

My Aged Care Registration of a Supporter Form [แบบฟอร์มการลงทะเบียนเป็นผู้สนับสนุน] Thai – ภาษาไทย

	ต้องใช้แบบฟอร์มนี้เมื่อไร		คุ้มครองคุณและข้อมูลของคุณ		สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม
	<p>แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับการลงทะเบียนผู้สนับสนุนเพื่อให้พวกเขาสามารถช่วยเหลือคุณในการค้นหาและเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุต่าง ๆ ซึ่งรวมไปถึง My Aged Care</p> <p>หากคุณต้องการเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับเงินอุดหนุนจากทางรัฐบาล คุณจำเป็นต้องลงทะเบียนกับ My Aged Care และคุณสามารถที่จะโทรศัพท์หา My Aged Care เพื่อลงทะเบียนด้วยตนเอง หรืออาจให้บุคคลอื่นมาช่วยพูดคุยกับ My Aged Care ไปด้วยกันกับคุณเพื่อลงทะเบียนก็ได้</p> <p>และคุณยังสามารถลงทะเบียนออนไลน์ ในฐานะส่วนหนึ่งของกระบวนการสมัครรับการประเมินผลได้ด้วยเช่นกัน โดยไปที่: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p> <p>โดยการใช้แบบฟอร์มฉบับนี้ ผู้สนับสนุนสามารถรับการลงทะเบียนเพื่อให้พวกเขาสามารถช่วยเหลือคุณในการตัดสินใจและการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุของคุณ ซึ่งรวมไปถึงการร้องขอและการเข้าถึงข้อมูลของคุณ ความสัมพันธ์ในฐานะผู้สนับสนุนจะไม่ครอบคลุมถึงการประเมินฐานะทางการเงิน หรือความสัมพันธ์ในฐานะตัวแทน หรือผู้ได้รับการแต่งตั้งกับหน่วยงานรัฐบาลออสเตรเลียอื่น ๆ</p>	<p>ข้อมูลส่วนตัวของคุณ และผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนของคุณจะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย ซึ่งประกอบไปด้วย <i>Privacy Act 1988 (Cth)</i> [พระราชบัญญัติข้อมูลส่วนบุคคลปี 1988] และ Australian Privacy Principles [หลักการด้านความเป็นส่วนตัวของออสเตรเลีย]</p> <p>ข้อมูลส่วนบุคคลของคุณจะถูกเก็บรวบรวมโดย My Aged Care และ Department of Health, Disability and Ageing [กระทรวงสาธารณสุข ความพิการ และการดูแลผู้สูงอายุ] เพื่อให้คุณ หรือบุคคลที่คุณดูแล สามารถเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุหรือบริการที่เกี่ยวข้องได้</p> <p>กรุณาอ่านคำประกาศเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวที่เว็บไซต์ของ My Aged Care เพื่อศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีที่เราจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ: https://www.myagedcare.gov.au/privacy</p> <p>ข้อมูลส่วนบุคคลของคุณยังอาจถูกเก็บรวบรวมโดยผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลและองค์กรที่ทำการประเมิน เพื่อใช้ในการประเมินผลและการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>หากต้องการติดต่อเจ้าหน้าที่จาก My Aged Care เกี่ยวกับแบบฟอร์มนี้:</p> <ul style="list-style-type: none"> โทรศัพท์ติดต่อ My Aged Care ที่หมายเลข 1800 200 422 วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่ 8:00 น. จนถึง 20:00 น. และวันเสาร์ตั้งแต่ 10:00 น. จนถึง 14:00 น. หรือไปพบกับ Aged Care Specialist Officer (ACSO) [เจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการดูแลผู้สูงอายุ] คุณสามารถทำการนัดหมายได้โดยโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1800 227 475 ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ตั้งแต่ 8:00 น. จนถึง 20:00 น. คุณสามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการ ACSO ได้ โดยไปที่เว็บไซต์ของ Services Australia [เซอร์วิสเฮล ออสเตรเลีย] <p>และคุณยังสามารถไปที่เว็บไซต์ของ My Aged Care เพื่อศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p>		

ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนในระบบ My Aged Care คืออะไร?

ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน จะสามารถช่วยผู้สูงอายุในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ และช่วยสื่อสารการตัดสินใจของพวกเขา ซึ่งรวมไปถึงการเข้าถึง My Aged Care และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ ในแต่ละวัน ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนสามารถร้องขอ เข้าถึง และรับข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ พวกเขายังสามารถสื่อสารข้อมูลแทนผู้สูงอายุได้ โดยให้เป็นไปตามเจตนาถาวรและความประสงค์ที่ผู้สูงอายุได้แสดงไว้

ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนบางคน อาจอาจมีฐานะการเป็นผู้คุ้มครอง มีหนังสือมอบอำนาจถาวร หรือมีอำนาจตามกฎหมายอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันอีกด้วย บุคคลเหล่านี้คือผู้ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนสำหรับผู้สูงอายุ และสามารถตัดสินใจแทนผู้สูงอายุได้ ภายใต้กระบวนการตามกฎหมายของเครือรัฐ รัฐ หรือดินแดน ผู้ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน จะสามารถตัดสินใจแทนผู้สูงอายุผู้นั้นได้ โดยเป็นไปตามอำนาจตามกฎหมายที่ยังคงมีผลบังคับใช้อยู่เท่านั้น

บุคคลเหล่านี้อาจมีอำนาจการตัดสินใจทางกฎหมาย ซึ่งได้รับการรับรองตาม *Aged Care Act 2024 (Cth)* [พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุปี 2024] ภายใต:

- enduring power of attorney [หนังสือมอบอำนาจถาวร]
- การเป็นผู้คุ้มครองถาวร
- หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลรักษา ที่ซึ่งหนังสือแสดงเจตนานี้จะมอบอำนาจในการตัดสินใจอย่างถาวร
- แผนส่วนบุคคลล่วงหน้า (สำหรับนอร์เทิร์นเทร์ริทอรี)
- กระบวนการตามกฎหมายให้มีการตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการใช้มาตรการจำกัดสิทธิ ภายใต้กฎหมายของเครือรัฐ รัฐ หรือดินแดน, หรือ
- คำสั่งแต่งตั้งมอบหมายอำนาจในการตัดสินใจจากศาล ศาลพิเศษ คณะกรรมการหรือคณะพิจารณา ซึ่งออกภายใต้กฎหมายของเครือรัฐ รัฐ หรือดินแดน

การได้เป็นผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน ไม่ได้มอบอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้สูงอายุให้กับบุคคลนั้น ๆ บทบาทของผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน คือการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถทำการตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง

วิธีการกรอกแบบฟอร์มฉบับนี้

คุณสามารถกรอกแบบฟอร์มฉบับนี้บนคอมพิวเตอร์ หรือสั่งพิมพ์ออกมาและลงนาม

ส่วน A – รายละเอียดของคุณ (ผู้รับบริการ)

ส่วน B – รายละเอียดของผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อ

ส่วน C หรือ D – รายละเอียดความสัมพันธ์ คำยินยอมของคุณ (ผู้รับบริการ) และคำยินยอมของผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว กรอกเฉพาะส่วน C หรือ D เพียงส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น ตามประเภทความสัมพันธ์ของผู้สนับสนุนที่กำลังจะจัดตั้ง

ส่วน E – ค่าแถลงผลประโยชน์กับชื่อนี้ สำหรับให้ผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อเป็นผู้กรอก โดยปรึกษากับคุณ (ผู้รับบริการ)

วิธีการส่งแบบฟอร์มนี้

เมื่อคุณกรอกและลงนามในแบบฟอร์มนี้ตามวิธีการที่ได้อธิบายไว้ข้างต้นแล้ว ให้ทำการส่งไปที่ My Aged Care โดยใช้หนึ่งในวิธีการดังต่อไปนี้:

1. อัปโหลดไปที่ Online Account [บัญชีออนไลน์] ของคุณ (ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการเข้าถึง Online Account ของคุณ มีให้บริการที่เว็บไซต์ของ My Aged Care ที่: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) หรือ
2. ส่งไฟล์สำเนาแบบดิจิทัลผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ของ My Aged Care ได้ที่: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> หรือ
3. ส่งไปรษณีย์ไปที่: My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216 หรือ
4. ส่งด้วยตนเองโดยไปที่ ศูนย์บริการของ Services Australia ที่ซึ่ง General Service Officer [เจ้าหน้าที่ให้บริการทั่วไป] จะสามารถช่วยคุณส่งเอกสารต่าง ๆ ไปยัง My Aged Care หรือทำการนัดหมายให้คุณได้พบกับ Aged Care Specialist Officer ผู้ซึ่งสามารถอัปโหลดเอกสารไปยัง My Aged Care ได้ คุณสามารถโทรศัพท์ติดต่อ Services Australia ได้ที่ 1800 227 475 เพื่อทำการนัดหมายเข้าพบแบบตัวต่อตัว หรือ
5. เข้าพบกับผู้ประเมินด้วยตนเอง หากคุณ (ผู้รับบริการ) หรือผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อ มีนัดหมายเพื่อทำการประเมินผลในเร็ว ๆ นี้

สำหรับผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อ ซึ่งเป็นผู้ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนด้วย โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่าคุณได้แนบหลักฐานซึ่งแสดงว่าคุณมีอำนาจตามกฎหมายอย่างถูกต้องและยังมีผลบังคับใช้อยู่ ในการตัดสินใจแทนผู้รับบริการ ก่อนส่งแบบฟอร์มฉบับนี้กลับมา เอกสารนี้อาจเป็นเอกสารทางกฎหมาย อาจต้องใช้หลักฐานทางการแพทย์ของผู้รับบริการเพื่อแสดงว่าอำนาจของคุณยังคงมีผลบังคับใช้อยู่

ถ้าหากคุณต้องการตรวจสอบว่า My Aged Care ได้รับแบบฟอร์มของคุณแล้วหรือไม่ โปรดเว้นระยะก่อนที่จะทำการโทรศัพท์เข้าไปสอบถาม (2 วันทำการ สำหรับการอัปโหลด, 6 วันทำการ สำหรับไปรษณีย์)

ขั้นตอนถัดไป ภายหลังจากการจัดส่งไปที่ My Aged Care แล้ว

เมื่อ My Aged Care ได้รับแบบฟอร์มที่คุณทำการกรอกแล้ว พวกเขาจะทำการลงทะเบียนคุณและผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อเข้าสู่ระบบ My Aged Care หากจำเป็น และทำการติดต่อพวกเขาคนใดคนหนึ่ง หากพวกเขาจะต้องมีการขอข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อดำเนินการตามคำร้องของคุณในการขอลงทะเบียนความสัมพันธ์ในฐานะผู้สนับสนุน

เมื่อความสัมพันธ์ในฐานะผู้สนับสนุนของคุณได้รับการลงทะเบียนแล้ว ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนจะสามารถติดต่อ My Aged Care ทางหมายเลข **1800 200 422** เกี่ยวกับบริการและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุของคุณ รวมไปถึงการประเมินผลต่าง ๆ ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนของคุณ จะสามารถปฏิบัติตามเจตนารมณ์และความประสงค์ของคุณเท่านั้น

PART A - Aged Care Client Details (Your details)

[ส่วน A - รายละเอียดของผู้รับบริการดูแลผู้สูงอายุ (รายละเอียดของคุณ)]

คุณจะต้องกรอกข้อมูลในทุกช่องที่มีเครื่องหมายดอกจัน (*)

Title (select one):* [คำนำหน้าชื่อ (เลือก 1 ชื่อ):*]

Mr [นาย] Mrs [นาง] Miss [นางสาว]
Ms [นาง/นางสาว] Dr [ดส.] Other [อื่น ๆ]

Date of Birth*
[วันเดือนปีเกิด*]

Phone Number*
[เบอร์โทรศัพท์*]

Home Address Line 1* [ที่อยู่ ธรรมดาที่ 1*]

Home Address Line 2 [ที่อยู่ ธรรมดาที่ 2]

Last name* [นามสกุล*]

First name* [ชื่อ*]

Middle name [ชื่อย่อกลาง]

Preferred name [ชื่อที่ต้องการให้เรียก]

State/Territory*
[รัฐ/ดินแดน*]

Postcode*
[รหัสไปรษณีย์*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or
DVA card # [หมายเลขบัตรเมดิแคร์ # (รวมถึง หมายเลขอ้างอิงเฉพาะบุคคล)
หรือหมายเลขบัตรกระทรวงกิจการทหารผ่านศึก #]

Gender (select one):* [เพศ (เลือก 1 ชื่อ):*]

Male [ชาย] Female [หญิง]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[ไม่ระบุเพศแน่ชัด/เพศกำกวม/ไม่สามารถระบุเพศได้]
Not Specified [ไม่ระบุ]

Aged Care (AC) ID (if known)
[หมายเลขเอจแคร์ (เอซี) (หากทราบ)]

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

[ความสัมพันธ์ของผู้สนับสนุนที่เสนอชื่อของคุณตรงกับข้อใดมากที่สุด (เลือก 1 ข้อ)?*]

Registered supporter, where you and the registered
supporter are consenting to the relationship
[ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน ที่ซึ่งคุณและผู้สนับสนุนที่ได้รับการล
ทะเบียนได้มีการยินยอมให้มีการจัดตั้งความสัมพันธ์นี้]

กรอกส่วน B และ ส่วน C และกรอกส่วน E หาก
ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนของคุณมีผล
ประโยชน์กับข้ออื่นที่จะต้องประกาศ

Registered supporter, who is also an appointed
decision maker with active, legal authority for you
[ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน ซึ่งเป็นผู้ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้
ตัดสินใจแทนคุณ ภายใต้อำนาจกฎหมายที่ยังคงมีผลบังคับใช้อยู่]

กรอกส่วน B และ ส่วน D และกรอกส่วน E หาก
คุณมีผลประโยชน์กับข้ออื่นที่จะต้องประกาศ

PART B - Prospective Supporter's Details

[ส่วน B - รายละเอียดของผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อ]

คุณจะต้องกรอกข้อมูลในทุกช่องที่มีเครื่องหมายดอกจัน (*)

Title (select one):* [คำนำหน้าชื่อ (เลือก 1 ชื่อ):*]

Mr [นาย] Mrs [นาง] Miss [นางสาว]
Ms [นาง/นางสาว] Dr [ดส.] Other [อื่น ๆ]

Date of Birth*
[วันเดือนปีเกิด*]

Phone Number*
[เบอร์โทรศัพท์*]

Home Address Line 1* [ที่อยู่ ธรรมดาที่ 1*]

Home Address Line 2 [ที่อยู่ ธรรมดาที่ 2]

Last name* [นามสกุล*]

First name* [ชื่อ*]

Middle name [ชื่อย่อกลาง]

Preferred name [ชื่อที่ต้องการให้เรียก]

State/Territory*
[รัฐ/ดินแดน*]

Postcode*
[รหัสไปรษณีย์*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or
DVA card # [หมายเลขบัตรเมดิแคร์ # (รวมถึง หมายเลขอ้างอิงเฉพาะบุคคล)
หรือหมายเลขบัตรกระทรวงกิจการทหารผ่านศึก #]

Gender (select one):* [เพศ (เลือก 1 ชื่อ):*]

Male [ชาย] Female [หญิง]
Indeterminate/Intersex/Unspecified
[ไม่ระบุเพศแน่ชัด/เพศกำกวม/ไม่สามารถระบุเพศได้]
Not Specified [ไม่ระบุ]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)
[ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่จะเป็นผู้สนับสนุนกับผู้รับบริการ (เลือก 1 ชื่อ)]

Child [บุตร] Parent [บุพการี]
Spouse/Partner [คู่สมรส/คู่ครอง] Neighbour [เพื่อนบ้าน]
Friend [เพื่อน] Other [อื่น ๆ]

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [ส่วน C - การลงทะเบียนผู้สนับสนุนพร้อมคำยินยอมของคุณและผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อ]

โปรดกรอกข้อมูลทุกช่อง หากคุณกำลังลงทะเบียนผู้สนับสนุนโดยไม่อาศัยอำนาจในการตัดสินใจตามกฎหมายแทนผู้รับบริการ

สำหรับผู้รับบริการ

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [คำยินยอมและคำแถลงของผู้รับบริการและผู้สูงอายุเพื่อลงทะเบียนความสัมพันธ์]

ข้าพเจ้ายินยอมที่จะลงทะเบียนให้บุคคลตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้ในฐานะผู้สนับสนุนของข้าพเจ้าตามกฎหมาย Aged Care Act 2024 ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ผู้สนับสนุนของข้าพเจ้าอาจร้องขอ เข้าถึง และได้รับข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ และสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ตามเจตนารมณ์และความประสงค์ของข้าพเจ้า เพื่อสนับสนุนข้าพเจ้าในการทำสิ่งต่าง ๆ ภายใต้กฎหมาย หรือเพื่อวัตถุประสงค์ของ Aged Care Act 2024 (นอกเหนือไปจากวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินฐานะทางการเงิน) ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางกระทรวงเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าจากผู้สนับสนุนของข้าพเจ้าและใช้ข้อมูลนั้นเพื่อจุดประสงค์ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า Australian Privacy Principles อาจไม่ครอบคลุมถึงผู้สนับสนุนของข้าพเจ้า ในกรณีที่ผู้สนับสนุนได้รับข้อมูลหรือเอกสารใด ๆ ในฐานะที่เป็นผู้สนับสนุนของข้าพเจ้า

Yes [ใช่] No [ไม่ใช่]

Consent to sharing information with your supporter

[คำยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลให้กับผู้สนับสนุนของคุณ]

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูล หรือเอกสารใด ๆ ที่อาจหรือต้องส่งมอบให้กับข้าพเจ้าภายใต้กฎหมาย Aged Care Act 2024 นั้น มีการส่งมอบให้กับผู้สนับสนุนของข้าพเจ้าด้วยเช่นกัน ข้าพเจ้าเข้าใจว่าสิ่งนี้อาจรวมไปถึงข้อมูลและเอกสารประวัติต่าง ๆ ในอดีตซึ่งมีปรากฏอยู่ในระบบของผู้รับบริการในระบบของ My Aged Care

Yes [ใช่] No [ไม่ใช่]

I declare that:

[ข้าพเจ้าขอประกาศว่า:]

- ข้าพเจ้าขอลงทะเบียนผู้สนับสนุนด้วยความสมัครใจ
- ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้กับ My Aged Care นั้นถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

I understand and have read:

[ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจ:]

- หน้าที่ของผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน ดังที่ปรากฏในหน้าที่ 7 ของแบบฟอร์มฉบับนี้
- ข้อกำหนดและเงื่อนไขของการลงทะเบียนในระบบของ My Aged Care ดังที่ปรากฏในหน้าที่ 7 ของแบบฟอร์มฉบับนี้

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

[ความสัมพันธ์นี้จะเริ่มต้นขึ้นเมื่อใด (วว/ดด/ปปปป)]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [ความสัมพันธ์นี้จะสิ้นสุดลงเมื่อใด (วว/ดด/ปปปป หรือเว้นว่างไว้หากไม่มีวันสิ้นสุด)?]

Aged Care Client's full name [ชื่อนามสกุลของผู้รับบริการและผู้สูงอายุ]

Aged Care Client's signature [ลายมือชื่อของผู้รับบริการและผู้สูงอายุ]

Date signed [วันที่ที่ลงนาม]

สำหรับผู้รับบริการ

Supporter's consent and Declaration

[คำยินยอมและคำประกาศของผู้สนับสนุน]

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการลงทะเบียนข้าพเจ้าในฐานะผู้สนับสนุนภายใต้กฎหมาย Aged Care Act 2024 ให้กับผู้รับบริการตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าอาจร้องขอ เข้าถึง และได้รับข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ และสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ตามเจตนารมณ์และความประสงค์ของผู้รับบริการ เพื่อสนับสนุนพวกเขาในการทำสิ่งต่าง ๆ ภายใต้กฎหมาย หรือเพื่อวัตถุประสงค์ของ Aged Care Act 2024 (นอกเหนือไปจากวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินฐานะทางการเงิน) ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางกระทรวงเปิดเผยชื่อ รายละเอียดการติดต่อ บทบาทและสถานะการเป็นผู้สนับสนุน (ปัจจุบัน ถูกระงับ หรือถูกยกเลิก) ของข้าพเจ้าในฐานะผู้สนับสนุน ข้าพเจ้าเข้าใจว่า Australian Privacy Principles อาจไม่ครอบคลุมถึงผู้รับบริการ หรือผู้สนับสนุนคนอื่น ๆ ในกรณีที่พวกเขาได้รับข้อมูลหรือเอกสารใด ๆ ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลข้าพเจ้าปรากฏอยู่ ข้าพเจ้ารับทราบว่า ในฐานะผู้สนับสนุน ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติตามหน้าที่ที่กฎหมาย Aged Care Act 2024 กำหนดไว้ รวมถึงการเคารพสิทธิในความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ หากสถานการณ์ของข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถหรือศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้สนับสนุน ข้าพเจ้าจะทำการติดต่อ My Aged Care

Yes [ใช่] No [ไม่ใช่]

Conflict of Interest [ผลประโยชน์ทับซ้อน]

หากคุณมีผลประโยชน์ทับซ้อน (ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจริง ที่อาจเกิดขึ้น หรือที่อาจถูกมองว่าเกิดขึ้น) ในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้สนับสนุนสำหรับผู้รับบริการตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้ โปรดกรอกคำประกาศผลประโยชน์ทับซ้อนในส่วน E (PART E) พร้อมระบุว่าผลประโยชน์ทับซ้อนดังกล่าวจะได้รับการหลีกเลี่ยงหรือจัดการอย่างไร ผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อควรปรึกษาหารือผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ รวมไปถึงวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงหรือจัดการผลประโยชน์ทับซ้อนดังกล่าว กับผู้รับบริการตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้ซึ่งพวกเขาต้องการที่จะสนับสนุน สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมว่า ผลประโยชน์ทับซ้อนคืออะไร โปรดไปที่: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

ข้าพเจ้ามีผลประโยชน์ทับซ้อน (ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจริง ที่อาจเกิดขึ้น หรือที่อาจถูกมองว่าเกิดขึ้น) ในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้สนับสนุนของผู้รับบริการตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้

Yes (provide details in Part E) [ใช่ (โปรดกรอรายละเอียดในส่วน E)]

No (do not fill in PART E) [ไม่ใช่ (ไม่ต้องกรอกส่วน E)]

I declare that: [ข้าพเจ้าขอประกาศว่า:]

- ข้าพเจ้าขอลงทะเบียนผู้สนับสนุนด้วยความสมัครใจ
- ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้กับ My Aged Care นั้นถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

I understand and have read: [ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจ:]

- หน้าที่ของผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน ดังที่ปรากฏในหน้าที่ 7 ของแบบฟอร์มฉบับนี้
- ข้อกำหนดและเงื่อนไขของการลงทะเบียนในระบบของ My Aged Care ดังที่ปรากฏในหน้าที่ 7 ของแบบฟอร์มฉบับนี้

Prospective supporter's full name

[ชื่อนามสกุลของผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อ]

Prospective supporter's signature

[ลายมือชื่อของผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อ]

Date signed [วันที่ที่ลงนาม]

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [ส่วน D - การลงทะเบียนผู้สนับสนุน ซึ่งเป็นผู้ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน ภายใต้อำนาจทางกฎหมายที่ยังคงมีผลบังคับใช้อยู่]

โปรดกรอกข้อมูลทุกช่อง หากคุณมีอำนาจทางกฎหมายที่จะปฏิบัติหน้าที่แทนผู้รับบริการ ซึ่งได้รับการรับรองโดยกฎหมาย Aged Care Act 2024 (Cth)

Supporter's consent and Declaration

[คำยินยอมและคำประกาศของผู้สนับสนุน]

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนตามกฎหมายของผู้รับบริการ ตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า อำนาจทางกฎหมายที่ข้าพเจ้าได้รับแต่งตั้งจะต้องมีผลบังคับอยู่ในขณะที่ข้าพเจ้าดำเนินการแทนผู้รับบริการ และข้าพเจ้าต้องปฏิบัติตามให้สอดคล้องกับกระบวนการตามกฎหมายของเครือรัฐ รัฐ หรือดินแดน ที่เกี่ยวข้องกับการแต่งตั้งดังกล่าว รวมถึงต้องดำเนินการภายในขอบเขตอำนาจในการตัดสินใจของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการลงทะเบียนข้าพเจ้าในฐานะของผู้สนับสนุนภายใต้กฎหมาย Aged Care Act 2024 ให้กับผู้รับบริการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าอาจร้องขอ เข้าถึง และได้รับข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ และสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ตามเจตนาและผลประโยชน์ของผู้รับบริการ เพื่อสนับสนุนพวกเขาในการตัดสินใจต่าง ๆ ภายใต้กฎหมาย หรือเพื่อวัตถุประสงค์ของ Aged Care Act 2024 (นอกเหนือไปจากวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินฐานะทางการเงิน)

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางกระทรวงเปิดเผยชื่อ รายละเอียดการติดต่อ บทบาทและสถานะการเป็นผู้สนับสนุน (ปัจจุบัน ฉุกเฉิน หรือถูกยกเลิก) ของข้าพเจ้าในฐานะผู้สนับสนุน ให้กับผู้รับบริการและผู้สนับสนุนคนอื่น ๆ ที่ได้รับการลงทะเบียนไว้กับผู้รับบริการ

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า Australian Privacy Principles อาจไม่ครอบคลุมถึงผู้รับบริการ หรือผู้สนับสนุนคนอื่น ๆ ในกรณีที่พวกเขาได้รับข้อมูลหรือเอกสารใด ๆ ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลข้าพเจ้าปรากฏอยู่

ข้าพเจ้ารับทราบว่า ในฐานะผู้สนับสนุน ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติตามหน้าที่ที่กฎหมาย Aged Care Act 2024 กำหนดไว้ รวมถึงการเคารพสิทธิในความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ หากสถานการณ์ของข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่ส่งผลต่อความสามารถหรือศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้สนับสนุน ข้าพเจ้าจะทำการติดต่อ My Aged Care

Yes [ใช่]

No [ไม่ใช่]

Supporting Documents

[เอกสารประกอบ]

แนบสำเนาของเอกสารทางกฎหมายของคุณ และในกรณีที่จำเป็น หลักฐานทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้รับบริการเพื่อแสดงว่าอำนาจของคุณยังคงมีผลบังคับใช้อยู่

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนที่ยังคงมีผลบังคับใช้อยู่ โปรดไปที่เว็บไซต์ของ My Aged Care ที่:

<https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

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

[ความสัมพันธ์นี้จะเริ่มต้นขึ้นเมื่อใด (วว/ดด/ปปปป)]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [ความสัมพันธ์นี้จะสิ้นสุดลงเมื่อใด (วว/ดด/ปปปป หรือเว้นว่างไว้หากไม่มีวันสิ้นสุด)?]

Conflict of Interest

[ผลประโยชน์ทับซ้อน]

หากคุณมีผลประโยชน์ทับซ้อน (ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจริง ที่อาจเกิดขึ้น หรือที่อาจถูกมองว่าเกิดขึ้น) ในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้สนับสนุนสำหรับผู้รับบริการตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้ โปรดกรอกคำประกาศผลประโยชน์ทับซ้อนในส่วน E (PART E) พร้อมระบุว่าผลประโยชน์ทับซ้อนดังกล่าวจะได้รับการหลีกเลี่ยงหรือจัดการอย่างไร

ผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อควรปรึกษาหาหรือผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ รวมไปถึงวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงหรือจัดการผลประโยชน์ทับซ้อนดังกล่าว กับผู้รับบริการตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้ซึ่งพวกเขาต้องการที่จะสนับสนุน

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมว่า ผลประโยชน์ทับซ้อนคืออะไร โปรดไปที่:

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

ข้าพเจ้ามีผลประโยชน์ทับซ้อน (ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจริง ที่อาจเกิดขึ้น หรือที่อาจถูกมองว่าเกิดขึ้น) ในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะของผู้สนับสนุนของผู้รับบริการตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้

Yes (provide details in Part E) [ใช่ (โปรดกรอกรายละเอียดในส่วน E)]

No (do not fill in PART E) [ไม่ใช่ (ไม่ต้องกรอกส่วน E)]

I declare that:

[ข้าพเจ้าขอประกาศว่า:]

- ข้าพเจ้าขอลงทะเบียนผู้สนับสนุนด้วยความสมัครใจ
- ข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้กับ My Aged Care นั้นถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

I understand and have read:

[ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจ:]

- หน้าที่ของผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน ดังที่ปรากฏในหน้าที่ 7 ของแบบฟอร์มฉบับนี้
- ข้อกำหนดและเงื่อนไขของการลงทะเบียนในระบบของ My Aged Care ดังที่ปรากฏในหน้าที่ 7 ของแบบฟอร์มฉบับนี้

Prospective supporter's full name

[ชื่อนามสกุลของผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อ]

Prospective supporter's signature

[ลายมือชื่อของผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อ]

Date signed [วันที่ที่ลงนาม]

PART E - Conflict of Interest Declaration

[ส่วน E - คำประกาศผลประโยชน์ทับซ้อน]

ผลประโยชน์ทับซ้อน

หากคุณมีผลประโยชน์ทับซ้อน (ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจริง ที่อาจเกิดขึ้น หรือที่อาจถูกมองว่าเกิดขึ้น) ในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้สนับสนุนสำหรับผู้รับบริการตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้ โปรดระบุไว้ที่ด้านล่างนี้ พร้อมระบุว่าผลประโยชน์ทับซ้อนดังกล่าวจะได้รับการหลีกเลี่ยงหรือจัดการอย่างไร ผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อขอรับบริการหรือผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ รวมไปถึงวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงหรือจัดการผลประโยชน์ทับซ้อนดังกล่าว กับผู้รับบริการตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้ซึ่งพวกเขาต้องการที่จะสนับสนุน

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

คุณเป็นผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนอยู่หรือไม่?

หากคุณเคยได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้สนับสนุนอยู่แล้ว และคุณต้องการที่จะแถลงผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่ถูกต้องตั้งขึ้นมาแล้วของคุณ โปรดกรอกรายละเอียดเพื่อขึ้นตัวต้นที่ด้านล่างนี้ด้วย หากเคยได้รับการลงทะเบียนแล้ว คุณสามารถส่งส่วน E ไปที่ System Governor [ผู้กำกับดูแลระบบ] ได้ผ่านทางแบบฟอร์มการส่งข้อมูลออนไลน์ ที่หน้า Registered Supporters [ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน] บนเว็บไซต์ของ Aged Care [เอจแคร์] ได้ที่: <https://www.health.gov.au/our-work/aged-care-act/about/registered-supporters-in-aged-care>

Aged Care Client's Details [รายละเอียดของผู้รับบริการดูแลผู้สูงอายุ]

Last name [นามสกุล]

First name [ชื่อ]

Date of Birth [วันเดือนปีเกิด]

Aged Care (AC) ID (if known) [หมายเลขเอจแคร์ (เอซี) (หากทราบ)]

Supporter's Details [รายละเอียดของผู้สนับสนุน]

Last name [นามสกุล]

First name [ชื่อ]

Date of Birth [วันเดือนปีเกิด]

Aged Care (AC) ID (if known) [หมายเลขเอจแคร์ (เอซี) (หากทราบ)]

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

[รายละเอียดของผลประโยชน์ทับซ้อน รวมถึงแนวทางหรือกลยุทธ์ที่คุณเสนอเพื่อการจัดการหรือหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อนดังกล่าว:]

(โปรดกรอกเป็นภาษาอังกฤษ หรือโทรศัพท์ติดต่อศูนย์ติดต่อประสานงานของ My Aged Care เพื่อทำคำประกาศนี้โดยมีความช่วยเหลือของนักแปล)

Prospective/Registered Supporter to complete: [สำหรับกรอกโดยผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อ/ที่ได้รับการลงทะเบียน:]

I agree that: [ข้าพเจ้าตกลงว่า:]

ผลประโยชน์ทับซ้อนของข้าพเจ้าอาจมีความจำเป็นที่จะได้รับการเปิดเผยให้ผู้รับบริการตามชื่อที่ระบุไว้ในแบบฟอร์มฉบับนี้ หรือผู้ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนในปัจจุบันของพวกเขาทราบ

Prospective Supporter or Supporter's Signature
[ลายมือชื่อของผู้สนับสนุนที่ได้รับการเสนอชื่อ/ผู้สนับสนุน]

Date Signed
[วันที่ที่ลงนาม]

My Aged Care และ Department of Health, Disability and Ageing จะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของคุณเพื่อทำให้คุณหรือบุคคลที่คุณสนับสนุนสามารถเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุหรือบริการที่เกี่ยวข้องได้ กรุณาอ่านคำประกาศเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวที่เว็บไซต์ของ My Aged Care เพื่อศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีที่เราจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [หน้าที่ของผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนภายใต้กฎหมาย Aged Care Act 2024]

ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนทุกคน มีหน้าที่ภายใต้พระราชบัญญัติที่พวกเขาจะต้องปฏิบัติตาม ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน จะต้องปฏิบัติตามหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต รอบคอบ และโดยสุจริตใจในการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งหน้าที่ดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความปลอดภัย สิทธิ และเจตจำนงและความประสงค์ของผู้สูงอายุ

ผู้สนับสนุนที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจะต้อง:

- ปฏิบัติตามหน้าที่ในลักษณะที่ส่งเสริมเจตจำนงและความประสงค์ รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีส่วนบุคคล ด้านวัฒนธรรม และด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ตนให้การสนับสนุน
- ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุเพียงเท่าที่จำเป็นในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง
- ใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ในการสร้างไว้ซึ่งความสามารถของผู้สูงอายุในการตัดสินใจด้วยตนเอง
- หลีกเลี่ยงหรือจัดการผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ที่ตนมีในฐานะของผู้สนับสนุน (ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจริง ที่อาจเกิดขึ้น หรือที่อาจถูกมองว่าเกิดขึ้น) และหากเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนขึ้น ให้แจ้งให้ System Governor [ผู้กำกับดูแลระบบ] ทราบ

นอกจากนี้ ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนยังมีหน้าที่ต้องแจ้ง System Governor หากมีเหตุหรือสถานการณ์ใดที่อาจหรือจะกระทบต่อความสามารถในการ:

- ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะของผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน
- ปฏิบัติตามหน้าที่ของตน หรือข้อกำหนดหรือหนังสือแจ้งใด ๆ ที่ System Governor แจ้งให้ตนทราบ หรือ
- รับการติดต่อจาก System Governor

ข้อมูลใด ๆ ที่ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนร้องขอ ได้รับ หรือสื่อสารในฐานะผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน ต้องไม่ถูกนำไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม

ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนบางคน อาจอาจมีฐานะการเป็นผู้คุ้มครอง มีหนังสือมอบอำนาจถาวร หรือมีอำนาจตามกฎหมายอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันอีกด้วย บุคคลเหล่านี้คือผู้ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนสำหรับผู้สูงอายุ และสามารถตัดสินใจแทนผู้สูงอายุได้ ภายใต้กระบวนการตามกฎหมายของเครือรัฐ รัฐ หรือดินแดน ผู้ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน จะสามารถตัดสินใจแทนผู้สูงอายุผู้นั้นได้ โดยเป็นไปตามอำนาจตามกฎหมายที่ยังคงมีผลบังคับใช้อยู่เท่านั้น

Terms and Conditions of My Aged Care [ข้อกำหนดและเงื่อนไขของ My Aged Care]

ทั่วไป (ทุกฝ่าย)

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า:

- การยื่นคำขอนี้เพื่อเป็นหรือเพื่อจัดให้มีผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน จะทำให้มีการสร้างระเบียบในระบบของ My Aged Care สำหรับทุกฝ่ายของความสัมพันธ์ในฐานะผู้สนับสนุน หากข้าพเจ้าหรืออีกฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดยังไม่เคยมีระเบียบดังกล่าว ความสัมพันธ์ในฐานะผู้สนับสนุน เมื่อได้รับการลงทะเบียนแล้ว จะอยู่ภายใต้กฎหมาย Aged Care Act 2024 (Cth)
- ข้าพเจ้าจะต้องแจ้งให้ My Aged Care ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ หรือรายละเอียดในการติดต่อใด ๆ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์แวดล้อมของผู้ที่ได้รับการลงทะเบียนให้ผู้สนับสนุนข้าพเจ้า หรือของผู้ที่ข้าพเจ้าได้รับการลงทะเบียนเพื่อทำการสนับสนุน
- การให้ข้อมูลอันเป็นเท็จหรือทำให้เข้าใจผิด เป็นความผิดร้ายแรง
- ข้าพเจ้าสามารถยื่นคำขอยกเลิกการขึ้นทะเบียนนี้ได้ตลอดเวลา โดยติดต่อ My Aged Care ทางโทรศัพท์หมายเลข 1800 200 422 ผ่าน Online Account ของข้าพเจ้า หรือผ่าน Aged Care Specialist Officer หรือผู้ประเมิน

ผู้รับบริการ

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า My Aged Care อาจ:

- เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า จากผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนของข้าพเจ้า
- ส่งข้อมูล หรือเอกสารต่าง ๆ ให้กับผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนของข้าพเจ้า ซึ่งรวมไปถึงข้อมูลความลับของข้าพเจ้าในระบบ My Aged Care
- ดำเนินการตามข้อมูลของผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนของข้าพเจ้าได้สื่อสารแทนข้าพเจ้า

โดย My Aged Care จะดำเนินการดังที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์และความประสงค์ของข้าพเจ้า หรือมีเช่นนั้น จะดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด

ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียน

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า:

- ข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับจาก My Aged Care จะต้องถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และจะไม่นำไปใช้หรือเปิดเผยแก่บุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการที่ข้าพเจ้าได้ทำการลงทะเบียนเพื่อให้การสนับสนุน เว้นแต่การใช้หรือการเปิดเผยดังกล่าวจะได้รับอนุญาตตามกฎหมาย
- การกระทำใด ๆ ของข้าพเจ้าในฐานะผู้สนับสนุนที่ลงทะเบียนแล้ว ต้องสอดคล้องกับเจตจำนงและความต้องการของบุคคลที่ข้าพเจ้าให้การสนับสนุน
- ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าจะถูกรวบรวมโดย My Aged Care และอาจถูกเปิดเผยให้แก่ผู้ประเมิน ผู้ให้บริการ องค์กร บุคลากรทางการแพทย์ และ Aged Care Quality and Safety Commission [คณะกรรมการคุณภาพและความปลอดภัยด้านการดูแลผู้สูงอายุ] และผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนรายอื่นซึ่งให้การสนับสนุนแก่บุคคลที่ข้าพเจ้าให้การสนับสนุน
- ชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของข้าพเจ้าจะถูกเปิดเผยแก่ผู้สนับสนุนที่ได้รับการลงทะเบียนรายอื่น และองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อวัตถุประสงค์ในการช่วยให้ข้าพเจ้าสามารถให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่ข้าพเจ้าให้การสนับสนุน
- หากข้าพเจ้าได้รับการเสนอชื่อให้เป็นผู้ติดต่อหลัก ข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับบริการติดต่อทางโทรศัพท์ลำดับแรกของ My Aged Care สำหรับบุคคลที่ข้าพเจ้าได้รับการลงทะเบียนเพื่อให้การสนับสนุน