

## My Aged Care Registration of a Supporter Form 【支持者登记表】 Simplified Chinese – 简体中文

 何时使用本表格	 保护您及您的信息	 如需更多信息
<p>本表格用于登记支持者，协助您查找并获取包括My Aged Care在内的老年护理服务。</p> <p>如果您希望使用政府补贴的老年护理服务，您需要在My Aged Care注册。您可以自己致电My Aged Care，或由他人陪同您联系My Aged Care。</p> <p>您还可以在申请评估的过程中，通过以下网址在线注册： <a href="https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter">https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</a></p> <p>您可以使用本表格登记支持者，协助您作出并传达与老年护理相关的决定，包括申请及查阅您的信息。支持者关系不适用于收入与资产测试，也不适用于其他澳大利亚政府机构的代表或提名人关系。</p>	<p>您及您登记的支持者的个人信息均受法律保护，包括 Privacy Act 1988 (Cth)【《1988年隐私法》】以及 Australian Privacy Principles【《澳大利亚隐私原则》】。</p> <p>My Aged Care与Department of Health, Disability and Ageing【卫生、残疾与老龄事务部】将收集您的个人信息，以便您本人或您所支持的人获得老年护理或相关服务。</p> <p>如需了解我们如何处理您的个人信息的更多信息，请查阅My Aged Care网站上的隐私通知：<a href="https://www.myagedcare.gov.au/privacy">https://www.myagedcare.gov.au/privacy</a></p> <p>澳大利亚政府资助的老年护理服务提供商及评估机构也会收集您的个人信息，用于评估以及提供老年护理服务。</p>	<p>如需就本表格与My Aged Care的工作人员交谈：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>请在周一至周五上午 8:00 到晚上 8:00 以及周六上午 10:00 至下午 2:00 致电 <b>1800 200 422</b> 联系My Aged Care。</li><li>当面咨询Aged Care Specialist Officer (ACSO)【老年护理专员】。请在工作日上午 8:00 至晚上 8:00 致电 1800 227 475 进行预约。您可以访问<a href="https://www.servicesaustralia.gov.au">Services Australia</a>的网站，了解ACSO最新办公地点的更多信息。</li></ul> <p>您也可前往My Aged Care网站获取更多信息： <a href="https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter">https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</a></p>

### My Aged Care 的登记支持者是什么？

登记支持者协助老年人自行作出有关老年护理的决定，并传达这些决定。其中包括使用My Aged Care的决定，以及其他日常老年护理的决定。登记支持者可以申请、查阅及接收与老年人相关的信息。他们还可以根据老年人已知的意愿和偏好，帮助老年人传达信息。

有些登记支持者还拥有监护权、永久授权书或类似的法律授权。这些人是老年人的指定决策人，可依据联邦、州或领地的相关安排代表老年人作出决定。指定决策人只能根据其现行且合法的授权代表老年人作出决定。

这些人可能拥有Aged Care Act 2024 (Cth)【《2024年老年护理法》】认可的法律决策权，该法律决策权的依据包括：

- enduring Power of Attorney【永久授权书】
- 永久监护权
- 预先医疗指示，并且该指示授予持续决策权
- 预先个人计划（适用于北领地）
- 依据联邦、州或领地法律设立的涉及限制措施的替代决策安排，或
- 由法庭、仲裁庭、委员会或专门小组依据联邦、州或领地法律发出的、授予决策权的委任令。

成为登记支持者并不赋予该人士为老年人做出决定的权力。登记支持者的角色是支持老年人自行作出决定。

## 如何填写本表格

您可以在电脑上填写本表格,或打印后签名。

**A 部分** – 您的(客户的)详细信息。

**B 部分** – 准支持者的详细信息。

**C 或 D 部分** – 关系的详细情况、您的(客户的)同意以及准支持者对该关系的同意。请根据所建立的支持者关系,选择填写C部分或D部分。

**E 部分** – 利益冲突声明,由准支持者与您(客户)协商后填写。

## 如何提交本表格

在根据上述说明填写并签署表格后,请使用以下任一方式将其发送给My Aged Care:

1. 上传到您的在线账户(如需如何访问您的在线账户的更多信息,请访问My Aged Care网站:  
<https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) 或
2. 通过My Aged Care的在线表单发送电子副本,网址是: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> 或
3. 邮寄至: My Aged Care,  
PO Box 1237,  
Runaway Bay,  
Queensland, 4216, 或
4. 亲自前往Services Australia服务中心,那里的普通服务专员可以协助您向My Aged Care提交文件,或者为您预约Aged Care Specialist Officer,他们可以将文件上传至 My Aged Care。您可以致电 1800 227 475 联系Services Australia,预约面对面会谈,或
5. 如果您(客户)或准支持者即将参加评估预约,可在与评估员会谈时当面提交。

如果准支持者同时也是指定决策人,请在提交本表格前务必附上您拥有有效且正在生效的决策授权法律证明文件。这份文件可能是法律文件。此外可能还需要客户的医疗证明,证明您的授权依然有效。

如果您想确认My Aged Care已收到您的表格,请等待一段时间(上传需等待两个工作日,邮寄需等待六个工作日)后再致电查询。

## 提交至My Aged Care的后续步骤

在My Aged Care收到您填好的表格后,如果需要,他们可以将您和您的准支持者一并登记在My Aged Care,如果需要更多信息来处理您登记支持者关系的请求,他们会联系您或您的准支持者。

一旦您的支持者关系完成登记,您的登记支持者可以致电 **1800 200 422** 联系My Aged Care,咨询您的老年护理服务和需求,包括任何评估事宜。您的登记支持者只能按照您的意愿和偏好行事。

## PART A - Aged Care Client Details (Your details)

### 【A 部分 - 老年护理客户详细信息(您的详细信息)】

您必须填写所有标有星号(\*)的栏目

Title (select one):\*【称谓 (请选择一项):\*】

Mr【先生】 Mrs【太太】 Miss【小姐】 Ms【女士】  
Dr【博士】 Other【其他】

Last name\*【姓氏\*】

First name\*【名字\*】

Middle name【中间名】

Preferred name【惯用名】

Gender (select one):\*【性别 (请选择一项):\*】

Male【男】 Female【女】  
Indeterminate/Intersex/Unspecified  
【不确定/双性/未说明】  
Not Specified【未说明】

Date of Birth\*  
【出生日期\*】

Phone Number\*  
【电话号码\*】

Home Address Line 1\*【家庭住址第 1 行\*】

Home Address Line 2【家庭住址第 2 行】

State/Territory\*  
【州/领地\*】

Postcode\*  
【邮政编码\*】

Medicare Card # (including Individual Reference Number)  
or DVA card #【国民保健卡号(包括个人编号)或退伍军人卡号】

Aged Care (AC) ID (if known)  
【老年护理(AC)身份编号(如果已知)】

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

【以下哪一项最能描述您拟建立的支持者关系(请选择一项)?\*】

Registered supporter, where you and the registered supporter are consenting to the relationship【登记支持者,并且您与登记支持者均同意建立该关系】

请填写 B 部分和 C 部分。如准支持者有要申报的利益冲突,请一并填写 E 部分

Registered supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority for you【登记支持者,同时也是您拥有有效法律授权的指定决策人】

请填写 B 部分和 D 部分。如您有要申报的利益冲突,请一并填写 E 部分

## PART B - Prospective Supporter's Details

### 【B 部分 - 准支持者的详细信息】

您必须填写所有标有星号(\*)的栏目

Title (select one):\*【称谓 (请选择一项):\*】

Mr【先生】 Mrs【太太】 Miss【小姐】 Ms【女士】  
Dr【博士】 Other【其他】

Last name\*【姓氏\*】

First name\*【名字\*】

Middle name【中间名】

Preferred name【惯用名】

Gender (select one):\*【性别 (请选择一项):\*】

Male【男】 Female【女】  
Indeterminate/Intersex/Unspecified  
【不确定/双性/未说明】  
Not Specified【未说明】

Date of Birth\*  
【出生日期\*】

Phone Number\*  
【电话号码\*】

Home Address Line 1\*【家庭住址第 1 行\*】

Home Address Line 2【家庭住址第 2 行】

State/Territory\*  
【州/领地\*】

Postcode\*  
【邮政编码\*】

Medicare Card # (including Individual Reference Number)  
or DVA card #【国民保健卡号(包括个人编号)或退伍军人卡号】

Prospective Supporter's relationship to Client  
(select one)【准支持者与客户的关系(请选择一项)】

Child【子女】 Parent【父母】  
Spouse/Partner【配偶/伴侣】 Neighbour【邻居】  
Friend【朋友】 Other【其他】

# PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent 【C 部分 - 您和准支持者同意登记支持者关系】

如您在登记支持者时未依据对客户的法定决策权, 请填写所有栏目

## 由客户填写

### Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration【老年护理客户同意登记关系及声明】

我同意依据 Aged Care Act 2024 将本表格中所列人员登记为我的支持者。我理解我的支持者可以根据我的意愿和偏好, 请求、获取和接收信息及文件, 并传达信息, 以支持我根据 Aged Care Act 2024 或为该法案的目的行事(用于资产与收入测试目的除外)。我同意卫生、残疾与老龄事务部从我的支持者处收集我的个人信息, 并将其用于老年护理相关目的。我理解如果我的支持者以支持者的身份接收任何信息或文件, Australian Privacy Principles 可能不适用于他们。

Yes【是】 No【否】

### Consent to sharing information with your supporter【同意与您的支持者共享信息】

我同意, 任何依据 Aged Care Act 2024 可能或必须提供给我的信息或文件, 也可以一并提供给我的支持者。我理解, 这其中将包括 My Aged Care 客户记录中存在的历史信息 and 文件。

Yes【是】 No【否】

### I declare that:

#### 【我声明:】

- 我自愿登记支持者。
- 我向 My Aged Care 提供的信息真实、完整且准确。

### I understand and have read:

#### 【我已阅读并理解:】

- 本表格第 7 页所列登记支持者的职责。
- 本表格第 7 页所列 My Aged Care 登记的条款与条件。

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

【该支持者关系将于何时开始(年/月/日)?】

### When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)?【该支持者关系将于何时结束(年/月/日, 如无结束日期请留空)?】

Aged Care Client's full name【老年护理客户全名】

Aged Care Client's signature【老年护理客户签名】

Date signed【签署日期】

## 由支持者填写

### Supporter's consent and Declaration【支持者的同意与声明】

我同意依据 Aged Care Act 2024 登记成为本表格中所列客户的支持者。我理解我可以根据客户的意愿和偏好, 请求、获取和接收信息及文件, 并传达信息, 以支持他们根据 Aged Care Act 2024 或为该法案的目的行事(用于收入测试目的除外)。我同意卫生、残疾与老龄事务部向客户以及该客户的其他已登记支持者披露我的姓名、联系方式、角色及状态(包括有效、暂停或取消)。我理解, 如果客户或其他支持者接收任何包含我个人信息的信息或文件, Australian Privacy Principles 可能不会适用于他们。我确认, 作为一名支持者, 我必须遵守 Aged Care Act 2024 赋予我的职责, 其中包括尊重客户的隐私权, 以及保护他们的个人信息。如果我的情况发生变化, 并影响到我作为支持者的能力或资格, 我会联系 My Aged Care。

Yes【会】 No【不会】

### Conflict of Interest【利益冲突】

作为本表格中所列客户的支持者, 如果您存在利益冲突(无论是真实的、潜在的还是被认为存在的), 请填写 E 部分的《利益冲突声明》, 并说明将如何避免或管理该利益冲突。准支持者应与本表格中所列的、他们希望支持的客户讨论任何利益冲突事项, 包括将如何避免或管理该利益冲突。如需了解有关利益冲突的更多信息, 请访问: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

作为本表格中所列客户的支持者, 我存在利益冲突(无论是真实的、潜在的还是被认为存在的)。

Yes (provide details in PART E)【是(请在 E 部分详细说明)】

No (do not fill in PART E)【否(无需填写 E 部分)】

### I declare that:【我声明:】

- 我自愿登记成为支持者。
- 我向 My Aged Care 提供的信息真实、完整且准确。

### I understand and have read:【我已阅读并理解:】

- 本表格第 7 页所列登记支持者的职责。
- 本表格第 7 页所列 My Aged Care 登记的条款与条件。

Prospective supporter's full name【准支持者全名】

Prospective supporter's signature【准支持者签名】

Date signed【签署日期】

## PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority【D 部分 - 登记支持者, 该支持者也是拥有有效法律授权的指定决策人】

如果您拥有Aged Care Act 2024 (Cth) 承认的、代表客户行事的法律授权, 请填写所有栏目。

### Supporter's consent and Declaration

#### 【支持者的同意与声明】

我确认, 我是本表格中所列客户的合法指定决策人。我理解, 在代表客户行事时, 我的任命所依据的法律授权必须处于有效状态, 我必须按照联邦、州或领地对该项任命的安排行事, 包括在我被授予的决策权限范围内行事。

我同意根据Aged Care Act 2024 登记为该客户的支持者。我理解我可以根据客户的意愿和偏好, 请求、获取和接收信息及文件, 并传达信息, 以支持他们根据 Aged Care Act 2024 或为该法案的目的行事(用于收入测试目的除外)。

我同意卫生、残疾与老龄事务部向客户以及该客户的其他已登记支持者披露我的姓名、联系方式、角色及状态(包括有效、暂停或取消)。

我理解, 如果客户或其他支持者接收任何包含我个人信息的信息或文件, Australian Privacy Principles可能不会适用于他们。

我确认, 作为一名支持者, 我必须遵守Aged Care Act 2024 赋予我的职责, 其中包括尊重客户的隐私权, 以及保护他们的个人信息。如果我的情况发生变化, 并影响到我作为支持者的能力或资格, 我会联系My Aged Care。

Yes【是】                      No【否】

### Supporting Documents

#### 【支持文件】

请附上您的法律文件副本, 并在需要时附上与客户的医疗证明, 以证明您的授权处于有效状态。

如需了解更多关于有效指定决策人的信息, 请访问 My Aged Care 网站: <https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

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

【该支持者关系将于何时开始(年/月/日)?】

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)?【该支持者关系将于何时结束(年/月/日, 如无结束日期请留空)?】

### Conflict of Interest

#### 【利益冲突】

作为本表格中所列客户的支持者, 如果您存在利益冲突(无论是真实的、潜在的还是被认为存在的), 请填写E部分的《利益冲突声明》, 包括说明将如何避免或管理该利益冲突。

准支持者应与本表格中所列的、他们希望支持的客户讨论任何利益冲突事项, 包括将如何避免或管理该利益冲突。

如需了解有关利益冲突的更多信息, 请访问:

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

作为本表格中所列客户的支持者, 我存在利益冲突(无论是真实的、潜在的还是被认为存在的)。

Yes (provide details in PART E)【是(请在E部分详细说明)】

No (do not fill in PART E)【否(无需填写E部分)】

### I declare that:

#### 【我声明:】

- 我自愿登记成为支持者。
- 我向My Aged Care提供的信息真实、完整且准确。

### I understand and have read:

#### 【我已阅读并理解:】

- 本表格第7页所列登记支持者的职责。
- 本表格第7页所列My Aged Care登记的条款与条件。

### Prospective supporter's full name

#### 【准支持者全名】

### Prospective supporter's signature

#### 【准支持者签名】

### Date signed【签署日期】

## PART E - Conflict of Interest Declaration 【E部分 - 利益冲突声明】

### 利益冲突

作为本表格中所列客户的登记支持者,如果您存在利益冲突(无论是真实的、潜在的还是被认为存在的),请在下方说明,并说明将如何避免或管理该利益冲突。准支持者应与本表格中所列的、他们希望支持的客户讨论任何利益冲突事项,包括将如何避免或管理该利益冲突。

如需了解有关利益冲突的更多信息,请访问: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

### 已经是登记支持者?

如果您已登记成为支持者,并且您正在声明与您现有关系相关的利益冲突,请同时提供以下身份信息。如果您已经注册,您可以通过以下网站上“老年护理系统中的登记支持者”网页上的在线提交表格,向系统管理人提交E部分: <https://www.health.gov.au/our-work/aged-care-act/about/registered-supporters-in-aged-care>

### Aged Care Client's Details【老年护理客户详细信息】

Last name【姓氏】

First name【名字】

Date of Birth【出生日期】

Aged Care (AC) ID (if known)

【老年护理(AC)身份编号(如果已知)】

### Supporter's Details【支持者详细信息】

Last name【姓氏】

First name【名字】

Date of Birth【出生日期】

Aged Care (AC) ID (if known)

【老年护理(AC)身份编号(如果已知)】

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

【冲突的详细信息,包括您提议的管理或避免冲突的策略:】

(请用英文提供此项信息,或致电 My Aged Care 联络中心,在有翻译人员在场的情况下进行此项声明)

### Prospective/Registered Supporter to complete: 【由准支持者/登记支持者填写:】

I agree that: 【我同意:】

我的利益冲突可能还需要告知本表格中所列的客户,或其有效的指定决策人。

Prospective Supporter or Supporter's Signature

【准支持者/登记支持者签名】

Date Signed

【签署日期】

My Aged Care 与 Department of Health, Disability and Ageing 会收集您的个人信息,以便您本人或您所支持的人能够获得老年护理或相关服务。

如需了解我们如何处理您的个人信息的更多信息,请查阅我们在 My Aged Care 网站上的隐私通知: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

## Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 【Aged Care Act 2024下登记支持者的职责】

所有登记支持者均须遵守该法案规定的义务。登记支持者在履行这些义务时，必须诚实、勤勉并本着善意行事。这些职责旨在促进老年人的安全、权利，以及其意愿和偏好。

登记支持者必须：

- 以促进他们所支持的老年人的意愿和偏好，以及其个人、文化和社会福祉的方式行事。
- 仅在老年人能够做出自己的决定所必需的范围内给予支持。
- 尽最大努力维持老年人自行作出决定的能力。
- 避免或管理他们作为支持者角色中存在的任何利益冲突（无论是实际的、潜在的或被认为存在的），并在出现冲突时通知系统管理人。

此外，登记支持者必须将任何会或可能影响其以下能力的情况通知系统管理人：

- 担任登记支持者
- 遵守他们的职责或系统管理人向其发出的任何要求或通知，或
- 被系统管理人联系。

登记支持者以其登记支持者身份请求、接收或传达的任何信息不得被滥用。

有些登记支持者还拥有监护权、永久授权书或类似的法律授权。这些人是老年人的指定决策人，可依据联邦、州或领地的相关安排代表老年人作出决定。指定决策人只能在其现行且合法的授权范围内代表老年人作出决定。

## Terms and Conditions of My Aged Care 【My Aged Care 的条款与条件】

### 一般规定(所有相关方)

我理解：

- 如果我本人或支持者关系中的其他一方尚未拥有 My Aged Care 记录，成为或拥有登记支持者的申请一经提出，将为支持者关系各方创建 My Aged Care 记录。支持者关系一经登记，即受 Aged Care Act 2024 (Cth) 的管辖。
- 我必须将我的地址及联系方式的任何变化，以及登记为我提供支持或我所登记支持的人员情况的任何变化，及时告知 My Aged Care。
- 提供虚假或误导性信息属于严重违法行为。
- 我可以随时致电 1800 200 422 联系 My Aged Care、通过我的在线账户，或联系老年护理专员或评估员，请求取消此项登记。

### 客户

我理解 My Aged Care 可能会：

- 向我的登记支持者收集有关我的信息。
- 向我的登记支持者提供信息或文件，包括我在 My Aged Care 中的进展情况。
- 根据我的登记支持者为我传达的信息采取行动。

My Aged Care 可根据我已知的意愿和偏好，或根据法律的授权行使上述事项。

### 登记支持者

我理解：

- 我从 My Aged Care 获得的任何信息均须保密，未经我登记支持的客户许可，不得使用或披露给任何未经授权的人士，除非这种使用或披露得到法律的授权。
- 我作为登记支持者所采取的任何行动，都必须符合我支持人士的意愿和偏好。
- My Aged Care 收集我的个人信息，并可能分享给评估人员、服务提供商、相关机构、医疗专业人员、Aged Care Quality and Safety Commission【老年护理质量与安全委员会】，以及其他正在支持我所支持人士的登记支持者。
- 我的姓名和电话号码将与所有其他登记支持者和机构共享，以便我能够协助我所支持的人士。
- 如果我被指定为主要联系人，我将成为 My Aged Care 就我登记支持人士进行电话联系的首要联系人。