

My Aged Care Registration of a Supporter Form [Formulario de registro de una persona de apoyo] Spanish – Español

	¿Cuándo se debe usar este formulario?		Protección personal y de su información		Para obtener información adicional
	Este formulario sirve para registrar a una persona de apoyo que le ayude a encontrar y acceder a servicios de atención a adultos mayores, incluido My Aged Care. Si desea acceder a servicios de atención a adultos mayores subsidiados por el Gobierno, debe registrarse en My Aged Care. Para ello, puede llamar a My Aged Care o bien otra persona puede comunicarse con My Aged Care junto con usted. También puede registrarse en línea como parte del proceso de solicitud de evaluación en: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter Mediante este formulario, se puede registrar a una persona de apoyo para que le ayude a tomar y comunicar sus decisiones en materia de atención a adultos mayores, incluido solicitar y acceder a su información. La función de la persona de apoyo no incluye la evaluación de ingresos ni la representación (o designación) como persona nominada ante otros organismos del Gobierno australiano.		Su información personal, así como la de su persona de apoyo registrada, está protegida por ley, incluida la <i>Privacy Act 1988 (Cth)</i> [Ley de Privacidad de 1988] y los Australian Privacy Principles [Principios de privacidad australianos]. My Aged Care y el Department of Health, Disability and Ageing [Departamento de Salud, Discapacidad y Tercera Edad] recaban su información personal con el fin de permitirle acceder a servicios de atención a adultos mayores o cualquier otro tipo de servicio relacionado, ya sea para usted o para la persona a la que brinda apoyo. Para obtener más información sobre cómo gestionamos su información personal, le recomendamos leer nuestros avisos de privacidad en el sitio web de My Aged Care: https://www.myagedcare.gov.au/privacy Además, los proveedores de cuidado de personas mayores financiados por el Gobierno australiano y los organismos de evaluación pueden recabar su información personal con el fin de realizar evaluaciones y brindar servicios de atención a adultos mayores.		Para hablar con alguien de My Aged Care sobre este formulario: - Llame a My Aged Care al 1800 200 422 de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 h, y los sábados de 10:00 a 14:00 h. - De forma presencial con un Aged Care Specialist Officer (ACSO) [especialista en la atención a adultos mayores]. Para solicitar una cita, llame al 1800 227 475, de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 h. Puede visitar el sitio web de Services Australia para obtener más información sobre dónde encontrar a los ACSO más cercanos. También puede visitar el sitio web de My Aged Care para obtener más información en: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter

¿Qué es una persona de apoyo registrada en My Aged Care?

Las personas de apoyo registradas ayudan a los adultos mayores a tomar y comunicar sus propias decisiones relacionadas con la atención a personas mayores. Esto incluye el acceso a My Aged Care y otras decisiones cotidianas relacionadas con la atención a adultos mayores. Las personas de apoyo registradas pueden solicitar, acceder y recibir información sobre un adulto mayor. También pueden comunicar información en nombre del adulto mayor, de conformidad con su voluntad y preferencias conocidas.

Algunas personas de apoyo registradas también cuentan con tutela, poder notarial duradero u otra autoridad legal similar. Estas personas son designadas como responsables de la toma de decisiones para el adulto mayor y pueden tomar decisiones en su nombre conforme a los marcos normativos del ámbito federal, estatal o territorial. Una persona designada como responsable de la toma de decisiones solo puede tomar decisiones en nombre del adulto mayor dentro del alcance de su autoridad legal vigente.

Estas personas pueden tener autoridad legal para la toma de decisiones reconocida por la *Aged Care Act 2024 (Cth)* [Ley de Atención a Adultos Mayores de 2024], en virtud de:

- enduring power of attorney [poder notarial duradero];
- una tutela duradera;
- una directiva anticipada de salud, cuando dicha directiva otorgue autoridad duradera para la toma de decisiones;
- un plan personal anticipado (en el Territorio del Norte);
- un acuerdo para la toma de decisiones sustitutivas en relación con prácticas restrictivas conforme a una ley del ámbito federal, estatal o territorial; o
- una orden de designación que otorgue autoridad para la toma de decisiones emitida por un tribunal, órgano o comité, conforme a la legislación del ámbito federal, estatal o territorial.

El hecho de convertirse en una persona de apoyo registrada no confiere autoridad para tomar decisiones en nombre del adulto mayor. La función de la persona de apoyo registrada es apoyar a la persona mayor para que tome sus propias decisiones.

¿Cómo completar este formulario?

Puede completar este formulario en su computadora, o bien puede imprimirlo y firmarlo.

PARTE A – sus datos (los del cliente).

PARTE B – los datos de la persona de apoyo propuesta.

PARTE C o D – los detalles de la relación, su consentimiento (el del cliente) y el consentimiento de la persona de apoyo propuesta. Complete únicamente la PARTE C o la PARTE D, según el tipo de relación de apoyo que se vaya a establecer.

PARTE E – Declaración de conflicto de intereses, que debe completar la persona de apoyo propuesta, en consulta con usted (el cliente).

¿Cómo presentar este formulario?

Una vez completado y firmado el formulario conforme a las instrucciones anteriores, envíelo a My Aged Care mediante una de las siguientes opciones:

1. Cargarlo en su Cuenta en línea (más información sobre cómo acceder a su cuenta en línea está disponible en el sitio web de My Aged Care): <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>
2. Enviar una copia digital a través del formulario en línea de My Aged Care, disponible en: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload>
3. Enviarlo por correo postal a:
My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216
4. De forma presencial, visitando un centro de Services Australia, donde un General Service Officer puede ayudarle a presentar la documentación a My Aged Care, o bien solicitar una cita con un Aged Care Specialist Officer, quien puede cargar los documentos en My Aged Care. Puede llamar a Services Australia al 1800 227 475 para reservar una cita presencial.
5. De forma presencial con un evaluador, si usted (el cliente) o la persona de apoyo propuesta tienen una cita de evaluación próxima.

Si la persona de apoyo propuesta también es una persona designada para la toma de decisiones, asegúrese de adjuntar comprobantes de su autoridad legal válida y vigente para tomar decisiones en nombre del cliente antes de devolver este formulario. Esto suele consistir en documentación legal. También puede requerirse evidencia médica sobre el cliente para demostrar que dicha autoridad está vigente.

Si desea confirmar que My Aged Care ha recibido su formulario, espere antes de llamar: dos días hábiles si lo envió por carga en línea y seis días hábiles si lo envió por correo postal.

Próximos pasos después de enviarlo a My Aged Care

Cuando My Aged Care reciba su formulario completo, podrán registrar tanto a usted como a la persona de apoyo propuesta en My Aged Care (si corresponde) y contactarse con cualquiera de los dos si necesita información adicional para avanzar con la solicitud de registro de la relación de apoyo.

Una vez registrada la relación de apoyo, su persona de apoyo registrada podrá comunicarse con My Aged Care al **1800 200 422** para tratar sus servicios y necesidades de atención a adultos mayores, incluidas las evaluaciones. La persona de apoyo registrada solo podrá actuar de acuerdo con su voluntad y preferencias.

PART A - Aged Care Client Details (Your details)

[PARTE A – Datos del cliente de atención a adultos mayores (sus datos)]

Debe completar todos los campos marcados con un asterisco (*)

Title (select one):* [Título (seleccione una opción):*]

Mr [Sr.] Mrs [Sra.] Miss [Srta.] Ms [Sra.]
Dr [Dr./Dra.] Other [Otro]

Date of Birth*
[Fecha de nacimiento*]

Phone Number*
[Número de teléfono*]

Home Address Line 1* [Dirección particular 1*]

Home Address Line 2 [Dirección particular 2]

Last name* [Apellido*]

First name* [Nombre*]

Middle name [Otros nombres]

State/Territory*
[Estado/territorio*]

Postcode*
[Código postal*]

Preferred name [Nombre de preferencia]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or
DVA card # [N.º de tarjeta de Medicare (incluido el número de
referencia individual) o n.º de tarjeta del Departamento de
Asuntos de Veteranos (DVA)]

Gender: (select one):* [Género: (seleccione una opción):*]

Male [Masculino] Female [Femenino]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[No determinado/intersexual/sin especificar]
Not Specified [No especificado]

Aged Care (AC) ID (if known)
[ID de Atención a Adultos Mayores (si lo conoce)]

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

[¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la relación de apoyo propuesta? (seleccione una opción)*]

Registered supporter, where you and the registered
supporter are consenting to the relationship
[Persona de apoyo registrada, en la que usted y
la persona de apoyo registrada consienten la relación]

Complete la **PARTE B** y la **PARTE C**.
Complete la **PARTE E** si la persona de
apoyo propuesta tiene un conflicto de
intereses que declarar

Registered supporter, who is also an appointed
decision maker with active, legal authority for you
[Persona de apoyo registrada que también es una
persona designada para la toma de decisiones,
con autoridad legal vigente para usted]

Complete la **PARTE B** y la **PARTE D**.
Complete la **PARTE E** si usted tiene un
conflicto de intereses que declarar

PART B - Prospective Supporter's Details

[PARTE B - Datos de la persona de apoyo propuesta]

Debe completar todos los campos marcados con un asterisco (*)

Title (select one):* [Título (seleccione una opción):*]

Mr [Sr.] Mrs [Sra.] Miss [Srta.]
Ms [Sra.] Dr [Dr./Dra.] Other [Otro]

Date of Birth*
[Fecha de nacimiento*]

Phone Number*
[Número de teléfono*]

Home Address Line 1* [Dirección particular 1*]

Home Address Line 2 [Dirección particular 2]

Last name* [Apellido*]

First name* [Nombre*]

Middle name [Otros nombres]

State/Territory*
[Estado/territorio*]

Postcode*
[Código postal*]

Preferred name [Nombre de preferencia]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA
card # [N.º de tarjeta de Medicare (incluido el número de referencia
individual) o n.º de tarjeta del Departamento de Asuntos de
Veteranos (DVA)]

Gender: (select one):* [Género: (seleccione una opción):*]

Male [Masculino] Female [Femenino]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[No determinado/intersexual/sin especificar]
Not Specified [no especificado]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)
[Relación de la posible persona de apoyo con el cliente
(seleccione una)]

Child [Hijo/a] Parent [Padre/Madre]
Spouse/Partner [Cónyuge/Pareja] Neighbour [Vecino/a]
Friend [Amigo/a] Other [Otro]

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [PARTE C - Registro de una persona de apoyo con su consentimiento y de la persona de apoyo propuesta]

Complete todos los campos si va a registrar a una persona de apoyo sin recurrir a una autoridad legal para la toma de decisiones en nombre del cliente.

A completar por el cliente

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [Consentimiento del cliente de atención a adultos mayores para registrar la relación y declaración]

Doy mi consentimiento para registrar a la persona nombrada en este formulario como mi persona de apoyo conforme a la *Aged Care Act 2024*. Es de mi conocimiento que la persona de apoyo que yo elija podrá solicitar, acceder y recibir información y documentos, así como comunicar información, de acuerdo con mi voluntad y preferencias, para ayudarme a realizar actuaciones en virtud de la *Aged Care Act 2024*, o para los fines de dicha ley (excepto a los efectos de la evaluación de recursos económicos). Doy mi consentimiento para que el Departamento recopile mi información personal a través de mi persona de apoyo y la utilice para fines relacionados con la atención a adultos mayores. Es de mi conocimiento que los Australian Privacy Principles pueden no ser aplicables a mi persona de apoyo cuando esta reciba información o documentos en el ejercicio de su función como persona de apoyo.

Yes [Sí]

No [No]

Consent to sharing information with your supporter [Consentimiento para compartir información con su persona de apoyo]

Doy mi consentimiento para que cualquier información o documento que se me deba o pueda entregar en virtud de la *Aged Care Act 2024* también se entregue a mi persona de apoyo. Es de mi saber que esto incluye información y documentos históricos que figuren en mi registro como cliente en My Aged Care.

Yes [Sí]

No [No]

I declare that: [Declaro que:]

- Registro de forma voluntaria a una persona de apoyo.
- La información que proporciono a My Aged Care es veraz, completa y correcta.

I understand and have read: [Declaro que entiendo y he leído:]

- Las obligaciones de una persona de apoyo registrada, descritas en la página 7 de este formulario.
- Los términos y las condiciones del registro en My Aged Care, descritos en la página 7 de este formulario.

When will the relationship start (DD/MM/YYYY)? [¿Cuándo comenzará la relación? (DD/MM/AAAA)]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [¿Cuándo finalizará esta relación? (DD/MM/AAAA o deje en blanco si no hay fecha de finalización)]

Aged Care Client's full name [Nombre completo del cliente de atención a adultos mayores]

Aged Care Client's signature [Firma del cliente de atención a adultos mayores]

Date signed [Fecha de firma]

A completar por la persona de apoyo

Supporter's consent and Declaration [Consentimiento y declaración de la persona de apoyo]

Doy mi consentimiento para que se me registre como persona de apoyo conforme a la *Aged Care Act 2024* para el cliente nombrado en este formulario. Entiendo que podré solicitar, acceder y recibir información y documentos, al igual que comunicar información, de acuerdo con la voluntad y preferencias del cliente, para ayudarle a realizar actuaciones en virtud de la *Aged Care Act 2024*, o para los fines de dicha ley (excepto a los efectos de la evaluación de recursos económicos). Doy mi consentimiento para que el Departamento divulgue mi nombre, datos de contacto, función y estado (vigente, suspendido o cancelado) como persona de apoyo al cliente y a cualquier otra persona de apoyo registrada para dicho cliente. Entiendo que los Australian Privacy Principles pueden no ser aplicables al cliente u otra persona de apoyo si reciben información o documentos que contengan mis datos personales. Reconozco que, como persona de apoyo, debo cumplir las obligaciones que me impone la *Aged Care Act 2024*, incluida la de respetar el derecho del cliente a la privacidad y a la protección de su información personal. Si mis circunstancias cambian de forma que afecten mi capacidad o aptitud para actuar como persona de apoyo, me pondré en contacto con My Aged Care.

Yes [Sí]

No [No]

Conflict of Interest [Conflicto de intereses]

Si tiene un conflicto de intereses (real, posible o percibido) al actuar como persona de apoyo del cliente nombrado en este formulario, complete la Declaración de conflicto de intereses en la PARTE E, e indique cómo se evitará o gestionará dicho conflicto. Las personas de apoyo propuestas deben analizar cualquier conflicto de intereses, incluida la forma en que se evitará o gestionará, con el cliente al que desean apoyar. Para más información sobre qué constituye un conflicto de intereses, visite: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Declaro que tengo un conflicto de intereses (real, posible o percibido) al actuar como persona de apoyo del cliente nombrado en este formulario.

Yes (provide details in PART E)

[Sí (proporcione los detalles en la PARTE E)]

No (do not fill in PART E) [No (no complete la PARTE E)]

I declare that: [Declaro que:]

- Registro de forma voluntaria a una persona de apoyo.
- La información que proporciono a My Aged Care es veraz, completa y correcta.

I understand and have read: [Declaro que entiendo y he leído:]

- Las obligaciones de una persona de apoyo registrada, descritas en la página 7 de este formulario.
- Los términos y las condiciones del registro en My Aged Care, descritos en la página 7 de este formulario.

Prospective supporter's full name [Nombre completo de la persona de apoyo propuesta]

Prospective supporter's signature [Firma de la persona de apoyo propuesta]

Date signed [Fecha de firma]

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [PARTE D - Registro de una persona de apoyo que también es una persona designada para la toma de decisiones, con autoridad legal vigente]

Complete todos los campos si cuenta con autoridad legal para actuar en nombre del cliente, reconocida por la *Aged Care Act 2024 (Cth)*.

Supporter's consent and Declaration

[Consentimiento y declaración de la persona de apoyo]

Confirmando que soy una persona designada legalmente para la toma de decisiones del cliente nombrado en este formulario. Entiendo que la autoridad legal derivada de mi designación debe estar vigente cuando actúe en nombre del cliente, y que debo actuar conforme a los marcos normativos del ámbito federal, estatal o territorial aplicables a dicha designación, y dentro del alcance de mi autoridad para la toma de decisiones.

Doy mi consentimiento para que se me registre como persona de apoyo conforme a la *Aged Care Act 2024* para el cliente. Entiendo que podré solicitar, acceder y recibir información y documentos, al igual que comunicar información, de acuerdo con la voluntad y preferencias del cliente, para ayudarle a realizar actuaciones en virtud de la *Aged Care Act 2024*, o para los fines de dicha ley (excepto a los efectos de la evaluación de recursos económicos).

Doy mi consentimiento para que el Departamento divulgue mi nombre, datos de contacto, función y estado (vigente, suspendido o cancelado) como persona de apoyo al cliente y a cualquier otra persona de apoyo registrada para dicho cliente.

Entiendo que los Australian Privacy Principles pueden no ser aplicables al cliente u otra persona de apoyo si reciben información o documentos que contengan mis datos personales.

Reconozco que, como persona de apoyo, debo cumplir con las obligaciones que me impone la *Aged Care Act 2024*, incluida la de respetar el derecho del cliente a la privacidad y a la protección de su información personal. Si mis circunstancias cambian de forma que afecten mi capacidad o aptitud para actuar como persona de apoyo, me pondré en contacto con My Aged Care.

Yes [Sí]

No [No]

Supporting Documents

[Documentación de respaldo]

Adjunte una copia de su documento legal y, si corresponde, evidencia médica sobre el cliente que demuestre que su autoridad está vigente.

Para obtener más información sobre las personas designadas para la toma de decisiones con autoridad vigente, visite el sitio web de My Aged Care: <https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

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

[¿Cuándo comenzará la relación? (DD/MM/AAAA)]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [¿Cuándo finalizará esta relación? (DD/MM/AAAA o deje en blanco si no hay fecha de finalización)]

Conflict of Interest

[Conflicto de intereses]

Si tiene un conflicto de intereses (real, posible o percibido) al actuar como persona de apoyo del cliente nombrado en este formulario, complete la Declaración de conflicto de intereses en la PARTE E, indicando cómo se evitará o gestionará dicho conflicto.

Las personas de apoyo propuestas deben analizar cualquier conflicto de intereses, incluida la forma en que se evitará o gestionará, con el cliente al que desean apoyar.

Para más información sobre qué constituye un conflicto de intereses, visite: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Declaro que tengo un conflicto de intereses (real, posible o percibido) al actuar como persona de apoyo del cliente nombrado en este formulario.

Yes (provide details in PART E)

[Sí (proporcione los detalles en la PARTE E)]

No (do not fill in PART E) [No (no complete la PARTE E)]

I declare that:

[Declaro que:]

- Registro de forma voluntaria a una persona de apoyo.
- La información que proporciono a My Aged Care es veraz, completa y correcta.

I understand and have read:

[Declaro que entiendo y he leído:]

- Las obligaciones de una persona de apoyo registrada, descritas en la página 7 de este formulario.
- Los términos y las condiciones del registro en My Aged Care, descritos en la página 7 de este formulario.

Prospective supporter's full name

[Nombre completo de la persona de apoyo propuesta]

Prospective supporter's signature

[Firma de la persona de apoyo propuesta]

Date signed [Fecha de firma]

PART E - Conflict of Interest Declaration

[PARTE E – Declaración de conflicto de intereses]

Conflicto de intereses

Si tiene un conflicto de intereses (real, posible o percibido) al actuar como persona de apoyo registrada del cliente nombrado en este formulario, indíquelo a continuación, e indique cómo se evitará o gestionará dicho conflicto. Las personas de apoyo propuestas deben analizar cualquier conflicto de intereses, incluida la forma en que se evitará o gestionará, con el cliente al que desean apoyar.

Para más información sobre qué constituye un conflicto de intereses, visite: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

¿Ya es una persona de apoyo registrada?

Si ya está registrada como persona de apoyo y declara un conflicto de intereses relacionado con su relación actual, proporcione también los datos de identificación que se indican a continuación. Si **ya** está registrada, puede presentar la PARTE E al System Governor mediante el formulario de envío en línea disponible en la página Registered Supporters in Aged Care, en: <https://www.health.gov.au/our-work/aged-care-act/about/registered-supporters-in-aged-care>

Aged Care Client's Details

[Datos del cliente de atención a adultos mayores]

Last name [Apellido]

First name [Nombre]

Date of Birth [Fecha de nacimiento]

Aged Care (AC) ID (if known) [ID de atención a adultos mayores (AC) (si se conoce)]

Supporter's Details [Datos de la persona de apoyo]

Last name [Apellido]

First name [Nombre]

Date of Birth [Fecha de nacimiento]

Aged Care (AC) ID (if known) [ID de atención a adultos mayores (AC) (si se conoce)]

Details of the conflict/s, including your proposed strategies for managing or avoiding it:
[Detalles del conflicto, incluidas las estrategias propuestas para gestionarlo o evitarlo:]

(Proporcione esta información en inglés o llame al centro de contacto de My Aged Care para realizar esta declaración con la asistencia de un intérprete o traductor)

Prospective/Registered Supporter to complete: [A completar por la persona de apoyo propuesta o registrada:]

I agree that: [Estoy de acuerdo en que:]

Mi conflicto de intereses también puede necesitar ser comunicado al cliente nombrado en este formulario o a su persona designada vigente para la toma de decisiones.

Prospective Supporter or Supporter's Signature

[Firma de la persona de apoyo propuesta o registrada]

Date Signed

[Fecha de firma]

My Aged Care y el Department of Health, Disability and Ageing recopilan su información personal con el fin de facilitar el acceso a servicios de atención a adultos mayores o servicios relacionados, ya sea para usted o para la persona a la que brinda apoyo. Para obtener más información sobre cómo gestionamos su información personal, consulte nuestros avisos de privacidad en el sitio web de My Aged Care: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Obligaciones de las personas de apoyo registradas conforme a la Aged Care Act 2024]

Todas las personas de apoyo registradas tienen obligaciones establecidas por la ley que deben cumplir. Las personas de apoyo registradas deben actuar con honestidad, diligencia y de buena fe al desempeñar dichas funciones. Estas obligaciones tienen por objeto promover la seguridad, los derechos, la voluntad y las preferencias de los adultos mayores.

Las personas de apoyo registradas deben:

- Actuar de manera que promueva la voluntad y las preferencias, así como el bienestar personal, cultural y social del adulto mayor al que le brindan apoyo.
- Brindar apoyo únicamente en la medida necesaria para que el adulto mayor pueda tomar sus propias decisiones.
- Realizar todos los esfuerzos razonables para mantener la capacidad del adulto mayor de tomar sus propias decisiones.
- Evitar o gestionar cualquier conflicto de intereses (real, posible o percibido) en su función como persona de apoyo y notificar al System Governor cualquier conflicto que surja.

Además, una persona de apoyo registrada debe notificar al System Governor cualquier circunstancia que afecte o pueda afectar su capacidad para:

- actuar como persona de apoyo registrada;
- cumplir con sus obligaciones o con cualquier requisito o notificación emitidos por el System Governor; o
- ser contactada por el System Governor.

La información que una persona de apoyo registrada solicite, reciba o comunique en el ejercicio de su función no puede ser utilizada de forma indebida.

Algunas personas de apoyo registradas también cuentan con tutela, poder notarial duradero u otra autoridad legal similar. Estas personas son designadas como responsables de la toma de decisiones para el adulto mayor y pueden tomar decisiones en su nombre conforme a los marcos normativos del ámbito federal, estatal o territorial. Una persona asignada para tomar decisiones en nombre del adulto mayor tan solo puede hacerlo de acuerdo con su autoridad legal en vigencia.

Terms and Conditions of My Aged Care [Términos y condiciones de My Aged Care]

Disposiciones generales (todas las partes)

Entiendo que:

- Presentar esta solicitud para ser o contar con una persona de apoyo registrada dará lugar a la creación de un registro en My Aged Care para las partes de la relación de apoyo, si alguna de ellas aún no dispone de uno. La relación de apoyo, una vez registrada, queda comprendida dentro del ámbito de la *Aged Care Act 2024 (Cth)*.
- Debo informar a My Aged Care cualquier cambio en mi domicilio o datos de contacto, así como cualquier cambio de las circunstancias de la persona que se registra para apoyarme o de la persona a la que registro para apoyar.
- Proporcionar información falsa o engañosa constituye una contravención grave.
- Puedo solicitar la cancelación de este registro en cualquier momento llamando a My Aged Care al 1800 200 422, a través de mi cuenta en línea o con un Aged Care Specialist Officer o un evaluador.

Cliente

Entiendo que My Aged Care puede:

- Recopilar información sobre mí a través de mi persona de apoyo registrada.
- Proporcionar información o documentos a mi persona de apoyo registrada, incluido el estado de mi progreso en My Aged Care.
- Adoptar medidas en respuesta a la información que mi persona de apoyo registrada haya comunicado en mi nombre.

My Aged Care podrá realizar lo anterior de conformidad con mi voluntad y preferencias conocidas, o de otro modo según lo autorice la ley.

Persona de apoyo registrada

Entiendo que:

- Toda información que obtenga de My Aged Care debe mantenerse confidencial y no se utilizará ni divulgará a ninguna persona no autorizada sin el consentimiento de la persona a la que apoyo, salvo que dicho uso o divulgación esté autorizado por ley.
- Cualquier acto que realice como persona de apoyo registrada debe ajustarse a la voluntad y preferencias de la persona a la que apoyo.
- My Aged Care recopila mi información privada y puede compartirse con evaluadores, proveedores de servicios, organizaciones, profesionales de la salud, la Aged Care Quality and Safety Commission [Comisión de Calidad y Seguridad de Atención a Adultos Mayores] y otras personas de apoyo registradas que apoyen a la persona a la que asisto.
- Tanto mi nombre como mi número de teléfono se compartirán con otras personas de apoyo registradas y con organizaciones pertinentes, con el fin de facilitar que pueda asistir a la persona a la que apoyo.
- Si soy la persona designada como contacto principal, seré el primer punto de contacto telefónico de My Aged Care para la persona a la que estoy registrada para apoyar.