1. ਆਪਣੇ ਔਨਲਾਈਨ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਅੱਪਲੋਡ ਕਰੋ (ਆਪਣੇ ਔਨਲਾਈਨ ਖਾਤੇ ਤੱਕ ਕਿਵੇਂ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ My Aged Care ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ: **https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login**) ਜਾਂ
2. My Aged Care ਦੇ ਔਨਲਾਈਨ ਫਾਰਮ ਰਾਹੀਂ ਇੱਕ ਡਿਜੀਟਲ ਕਾਪੀ ਭੇਜੋ, ਜੋ ਇੱਥੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ: **https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload** ਜਾਂ
3. ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ: My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216 ਜਾਂ
4. ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ Services Australia ਦੇ ਕਿਸੇ ਕੇਂਦਰ 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਓ, ਜਿੱਥੇ ਕੋਈ ਜਨਰਲ ਸਰਵਿਸ ਅਧਿਕਾਰੀ My Aged Care ਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਉਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ Aged Care Specialist Officer ਨਾਲ ਐਪੋਇੰਟਮੈਂਟ ਬੁੱਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ My Aged Care ਵਿੱਚ ਅੱਪਲੋਡ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ Services Australia ਨੂੰ 1800 227 475 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਕੇ ਨਿੱਜੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਲਈ ਐਪੋਇੰਟਮੈਂਟ ਬੁੱਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ
5. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ (ਯਾਨੀ ਗਾਹਕ) ਜਾਂ ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਦੀ ਮੁਲਾਂਕਣ ਐਪੋਇੰਟਮੈਂਟ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਮੁਲਾਂਕਣਕਰਤਾ ਦੇ ਨਾਲ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ।

ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕਾਂ ਲਈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਫ਼ੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵੀ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਗਾਹਕ ਲਈ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਸੰਬੰਧੀ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਇਜ਼ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ। ਇਹ ਸਬੂਤ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਗਾਹਕ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤ ਵੀ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਦਰਸਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਇਸ ਸਮੇਂ ਸਰਗਰਮ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ My Aged Care ਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਫਾਰਮ ਮਿਲ ਗਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਉਡੀਕ ਕਰੋ (ਔਨਲਾਈਨ ਅੱਪਲੋਡ ਲਈ ਦੋ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨ ਅਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੇ ਗਏ ਫਾਰਮ ਲਈ ਛੇ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨ)।

My Aged Care ਨੂੰ ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਗਲੇ ਕਦਮ

ਜਦੋਂ My Aged Care ਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ ਮਿਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ My Aged Care ਨਾਲ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜੇਕਰ ਸਹਾਇਕ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਰਿਸ਼ਤਾ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਵੀ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਹਾਇਕ ਰਿਸ਼ਤਾ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਬਾਰੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਵਾਉਣੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, My Aged Care ਨਾਲ **1800 200 422** 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਇੱਛਾ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

PART A - Aged Care Client Details (Your details)
[ਭਾਗ A - ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਤੁਹਾਡੇ ਵੇਰਵੇ)]
ਤੁਸੀਂ ਉਹ ਸਾਰੇ ਖਾਨੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਪੂਰੇ ਕਰੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ 'ਤੇ ਤਾਰੇ ਦਾ ਚਿੰਨ੍ਹ (*) ਲੱਗਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ

Title (select one):* [**ਸਿਰਲੇਖ** (ਕੋਈ ਇੱਕ ਚੁਣੋ):*]

☐ Mr [ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ] ☐ Mrs [ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ] ☐ Miss [ਕੁਮਾਰੀ] ☐ Ms [ਮਿਸ]

☐ Dr [ਡਾਕਟਰ] ☐ Other [ਹੋਰ] ____

Last name* [ਆਖਰੀ ਨਾਮ*]

First name* [ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ*]

Middle name [ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ]

Preferred name [ਪਸੰਦੀਦਾ ਨਾਮ]

Gender (select one):* [**ਲਿੰਗ** (ਕੋਈ ਇੱਕ ਚੁਣੋ):*]

☐ Male [ਪੁਰਸ਼] ☐ Female [ਔਰਤ]

☐ Indeterminate/Intersex/Unspecified [ਅਣ-ਨਿਰਧਾਰਤ/ਅੰਤਰਲਿੰਗੀ/ਅਨਿਸ਼ਚਿਤ]

☐ Not Specified [ਦੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ]

Date of Birth* [ਜਨਮ ਮਿਤੀ*]

Phone Number* [ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ*]

Home Address Line 1* [ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ – ਲਾਈਨ 1*]

Home Address Line 2 [ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ – ਲਾਈਨ 2]

State/Territory* [ਰਾਜ/ਟੈਰੀਟਰੀ*]

Postcode* [ਪੋਸਟਕੋਡ*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਕਾਰਡ # (ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਹਵਾਲਾ ਨੰਬਰ ਸਮੇਤ) ਜਾਂ DVA ਕਾਰਡ #]

Aged Care (AC) ID (if known) [ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ (AC) ID (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ)]

What best describes your proposed supporter relationship (select one)?*
[ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਝਾਏ ਗਏ ਸਹਾਇਕ ਰਿਸ਼ਤੇ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਿਹੜਾ ਵਿਕਲਪ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ? (ਕੋਈ ਇੱਕ ਚੁਣੋ)*]

☐ Registered supporter, where you and the registered supporter are consenting to the relationship [ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਦੋਵੇਂ ਇਸ ਰਿਸ਼ਤੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ]

ਭਾਗ B ਅਤੇ **ਭਾਗ C** ਨੂੰ ਭਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਕੋਲ ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਬਾਰੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੁੱਝ ਹੈ, ਤਾਂ **ਭਾਗ E** ਨੂੰ ਵੀ ਭਰੋ

☐ Registered supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority for you [ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਰਗਰਮ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਫ਼ੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਵੀ ਹੈ]

ਭਾਗ B ਅਤੇ **ਭਾਗ D** ਨੂੰ ਭਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਬਾਰੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੁੱਝ ਹੈ, ਤਾਂ **ਭਾਗ E** ਨੂੰ ਵੀ ਭਰੋ

PART B - Prospective Supporter's Details
[ਭਾਗ B - ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਦੇ ਵੇਰਵੇ]
ਤੁਸੀਂ ਉਹ ਸਾਰੇ ਖਾਨੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਪੂਰੇ ਕਰੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ 'ਤੇ ਤਾਰੇ ਦਾ ਚਿੰਨ੍ਹ (*) ਲੱਗਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ

Title (select one):* [**ਸਿਰਲੇਖ** (ਕੋਈ ਇੱਕ ਚੁਣੋ):*]

☐ Mr [ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ] ☐ Mrs [ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ] ☐ Miss [ਕੁਮਾਰੀ] ☐ Ms [ਮਿਸ]

☐ Dr [ਡਾਕਟਰ] ☐ Other [ਹੋਰ] ____

Last name* [ਆਖਰੀ ਨਾਮ*]

First name* [ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ*]

Middle name [ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ]

Preferred name [ਪਸੰਦੀਦਾ ਨਾਮ]

Gender (select one):* [**ਲਿੰਗ** (ਕੋਈ ਇੱਕ ਚੁਣੋ):*]

☐ Male [ਪੁਰਸ਼] ☐ Female [ਔਰਤ]

☐ Indeterminate/Intersex/Unspecified [ਅਣ-ਨਿਰਧਾਰਤ/ਅੰਤਰਲਿੰਗੀ/ਅਨਿਸ਼ਚਿਤ]

☐ Not Specified [ਦੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ]

Date of Birth* [ਜਨਮ ਮਿਤੀ*]

Phone Number* [ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ*]

Home Address Line 1* [ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ – ਲਾਈਨ 1*]

Home Address Line 2 [ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ – ਲਾਈਨ 2]

State/Territory* [ਰਾਜ/ਟੈਰੀਟਰੀ*]

Postcode* [ਪੋਸਟਕੋਡ*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਕਾਰਡ # (ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਹਵਾਲਾ ਨੰਬਰ ਸਮੇਤ) ਜਾਂ DVA ਕਾਰਡ #]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one) [ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਦਾ ਗਾਹਕ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ (ਕੋਈ ਇੱਕ ਚੁਣੋ)]

☐ Child [ਬੱਚਾ] ☐ Parent [ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ]

☐ Spouse/Partner [ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ/ਸਾਥੀ] ☐ Neighbour [ਗੁਆਂਢੀ]

☐ Friend [ਦੋਸਤ] ☐ Other [ਹੋਰ]

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [ਭਾਗ C - ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਨਾਲ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨਾ]

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਗਾਹਕ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਫ਼ੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਅਧਿਕਾਰ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਖਾਨੇ ਭਰੋ

ਗਾਹਕ ਵੱਲੋਂ ਭਰਨ ਲਈ

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਰਿਸ਼ਤਾ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ ਘੋਸ਼ਣਾ]

ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ Aged Care Act 2024 ਦੇ ਅਧੀਨ ਆਪਣਾ ਸਹਾਇਕ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਸਹਾਇਕ ਮੇਰੀ ਇੱਛਾ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਮੇਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਲਈ, Aged Care Act 2024 ਦੇ ਅਧੀਨ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ (ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਸੰਪਤੀ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ), ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅੱਗੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਵਿਭਾਗ ਵੱਲੋਂ ਮੇਰੇ ਸਹਾਇਕ ਤੋਂ ਮੇਰੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਵਰਤਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਸਹਾਇਕ ਹੋਣ ਦੀ ਹੈਸੀਅਤ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਸ਼ਾਇਦ ਉਹਨਾਂ 'ਤੇ Australian Privacy Principles ਲਾਗੂ ਨਾ ਹੋਣ।

☐ Yes [ਹਾਂ] ☐ No [ਨਹੀਂ]

Consent to sharing information with your supporter [ਆਪਣੇ ਸਹਾਇਕ ਨਾਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ]

Aged Care Act 2024 ਦੇ ਅਧੀਨ ਜੋ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੈਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਦੇਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਮੈਂ ਉਸਨੂੰ ਮੇਰੇ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਵੀ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ My Aged Care ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਗਾਹਕ ਰਿਕਾਰਡ 'ਚ ਮੌਜੂਦ ਪੁਰਾਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਗੇ।

☐ Yes [ਹਾਂ] ☐ No [ਨਹੀਂ]

I declare that: [ਮੈਂ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:]

- ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ।
- My Aged Care ਨੂੰ, ਮੈਂ ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ, ਉਹ ਸਹੀ, ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਦਰੁਸਤ ਹੈ।

I understand and have read: [ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ:]

- ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪੰਨਾ 7 'ਤੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਇੱਕ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ।
- ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪੰਨਾ 7 'ਤੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ My Aged Care ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਦੇ ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ।

When will the relationship start (DD/MM/YYYY)? [ਰਿਸ਼ਤਾ ਕਦੋਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗਾ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ)?]

____

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [ਇਹ ਰਿਸ਼ਤਾ ਕਦੋਂ ਸਮਾਪਤ ਹੋਵੇਗਾ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਸਮਾਪਤੀ ਮਿਤੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਖਾਨਾ ਖ਼ਾਲੀ ਛੱਡੋ)?]

____

Aged Care Client's full name [ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ]

____

Aged Care Client's signature [ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ]

____

Date signed [ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼]

____

ਗਾਹਕ ਵੱਲੋਂ ਭਰਨ ਲਈ

Supporter's consent and Declaration [ਸਹਾਇਕ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ ਘੋਸ਼ਣਾ]

ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਗਾਹਕ ਲਈ Aged Care Act 2024 ਦੇ ਤਹਿਤ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਗਾਹਕ ਦੀ ਇੱਛਾ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, Aged Care Act 2024 ਅਧੀਨ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ (ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਸੰਪਤੀ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ), ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅੱਗੇ ਦੱਸ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਜੋ ਗਾਹਕ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ। ਮੈਂ ਵਿਭਾਗ ਵੱਲੋਂ ਮੇਰਾ ਨਾਮ, ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ, ਭੂਮਿਕਾ ਅਤੇ ਸਥਿਤੀ (ਮੌਜੂਦ, ਮੁਅੱਤਲ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕੀਤੀ ਹੋਈ) ਗਾਹਕ ਅਤੇ ਗਾਹਕ ਲਈ ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਹਾਇਕ ਨਾਲ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਗਾਹਕ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਹਾਇਕ ਮੇਰੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸ਼ਾਇਦ ਉਹਨਾਂ 'ਤੇ Australian Privacy Principles ਲਾਗੂ ਨਾ ਵੀ ਹੋਣ। ਮੈਂ ਮੰਨਦਾ/ਮੰਨਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਹੋਣ ਦੇ ਨਾਤੇ, ਮੇਰੇ ਲਈ Aged Care Act 2024 ਵੱਲੋਂ ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਗਾਹਕ ਦੇ ਗੁਪਤਤਾ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦਾ ਸਤਿਕਾਰ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਉਸਦੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅਜਿਹਾ ਬਦਲਾਅ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਮੇਰੀ ਸਮਰੱਥਾ ਜਾਂ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ My Aged Care ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।

☐ Yes [ਹਾਂ] ☐ No [ਨਹੀਂ]

Conflict of Interest [ਹਿੱਤਾਂ ਦਾ ਟਕਰਾਅ]

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਗਾਹਕ ਲਈ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਹਿੱਤਾਂ ਦਾ ਟਕਰਾਅ (ਜਾਂ ਤਾਂ ਅਸਲ, ਸੰਭਾਵੀ ਜਾਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ) ਮੌਜੂਦ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਭਾਗ E ਵਿੱਚ ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਬਾਰੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਨੂੰ ਭਰੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਦੱਸਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਟਕਰਾਅ ਤੋਂ ਕਿਵੇਂ ਬਚਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਗਾਹਕ ਨਾਲ, ਜਿਸਦੀ ਉਹ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਟਕਰਾਅ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਟਕਰਾਅ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਟਾਲਿਆ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। 'ਹਿੱਤਾਂ ਦਾ ਟਕਰਾਅ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ', ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਜਾਓ: **https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources**

ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਗਾਹਕ ਲਈ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਮੇਰੇ ਲਈ ਹਿੱਤਾਂ ਦਾ ਟਕਰਾਅ (ਜਾਂ ਤਾਂ ਅਸਲ, ਸੰਭਾਵੀ ਜਾਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ) ਮੌਜੂਦ ਹੈ।

☐ Yes (provide details in PART E) [ਹਾਂ (ਭਾਗ E ਵਿੱਚ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ)]

☐ No (do not fill in PART E) [ਨਹੀਂ (ਭਾਗ E ਨਾ ਭਰੋ)]

I declare that: [ਮੈਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ]

- ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ।
- My Aged Care ਨੂੰ, ਮੈਂ ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ, ਉਹ ਸਹੀ, ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਦਰੁਸਤ ਹੈ।

I understand and have read: [ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ:]

- ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪੰਨਾ 7 'ਤੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਇੱਕ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ।
- ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪੰਨਾ 7 'ਤੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ My Aged Care ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਦੇ ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ।

Prospective supporter's full name [ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ]

____

Prospective supporter's signature [ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ]

____

Date signed [ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼]

____

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [ਭਾਗ D - ਉਸ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨਾ, ਜੋ ਨਾਲ ਹੀ ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੈ]

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ Aged Care Act 2024 (Cth) ਅਧੀਨ ਗਾਹਕ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਖਾਨੇ ਭਰੋ।

Supporter's consent and Declaration
[ਸਹਾਇਕ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ ਘੋਸ਼ਣਾ]

ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਗਾਹਕ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜਦੋਂ ਮੈਂ ਗਾਹਕ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੇਰੀ ਨਿਯੁਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਉਦੋਂ ਸਰਗਰਮ ਹੋਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਲਈ ਕਾਮਨਵੈਲਥ, ਰਾਜ ਜਾਂ ਟੈਰੀਟਰੀ ਦੇ ਨਿਯਮ ਪ੍ਰਬੰਧਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਸੀਮਾ ਅੰਦਰ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋਏ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਇਸ ਗਾਹਕ ਲਈ Aged Care Act 2024 ਦੇ ਤਹਿਤ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਗਾਹਕ ਦੀ ਇੱਛਾ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, Aged Care Act 2024 ਅਧੀਨ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ (ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਸੰਪਤੀ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ), ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅੱਗੇ ਦੱਸ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਜੋ ਗਾਹਕ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਮੈਂ ਵਿਭਾਗ ਵੱਲੋਂ ਮੇਰਾ ਨਾਮ, ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ, ਭੂਮਿਕਾ ਅਤੇ ਸਥਿਤੀ (ਮੌਜੂਦਾ, ਮੁਅੱਤਲ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕੀਤੀ ਹੋਈ) ਗਾਹਕ ਅਤੇ ਗਾਹਕ ਲਈ ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਹਾਇਕ ਨਾਲ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਗਾਹਕ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਹਾਇਕ ਮੇਰੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸ਼ਾਇਦ ਉਹਨਾਂ 'ਤੇ Australian Privacy Principles ਲਾਗੂ ਨਾ ਵੀ ਹੋਣ।

ਮੈਂ ਮੰਨਦਾ/ਮੰਨਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਹੋਣ ਦੇ ਨਾਤੇ, ਮੇਰੇ ਲਈ Aged Care Act 2024 ਵੱਲੋਂ ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਗਾਹਕ ਦੇ ਗੁਪਤਤਾ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦਾ ਸਤਿਕਾਰ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਉਸਦੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅਜਿਹਾ ਬਦਲਾਅ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਮੇਰੀ ਸਮਰੱਥਾ ਜਾਂ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ My Aged Care ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।

☐ Yes [ਹਾਂ] ☐ No [ਨਹੀਂ]

Supporting Documents
[ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼]

ਆਪਣੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਅਤੇ, ਜੇਕਰ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਗਾਹਕ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤ ਵੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਦਿਖਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਅਧਿਕਾਰ ਸਰਗਰਮ ਹੈ।

ਸਰਗਰਮ, ਅਤੇ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ My Aged Care ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ ਵੇਖੋ: **https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers**

When will the relationship start (DD/MM/YYYY)?
[ਰਿਸ਼ਤਾ ਕਦੋਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗਾ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [ਇਹ ਰਿਸ਼ਤਾ ਕਦੋਂ ਸਮਾਪਤ ਹੋਵੇਗਾ (ਦਿਨ/ਮਹੀਨਾ/ਸਾਲ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਸਮਾਪਤੀ ਮਿਤੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਖਾਨਾ ਖ਼ਾਲੀ ਛੱਡੋ)?]

Conflict of Interest
[ਹਿੱਤਾਂ ਦਾ ਟਕਰਾਅ]

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਗਾਹਕ ਲਈ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਹਿੱਤਾਂ ਦਾ ਟਕਰਾਅ (ਜਾਂ ਤਾਂ ਅਸਲ, ਸੰਭਾਵੀ ਜਾਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ) ਮੌਜੂਦ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਭਾਗ E ਵਿੱਚ ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਬਾਰੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਨੂੰ ਭਰੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਦੱਸਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਟਕਰਾਅ ਤੋਂ ਕਿਵੇਂ ਬਚਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਗਾਹਕ ਨਾਲ, ਜਿਸਦੀ ਉਹ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਟਕਰਾਅ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਟਕਰਾਅ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਟਾਲਿਆ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

'ਹਿੱਤਾਂ ਦਾ ਟਕਰਾਅ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ', ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਜਾਓ: **https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources**

ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਗਾਹਕ ਲਈ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਮੇਰੇ ਲਈ ਹਿੱਤਾਂ ਦਾ ਟਕਰਾਅ (ਜਾਂ ਤਾਂ ਅਸਲ, ਸੰਭਾਵੀ ਜਾਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ) ਮੌਜੂਦ ਹੈ।

☐ Yes (provide details in PART E) [ਹਾਂ (ਭਾਗ E ਵਿੱਚ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ)]

☐ No (do not fill in PART E) [ਨਹੀਂ (ਭਾਗ E ਨਾ ਭਰੋ)]

I declare that:
[ਮੈਂ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:]

- ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ।
- My Aged Care ਨੂੰ, ਮੈਂ ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ, ਉਹ ਸਹੀ, ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਦਰੁਸਤ ਹੈ।

I understand and have read:
[ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ:]

- ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪੰਨਾ 7 'ਤੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਇੱਕ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ।
- ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪੰਨਾ 7 'ਤੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ My Aged Care ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਦੇ ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ।

Prospective supporter's full name [ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ]

Prospective supporter's signature [ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ]

Date signed [ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼]

PART E - Conflict of Interest Declaration
[ਭਾਗ E - ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਬਾਰੇ ਘੋਸ਼ਣਾ]

ਹਿੱਤਾਂ ਦਾ ਟਕਰਾਅ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਗਾਹਕ ਲਈ ਇੱਕ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਹਿੱਤਾਂ ਦਾ ਟਕਰਾਅ (ਜਾਂ ਤਾਂ ਅਸਲ, ਸੰਭਾਵੀ ਜਾਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ) ਮੌਜੂਦ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਦਰਸਾਓ ਕਿ ਇਸ ਟਕਰਾਅ ਤੋਂ ਕਿਵੇਂ ਬਚਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਗਾਹਕ ਨਾਲ, ਜਿਸਦੀ ਉਹ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਟਕਰਾਅ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਟਕਰਾਅ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਟਾਲਿਆ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

'ਹਿੱਤਾਂ ਦਾ ਟਕਰਾਅ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ', ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਜਾਓ: **https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources**

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਹੋ?

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਮੌਜੂਦਾ ਰਿਸ਼ਤੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਛਾਣ ਸੰਬੰਧੀ ਵੇਰਵੇ ਵੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ **ਪਹਿਲਾਂ** ਹੀ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ E ਨੂੰ ਸਿਸਟਮ ਗਵਰਨਰ ਕੋਲ ਔਨਲਾਈਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਇਹ ਔਨਲਾਈਨ ਫਾਰਮ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕਾਂ ਵਾਲੇ ਵੈੱਬਪੰਨੇ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ: **https://www.health.gov.au/our-work/aged-care-act/about/registered-supporters-in-aged-care**

Aged Care Client's Details [ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ]

Last name [ਆਖਰੀ ਨਾਮ]

First name [ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ]

Date of Birth [ਜਨਮ ਮਿਤੀ]

Aged Care (AC) ID (if known)
[**ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ (AC) ID** (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ)]

Supporter's Details [ਸਹਾਇਕ ਦੇ ਵੇਰਵੇ]

Last name [ਆਖਰੀ ਨਾਮ]

First name [ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ]

Date of Birth [ਜਨਮ ਮਿਤੀ]

Aged Care (AC) ID (if known)
[**ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ (AC) ID** (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ)]

Details of the conflict/s, including your proposed strategies for managing or avoiding it:
[ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਦੇ ਵੇਰਵੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਸਨੂੰ ਸੰਭਾਲਣ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਸੁਝਾਏ ਗਏ ਤਰੀਕੇ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:]

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿਓ, ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦਕ ਦੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਿੱਚ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਨ ਲਈ My Aged Care ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ)

Prospective/Registered Supporter to complete: [ਸੰਭਾਵੀ / ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਵੱਲੋਂ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਹੈ:]

I agree that: [ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ:]

ਮੇਰੇ ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਗਾਹਕ, ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸਰਗਰਮ, ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਫ਼ੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਨਾਲ ਵੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

Prospective Supporter or Supporter's Signature
[ਸੰਭਾਵੀ ਸਹਾਇਕ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ]

Date Signed
[ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼]

My Aged Care ਅਤੇ Department of Health, Disability and Ageing ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨੂੰ ਸਮਰੱਥ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸੰਭਾਲਦੇ ਹਾਂ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ My Aged Care ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਸਾਡੇ ਗੁਪਤਤਾ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ: **https://www.myagedcare.gov.au/privacy**

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Aged Care Act 2024 ਅਧੀਨਰਜਿਸਟਰਡਸਹਾਇਕ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ]

ਸਾਰੇ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕਾਂ ਉੱਤੇ ਇਸ ਐਕਟ ਅਧੀਨ ਕੁੱਝ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਰਜਿਸਟਰਡਸਹਾਇਕਾਂ ਵੱਲੋਂ ਇਹ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨਿਭਾਉਂਦੇ ਸਮੇਂ ਇਮਾਨਦਾਰੀ, ਲਗਨ ਅਤੇ ਨੇਕ ਨੀਅਤ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਬਿਰਧ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ, ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਉਸ ਦੀ ਇੱਛਾ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹਾਂ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕਾਂ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹ:

- ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜੋ ਉਸ ਬਜ਼ੁਰਗ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਇੱਛਾ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹਾਂ, ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ, ਸੱਭਿਆਚਾਰਕ ਅਤੇ ਸਮਾਜਿਕ ਭਲਾਈ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਉਹ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ।
- ਬਿਰਧ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਿਰਫ਼ ਉਸ ਹੱਦ ਤੱਕ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ, ਜਿੰਨੀ ਕਿ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਖੁਦ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ।
- ਬਿਰਧ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਆਪਣੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਖੁਦ ਲੈਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਪੂਰੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ।
- ਸਹਾਇਕ ਦੀ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾਉਂਦੇ ਹੋਏ ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਮੌਜੂਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਟਕਰਾਅ (ਅਸਲ, ਸੰਭਾਵਿਤ ਜਾਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ) ਤੋਂ ਬਚਣਾ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣਾ, ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਅਜਿਹਾ ਟਕਰਾਅ ਉੱਭਰੇ ਤਾਂ ਸਿਸਟਮ ਗਵਰਨਰ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ।

ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਵੱਲੋਂ ਸਿਸਟਮ ਗਵਰਨਰ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਵੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਯੋਗਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਕਰਨ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ:

- ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ
- ਆਪਣੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸਿਸਟਮ ਗਵਰਨਰ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਲੋੜਾਂ ਜਾਂ ਨੋਟਿਸਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਦੀ
- ਸਿਸਟਮ ਗਵਰਨਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਦੀ।

ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਆਪਣੀ ਸਮਰੱਥਾ ਵਿੱਚ ਜਿਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਜੋ ਅੱਗੇ ਸੰਚਾਰਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਉਸਦੀ ਗ਼ਲਤ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕੁੱਝ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕਾਂ ਕੋਲ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ, ਪੱਕਾ ਮੁਖ਼ਤਿਆਰਨਾਮਾ ਜਾਂ ਇਸ ਵਰਗਾ ਹੋਰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਲੋਕ ਬਿਰਧ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕਾਮਨਵੈਲਥ, ਰਾਜ ਜਾਂ ਟੈਰੀਟਰੀ ਦੇ ਨਿਯਮ ਪ੍ਰਬੰਧਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਉਸ ਬਿਰਧ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਫ਼ੈਸਲੇ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕੋਈ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਰਫ਼ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸਰਗਰਮ, ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੀ ਬਿਰਧ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

Terms and Conditions of My Aged Care [My Aged Care ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਿਯਮ]

ਆਮ (ਸਾਰੀਆਂ ਧਿਰਾਂ ਲਈ)

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਸਹਾਇਕ ਬਣਨ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇਹ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਨਾਲ, ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਰਿਸ਼ਤੇ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਧਿਰ ਦਾ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਕੋਈ ਰਿਕਾਰਡ ਮੌਜੂਦ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੋਹਾਂ ਧਿਰਾਂ ਲਈ My Aged Care ਵਿੱਚ ਰਿਕਾਰਡ ਬਣਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਸਹਾਇਕ ਰਿਸ਼ਤਾ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ Aged Care Act 2024 (Cth) ਦੇ ਅਧੀਨ ਆਵੇਗਾ।
- ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਤੇ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਦਲਾਅ ਬਾਰੇ, ਅਤੇ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਬਦਲਾਅ ਬਾਰੇ My Aged Care ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜੋ ਮੇਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮੈਂ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ।
- ਝੂਠੀ ਜਾਂ ਗੁੰਮਰਾਹਕੁੰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਾ ਇੱਕ ਗੰਭੀਰ ਅਪਰਾਧ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਇਹ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ My Aged Care ਨੂੰ 1800 200 422 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਕੇ, ਆਪਣੇ ਔਨਲਾਈਨ ਖਾਤੇ ਰਾਹੀਂ, ਜਾਂ Aged Care Specialist Officer ਜਾਂ ਮੁਲਾਂਕਣਕਰਤਾ ਦੀ ਮੱਦਦ ਨਾਲ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।

ਗਾਹਕ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ My Aged Care ਇਹ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ:

- ਮੇਰੇ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਤੋਂ ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੇਰੇ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ My Aged Care ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਤਰੱਕੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।
- ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਮੇਰੇ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਨੇ ਮੇਰੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਦੱਸੀ ਹੋਵੇ।

ਮੇਰਾ ਪਤਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਇੱਛਾ ਅਤੇ ਪਸੰਦਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ, ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਆਗਿਆ ਹੋਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, My Aged Care ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਕਦਮ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- My Aged Care ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਰੱਖਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿਸ ਗਾਹਕ ਦੀ ਮੈਂ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ, ਉਸਦੀ ਆਗਿਆ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਣ-ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਅਜਿਹੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਾ ਹੋਵੇ।
- ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕ ਵਜੋਂ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਹਰ ਕਾਰਵਾਈ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਇੱਛਾ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਦੀ ਮੈਂ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।
- ਮੇਰੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ My Aged Care ਵੱਲੋਂ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਮੁਲਾਂਕਣਕਰਤਾਵਾਂ, ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ, ਸੰਸਥਾਵਾਂ, ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ, Aged Care Quality and Safety Commission [ਬਿਰਧ ਦੇਖਭਾਲ ਗੁਣਵੱਤਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਮਿਸ਼ਨ], ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਹੋਰ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ ਜਿਸਦੀ ਮੈਂ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।
- ਮੇਰਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਮੇਰਾ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ, ਉਹਨਾਂ ਹੋਰ ਸਾਰੇ ਰਜਿਸਟਰਡ ਸਹਾਇਕਾਂ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨਾਲ ਇਸ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਜੋ ਮੈਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਾਂ ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਹਾਂ।
- ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਮੁੱਖ ਸੰਪਰਕ ਵਿਅਕਤੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮੈਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਹਾਂ, ਉਸ ਸੰਬੰਧੀ My Aged Care ਵੱਲੋਂ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਰਾਹੀਂ ਪਹਿਲਾ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।