



My Aged Care Registration of a Supporter Form [Пријава Обраzca за помоћника] Serbian – Српски

	Кад треба да се користи овај образац		Ваша заштита и заштита ваших информација		За више информација
<p>Овај образац служи за регистрацију помоћника који ће да вам помогне да пронађете и користите услуге за старије особе, укључујући и My Aged Care.</p> <p>Ако желите да користите услуге за старије особе које је влада субвенционисала, треба да се пријавите у My Aged Care. Да бисте ово урадили, треба сами да позовете службу My Aged Care или неко други с том службом може да разговара у вашем присуству.</p> <p>Можете и на линији да се региструјете као део оцењивачког процеса: https://myagedcare.gov.au/registering-supporter</p> <p>Користећи овај образац, може да се региструје помоћник који ће да вам помогне да изразите своје одлуке везане за негу старијих особа, укључујући и захтев за увид у ваше информације. Имовинско стање овог помоћника се не оцењује, као ни стање заступника или номиноване особе с осталим агенцијама аустралијске Владе.</p>	<p>Ваши лични подаци, као и подаци вашег помоћника, су заштићени законом, укључујући и <i>Privacy Act 1988 (Cth)</i> [Закон о приватности из 1988.год.] и Australian Privacy Principles [Аустралијски принципи приватности].</p> <p>Службе My Aged Care и Department of Health, Disability and Ageing [Одељење за здравство, инвалидитет и старење] прикупљају ваше податке личне природе да би могле да га користе услуге за старије особе или сличне услуге за некога коме пружате помоћ.</p> <p>Молимо вас да прочитате наше обавештење везано за приватност на веб страници My Aged Care, како бисте сазнали више о томе како чувамо ваше податке личне природе: https://www.myagedcare.gov.au/privacy</p> <p>Ваше податке могу да прикупљају и пружаоци неге старијим особама које је овластила аустралијска Влада и организације које оцењују и пружају услуге старијим особама.</p>	<p>Да бисте разговарали с неким из My Aged Care у вези овог обрасца:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Позовите My Aged Care на телефон 1800 200 422 од понедељка до петка од 8 до 20 часова, а суботом од 10 до 14 часова. • Лично са Aged Care Specialist Officer (ACSO) [Специјализовани референт из службе за помоћ старијим особама]. Закажите састанак позивом на број 1800 227 475 радним данима од 8 до 20 часова. Можете да посетите веб страницу службе Services Australia, да бисте добили више информација везаних за локације ACSO. <p>Такође можете посетити веб страницу службе My Aged Care за више информација: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p>			

Шта је то Регистровани помоћник у служби My Aged Care?

Регистровани помоћник помаже старијим особама да искажу своје одлуке везане за помоћ која им се пружа. То значи да се услуге које пружа My Aged Care могу користити, као и остале одлуке везане за негу старијих особа. Регистровани помоћници могу да захтевају, користе и примају информације везане за старије особе. Они такође могу да искажу информације за старије особе у складу с њиховим жељама и преференцијама.

Неки од регистрованих помоћника имају и старатељство, трајну пуномоћ или неко слично правно овлашћење. То су именовани доносиоци одлука везаних за старије особе, а те одлуке доносе у име старијих особа у складу са комонвелтским, државним и територијалним прописима. Именован доносилац одлука може да их доноси у име старије особе само у складу с њиховим активним, правним пуномоћем.

Ове особе могу да имају правну пуномоћ за доношење одлука коју признаје *Aged Care Act 2024 (Cth)* [Закон о нези старијих особа из 2024.год.] по:

- enduring power of attorney [трајној пуномоћи]
- трајном старатељству
- унапред донесеној здравственој директиви, где она даје за право трајно доношење одлука
- Унапред донесен лични план (у Северној Територији)
- договор о ограниченом доношењу одлука по закону Комонвелта, савезне државе или територије, или
- наредба која даје овлашћење, а коју доноси суд, трибунал, управа или одбор, по закону Комонвелта, савезне државе или територије.

Ако неко постане регистровани помоћник, то му не даје право да доноси одлуке везане за старије особе. Улога регистрованог помоћника је да помогне старијој особи да донесе сопствене одлуке.

Како да попуните овај образац

Образац можете да попуните на свом компјутеру или га одштампате и потпишете.

ДЕО А - ваши (клијентови) податци.

ДЕО Б - подаци потенцијалног помоћника.

ДЕО В или Г - ваши односи, ваш (клијентов) пристанак и пристанак потенцијалног помоћника. Само попуните део В или Г, у зависности од односа који имате.

ДЕО Д - Овај део попуњава потенцијални помоћник везан за Изјаву о конфликту интереса, консултујући се с вама (клијентом).

Како се подноси овај образац

Кад попуните и потпишете образац пратећи горе наведена упутства, пошаљите га служби My Aged Care користећи један од следећих метода:

1. Аплодујте на ваш рачун на линији (на веб страници службе My Aged Care можете наћи више информација везаних за коришћење вашег рачуна: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) или
2. Пошаљите дигиталну копију компјутерским путем преко службе My Aged Care, која је на располагању на: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> или
3. Пошаљите поштом на: My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216
4. Однесите лично у било коју канцеларију службе Services Australia, а службеник за општа питања ће вам помоћи да предате документа за My Aged Care Aged Care Specialist Officer из My Aged Care, који ће електронским путем да преда ваша документа. Службу Services Australia можете да позовете на 1800 227 475 или можете да закажете састанак да се лично видите или
5. Лично са оцењивачем, ако ви (клијент) или потенцијални помоћник већ имате састанак за оцењивање.

За оне потенцијалне помоћнике, који су такође именовани као доносиоци одлука, обавезно проверите да сте поднели и доказ о валидном и активном правном овлашћењу везаном за доношење одлука за клијента, пре него што поднесете овај образац. То је вероватно правни документ. Можда ће бити потребно и лекарско уверење о вашем клијенту, како би се доказало да је овлашћење активно.

Ако желите да знате да ли је служба My Aged Care примила ваш образац, сачекајте пре него што позовете (два радна дана ако је образац предат електронским путем, шест дана ако је послат поштом).

Следећи корак пошто сте све предали служби My Aged Care

Кад служба My Aged Care прими ваш комплетиран образац, могу и вас и вашег потенцијалног помоћника да региструју у служби My Aged Care ако је то потребно и да контактирају било кога од вас двоје, ако им је потребно додатних информација да би се извршило пријављивање вашег захтева за помоћником.

Кад је завршена регистрација вашег захтева за помоћником, онда ваш регистровани помоћник може да позове службу My Aged Care на број **1800 200 422**, да се распита за ваше потребе за негом старијих особа, укључујући и било какво оцењивање. Ваш регистровани помоћник може само да се води по вашим жељама и преференцама.

PART A - Aged Care Client Details (Your details) [ДЕО А - Деталји Aged Care клијента (ваши подаци)]

Морате да попуните сва поља обележена звездом (*)

Title (select one):* [Наслов (изаберите један):*]

Mr [Господин] Mrs [Госпођа]
Miss [Госпођица] Ms [Госпођа/Госпођица]
Dr [Др] Other [Остало]

Last name* [Презиме*]

First name* [Име*]

Middle name [Средње име]

Preferred name [Жељено име]

Gender (select one):* [Пол (изаберите):*]

Male [Мушки] Female [Женски]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Неопредељен/Интерсексуална особа/Неопредељен]
Not Specified [Неопредељен]

Date of Birth*
[Датум рођења*]

Phone Number*
[Број телефона*]

Home Address Line 1* [Кућна адреса линија 1*]

Home Address Line 2 [Кућна адреса линија 2]

State/Territory*
[Савезна држава/Територија*]

Postcode*
[Поштански број*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [Број Medicare картице# (укључујући индивидуални референтни број) или DVA (борачке картице) #]

Aged Care (AC) ID (if known)
[Aged Care (AC) Идентификациони број (ако је познат)]

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

[Како бисте најбоље описали ваш однос с предложеним помоћником (изаберите један одговор)?*]

Registered supporter, where you and the registered supporter are consenting to the relationship
[Регистровани помоћник, ви и ваш пријављени помоћник сте се сложили у вези тога]

Попуните **ДЕО Б** и **ДЕО В**. Попуните **ДЕО Е** ако ваш потенцијални помоћник треба да изјави да постоји конфликт у интересима

Registered supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority for you
[Регистровани помоћник, ко је такође и именовани доносилац одлука с активним правним заступништвом у ваше име]

Попуните **ДЕО Б** и **ДЕО Г**. Попуните **ДЕО Е** ако ви треба да дате изјаву да постоји конфликт у интересима

PART B - Prospective Supporter's Details [ДЕО Б - Деталји потенцијалног помоћника]

Морате да попуните сва поља обележена звездом (*)

Title (select one):* [Наслов (изаберите један):*]

Mr [Господин] Mrs [Госпођа]
Miss [Госпођица] Ms [Госпођа/Госпођица]
Dr [Др] Other [Остало]

Last name* [Презиме*]

First name* [Име*]

Middle name [Средње име]

Preferred name [Жељено име]

Gender (select one):* [Пол (изаберите):*]

Male [Мушки] Female [Женски]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Неопредељен/Интерсексуална особа/Неопредељен]
Not Specified [Неопредељен]

Date of Birth*
[Датум рођења*]

Phone Number*
[Број телефона*]

Home Address Line 1* [Кућна адреса линија 1*]

Home Address Line 2 [Кућна адреса линија 2]

State/Territory*
[Савезна држава/Територија*]

Postcode*
[Поштански број*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [Број Medicare картице# (укључујући индивидуални референтни број) или DVA (борачке картице) #]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)
[Однос потенцијалног помоћника са клијентом (изаберите један)]

Child [Дете] Parent [Родитељ]
Spouse/Partner [Брачни друг/Партнер] Neighbour [Комшија]
Friend [Пријатељ] Other [Остало]

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [ДЕО В - Регистрација помоћника с вама и пристанак потенцијалног помоћника]

Молимо вас да одговорите на свако питање ако региструјете помоћника који нема правно овлашћење клијента за доношење одлука

Део који попуњава клијент

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [Одобрење клијената служби Aged Care за регистрацију односа и изјава]

Слажем се да се особа именована у овом обрасцу региструје као да је мој помоћник, по *Aged Care Act 2024*. Разумем да ће мој помоћник можда да тражи, има увид и добија информације и документа, у складу с мојим жељама, да би ми помогао/ла према *Aged Care Act 2024* (што није везано за сврхе тестирања имовинског стања). Дајем своју сагласност да Одељење прикуља моје податке личне природе које ће помоћник да пружи, ради одређивања неге старијих особа. Разумем да се Australian Privacy Principles можда неће примењивати на мог помоћника, ако он/она добију било какве информације или документ, који им је дат док су у улози мог помоћника.

Yes [Да]

No [Не]

Consent to sharing information with your supporter

[Сагласност за дељење информација са помоћником]

Слажем се да било каква информација или документ, који можда или мора да ми буде уручен по *Aged Care Act 2024* буде дат и мом помоћнику. Ја разумем да то може да укључи и неке информације или документа из прошлости, који постоје у мом досијеу у служби My Aged Care.

Yes [Да]

No [Не]

I declare that:

[Изјављујем да:]

- Се добровољно пријављујем да будем помоћник.
- Да ће информација коју будем дао/ла служби My Aged Care бити истинита, потпуна и тачна.

I understand and have read:

[Разумем и прочитао/ла сам:]

- Дужности регистрованог помоћника назначених на страни 7 овог документа.
- Условне и одредбе регистрације у служби My Aged Care назначене на страни 7 овог документа.

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

[Када ће отпочети ова веза (ДД/ММ/ГОД)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Када ће се завршити ова веза (ДД/ММ/ГОД или оставите празно ако је датум непознат)?]

Aged Care Client's full name

[Име и презиме клијента службе My Aged Care]

Aged Care Client's signature

[Потпис клијента службе My Aged Care]

Date signed [Датум потписа]

Део који попуњава клијент

Supporter's consent and Declaration

[Помоћничково одобрење и изјава]

Слажем се да ћу бити регистровани помоћник особе именоване у овом обрасцу према *Aged Care Act 2024*. Схватам да ћу можда да захтевам, имам увид у и примам информације и документа и да дајем информације, у складу са жељама свог клијента, по *Aged Care Act 2024* кад је то потребно (што није везано за сврхе тестирања имовинског стања). Слажем се да Одељење да моје име, контактне детаље, улогу и статус (тренутни, суспендован или отказан) као помоћника клијента и било ког другог регистрованог помоћника за тог клијента. Разумем да се Australian Privacy Principles можда неће примењивати на мог клијента или било ког помоћника, уколико они добију било какве информације или документ с мојим подацима личне природе. Схватам да ћу као помоћник морати да се придржавам дужности назначених у *Aged Care Act 2024* укључујући и поштовање права клијената на приватност и заштиту њихових информација личне природе. Ако се моје околности промене, а то утиче на моју способност да радим као помоћник, обавестићу службу My Aged Care.

Yes [Да]

No [Не]

Conflict of Interest [Конфликт интереса]

Ако имате конфликт интереса (стваран, могућ или перципиран) док вршите улогу помоћника особи која је именована у овом обрасцу, попуните ДЕО Д Изјава о конфликту интереса, укључујући и како овај конфликт може да се избегне или среди. Потенцијални помоћници би требало да размотре било какав конфликт интереса, укључујући и то како исти може да се избегне или среди, заједно с именованим клијентом коме помажу. Да добијете више информација у вези Конфликта интереса, посетите веб страницу: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Ја имам конфликт интереса (стваран, могућ или перципиран) док вршим улогу помоћника особи која је именована у овом обрасцу.

Yes (provide details in PART E) [Да (дајте податке у ДЕО Д)]

No (do not fill in PART E) [Не (немојте да попуњавате ДЕО Д)]

I declare that: [Изјављујем да:]

- Добровољно пријављујем помоћника.
- Да ће информација коју будем дао/ла служби My Aged Care бити истинита, потпуна и тачна.

I understand and have read: [Разумем и прочитао/ла сам:]

- Дужности регистрованог помоћника назначених на страни 7 овог документа.
- Условне и одредбе регистрације у служби My Aged Care назначене на страни 7 овог документа.

Prospective supporter's full name

[Име и презиме потенцијалног помоћника]

Prospective supporter's signature

[Потпис потенцијалног помоћника]

Date signed [Датум потписа]

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [ДЕО Г- Регистрација помоћника, ко је такође и именовани доносилац одлука с активном правном пуномоћи]

Молимо вас да поуните све делове ако имате правно овлашћење да заступате клијента по *Aged Care Act 2024 (Cth)*.

Supporter's consent and Declaration

[Помоћникова сагласност и изјава]

Потврђујем да сам правно овлашћена особа која доноси одлуке у име клијента именованог у овом обрасцу. Ја разумем да моје правно овлашћење за овај договор мора да буде активно кад заступам клијента и да морам да се опходим према комонвелшким, државним и територијалним уговорима везаним за овај договор, укључујући све док доносим одлуке током овлашћења.

Слажем се да будем регистровани помоћник по *Aged Care Act 2024* за клијента. Схватам да ћу можда да захтевам, имам увид у и примам информације и документа и да дајем информације, у складу са жељама свог клијента, по *Aged Care Act 2024* кад је то потребно (што није везано за сврхе тестирања имовинског стања).

Слажем се да Одељење да моје име, контактне детаље, улогу и статус (тренутни, суспендован или отказан) као помоћника клијента и било ког другог регистрованог помоћника за тог клијента.

Разумем да се Australian Privacy Principles можда неће примењивати на мог клијента или било ког помоћника, уколико они добију било какве информације или документ с мојим подацима личне природе.

Схватам да ћу као помоћник морати да се придржавам дужности назначених у *Aged Care Act 2024* укључујући и поштовање права клијента на приватност и заштиту њихових информација личне природе. Ако се моје околности промене, а то утиче на моју способност да радим као помоћник, обавестићу службу My Aged Care.

Yes [Да]

No [Не]

Supporting Documents

[Додатни документи]

Прикачите копију вашег правног документа, и ако је потребно, лекарски доказ о клијенту, да би показали да је ваше пуномоћје активно.

Да добијете више информација у вези активног, именованог доносиоца одлука, посетите веб страницу: <https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

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

[Када ће отпочети ова веза (ДД/ММ/ГОД)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [Када ће се завршити ова веза (ДД/ММ/ГОД или оставите празно ако је датум непознат)?]

Conflict of Interest

[Конфликт интереса]

Ако имате конфликт интереса (стваран, могућ или перципиран) док вршите улогу помоћника особи која је именована у овом обрасцу, Попуните ДЕО Д Изјава о конфликту интереса, укључујући и како овај конфликт може да се избегне или среди.

Потенцијални помоћници би требало да размотре било какав конфликт интереса, укључујући и то како исти може да се избегне или среди, заједно с именованим клијентом коме помажу.

Да добијете више информација у вези Конфликта интереса, посетите веб страницу: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Ја имам конфликт интереса (стваран, могућ или перципиран) док вршим улогу помоћника особи која је именована у овом обрасцу.

Yes (provide details in PART E) [Да (дајте податке у ДЕО Д)]

No (do not fill in PART E) [Не (немојте да попуњавате ДЕО Д)]

I declare that:

[Изјављујем да:]

- Добровољно пријављујем помоћника.
- Да ће информација коју будем дао/ла служби My Aged Care бити истинита, потпуна и тачна.

I understand and have read:

[Разумем и прочитао/ла сам:]

- Дужности регистрованог помоћника назначених на страни 7 овог документа.
- Условне и одредбе регистрације у служби My Aged Care назначене на страни 7 овог документа.

Prospective supporter's full name

[Име и презиме потенцијалног помоћника]

Prospective supporter's signature

[Потпис потенцијалног помоћника]

Date signed [Датум потписа]

PART E - Conflict of Interest Declaration [ДЕО Д - Изјава о Конфлику интереса]

Конфликт интереса

Ако имате конфликт интереса (стваран, могућ или перципиран) док вршите улогу помоћника особи која је именована у овом обрасцу, назначите то доле, укључујући и како овај конфликт може да се избегне или среди. Потенцијални помоћници би требало да размотре било какав конфликт интереса, укључујући и то како исти може да се избегне или среди, заједно с именованим клијентом коме помажу.

Да добијете више информација у вези Конфликта интереса, посетите веб страницу: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Да ли сте регистрован помоћник?

Ако сте се већ регистровали као помоћник и изјављујете да постоји конфликт интереса везан за ваш однос, прикажите идентификационе податке доле. Ако сте **већ** регистровани, можете да поднесете ДЕО Д на the System Governor кад на линији подносите молбу на the Registered Supporters in Aged Care (регистровани помоћници у служби My Aged Care):

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

Aged Care Client's Details

[Подаци за клијенте у служби Aged Care]

Last name [Презиме]

First name [Име]

Date of Birth [Датум рођења]

Aged Care (AC) ID (if known) [Идентификациони број у служби Aged Care (AC) (ако је познат)]

Supporter's Details [Помоћникови подаци]

Last name [Презиме]

First name [Име]

Date of Birth [Датум рођења]

Aged Care (AC) ID (if known) [Идентификациони број у служби Aged Care (AC) (ако је познат)]

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

[Детаљи конфликта, укључујући и предлоге за њихово решавање или спречавање:]

(Молимо вас да ово напишете на енглеском или да позовете службу My Aged Care да ову изјаву дате у присуству преводиоца)

Prospective/Registered Supporter to complete: [Потенцијални/регистровани помоћник треба да попуни овај део:]

I agree that: [Слажем се да:]

Мој конфликт интереса можда треба да се подели с клијентом наведеним у овом обрасцу, или с његовим активним одређеним доносиоцем одлука.

Prospective Supporter or Supporter's Signature
[Потпис потенцијалног помоћника]

Date Signed
[Датум потписивања]

Службе My Aged Care и Department of Health, Disability and Ageing прикупљају ваше податке приватне природе, да би омогућили пружање услуга за старије особе или сличне услуге за вас или некога коме ви помажете. Молимо вас да прочитате нашу поруку о приватности на My Aged Care веб страници, да бисте сазнали нешто више о томе шта радимо с вашим подацима личне природе: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Дужности регистрованог помоћника према Aged Care Act 2024]

Постоје дужности којих се сви регистровани помоћници морају придржавати по закону. Они морају да се понашају поштено, марљиво и с добрим намерама, кад се прихватају ових дужности. Ове дужности треба да унапређују безбедност старијих особа, њихова права, жеље и преференце.

Регистровани помоћници треба да:

- Се опходе на начин који ће да унапреди жеље и преференце, личне, културне и друштвене, старије особе којој помажу.
- Да помогну старијој особи само до те мере да она може да донесе своју одлуку.
- Да се на најбољи могући начин потруди да старија особа сачува способност да сама доноси одлуке.
- Да избегне или реши било какав конфликт интереса који има у улози помоћника (стваран, могућ или перципиран) и да обавести System Governог [Управника система] о конфликту, ако до њега дође.

Поред тога, регистровани помоћник мора да обавести System Governог о било каквим околностима које можда могу да утичу на њихову способност да:

- ради као регистровани помоћник
- се придржавају дужности или било каквих захтева или обавештења које им System Governог да, или
- их System Governог контактира.

Информације које регистровани помоћник тражи, прима или даје у својој улози помоћника, не смеју се злоупотребљавати.

Неки од регистрованих помоћника имају и старатељство, трајну пуномоћ или неко слично правно овлашћење. То су именовани доносиоци одлука везаних за старије особе, а те одлуке доносе у име старијих особа у складу са комонвелшким, државним и територијалним прописима. Овлашћени доносилац одлука може да донесе одлуку у име старије особе само ако је то у складу с њиховим правним овлашћењем.

Terms and Conditions of My Aged Care [Услови и одредбе службе My Aged Care]

Опште (за све странке)

Схватам да:

- Тражећи захтев за регистрованим помоћником или бити тај помоћник, ће креирати белешке у служби My Aged Care да се зна за овај однос, ако ја, или друга страна то већ нису урадиле. Кад се овај однос са помоћником региструје, онда он потпада под *Aged Care Act 2024 (Cth)*.
- Морам да обавестим службу My Aged Care ако дође до промене моје адресе или контактних детаља и промена у околностима код особе која је регистрована да ми помаже или особе којој ја помажем.
- Давање лажних или обмањујућих информација је озбиљно кривично дело.
- Могу да захтевам да се ова регистрација повуче у било ком тренутку тако што ћу да позovem службу My Aged Care на 1800 200 422, преко рачуна на линији или у разговору са Aged Care Specialist Officer или оцењивачем.

Клијент

Разумем да служба My Aged Care може:

- Да прикупља моје информације од мог регистрованог помоћника.
- Да даје информације или документа мом регистрованом помоћнику, укључујући мој прогрес у служби My Aged Care.
- Да предузме нешто везано за информације које је ми је дао мој регистровани помоћник.

My Aged Care може да уради горенаведене ствари, ако су у сагласности с мојим жељама или су законски одобрене.

Регистровани пружалац помоћи

Схватам да:

- Све информације које добијем од службе My Aged Care морају се чувати у строгој поверљивости и неће се користити или издати било којој неовлашћеној особи без дозволе клијента за кога сам регистровани помоћник, осим у случају да је то коришћење или издавање законски овлашћено.
- Све радње које предузимам као регистровани помоћник, морају да буду у складу са жељама и преференцама особе којој помажем.
- Служба My Aged Care прикупља моје податке личне природе и може да их подели са оцењивачима, пружаоцима услуга, организаторима, медицинском особљу и служби Aged Care Quality and Safety Commission [Одбор за квалитет и безбедност у пружању услуга старијим особама] и осталим регистрованим помоћницима који помажу истој особи као и ја.
- Моје име и број телефона ће се дати осталим регистрованим помоћницима или организацијама, да бих могао што боље да помогнем старијој особи чији сам помоћник.
- Ако сам ја номинирана особа за примарни контакт служба My Aged Care ће прво мене да контактира кад је у питању старија особа којој помажем.