



Australian Government



My Aged Care Registration of a Supporter Form [Destek Kişisi Kayıt Formu]

Turkish – Türkçe

 Bu form ne zaman kullanılmalı	 Sizi ve bilgilerinizi korumak	 Daha fazla bilgi için
<p>Bu form, My Aged Care dahil olmak üzere yaşlı bakım hizmetlerini bulmanıza ve bunlara erişmenize yardımcı olacak bir destek kişisini kaydetmek için kullanılır.</p> <p>Devlet destekli yaşlı bakım hizmetlerine erişmek istiyorsanız My Aged Care'e kayıt olmanız gerekir. Kayıt olmak için My Aged Care'i kendiniz arayabilir veya başka bir kişi sizinle birlikte My Aged Care ile konuşabilir.</p> <p>Değerlendirme başvuru süreci kapsamında çevrim içi olarak da kayıt yaptırabilirsiniz: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p> <p>Bu form aracılığıyla, bilgilerinizi talep etmek ve bilgilerinize erişmek dahil yaşlı bakımı ile ilgili kararlarınızı almanıza ve iletmenize yardımcı olacak bir destek kişisi kaydedilebilir. Destek ilişkisi, gelir testi veya diğer Avustralya Hükümeti kurumlarıyla temsilci veya aday ilişkilerini kapsamaz.</p>	<p>Sizin ve kayıtlı destek kişinizin kişisel bilgileri, <i>Privacy Act 1988 (Cth) [1988 Gizlilik Yasası]</i> ve Australian Privacy Principles [Avustralya Gizlilik İlkeleri] de dahil olmak üzere yasalarla korunmaktadır.</p> <p>Kişisel bilgileriniz, sizin veya destek verdiğiniz kişinin yaşlı bakımına veya ilgili hizmetlere erişimini sağlamak amacıyla My Aged Care ve Department of Health, Disability and Ageing [Sağlık, Engellilik ve Yaşlanma Bakanlığı] tarafından toplanır.</p> <p>Kişisel bilgilerinizin nasıl ele alındığıyla ilgili daha fazla bilgi edinmek için lütfen My Aged Care internet sitesindeki gizlilik bildirimlerimizi okuyun: https://www.myagedcare.gov.au/privacy</p> <p>Kişisel bilgileriniz, yaşlı bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi ve sunulması amacıyla Avustralya Hükümeti tarafından finanse edilen yaşlı bakım hizmet sağlayıcıları ve değerlendirme kuruluşları tarafından da toplanabilir.</p>	<p>Bu konuyla ilgili My Aged Care'den bir görevliyle konuşmak için:</p> <ul style="list-style-type: none">My Aged Care'i 1800 200 422 numaralı telefonda pazartesi - cuma günleri 08.00 - 20.00 saatleri arasında, cumartesi günleri ise 10.00 - 14.00 saatleri arasında arayabilirsiniz.Bir Aged Care Specialist Officer (ACSO) [Yaşlı Bakım Uzmanı] ile yüz yüze görüşebilirsiniz. Hafta içi 08.00 - 20.00 saatleri arasında 1800 227 475 numaralı telefonu arayarak randevu alın. En güncel ACSO hizmet noktaları hakkında daha fazla bilgi için Services Australia internet sitesini ziyaret edebilirsiniz. <p>Daha fazla bilgi için My Aged Care internet sitesini de ziyaret edebilirsiniz: https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter</p>

My Aged Care'de Kayıtlı Destek Kişisi kimdir?

Kayıtlı destek kişileri, yaşlı bireylerin yaşlı bakımına ilişkin kendi kararlarını almalarına ve iletmelerine yardımcı olur. Buna My Aged Care'e erişim ve diğer günlük yaşlı bakımı kararları da dahildir. Kayıtlı destek kişileri, yaşlı kişiyle ilgili bilgi talep edebilir, bilgiye erişebilir ve bilgi alabilirler. Ayrıca, yaşlı kişinin bilinen istek ve tercihleri doğrultusunda onun adına bilgi iletebilirler.

Bazı kayıtlı destek kişileri, ayrıca vesayet, genel vekaletname veya benzeri yasal yetkilere sahiptir. Bu kişiler, yaşlı kişi için atanmış karar vericilerdir ve federal, eyalet veya bölge düzenlemeleri kapsamında yaşlı kişi adına karar alabilirler. Atanan karar verici, yaşlı kişinin adına yalnızca aktif, yasal yetkisi dahilinde kararlar alabilir.

Bu kişiler, *Aged Care Act 2024 (Cth) [2024 Yaşlı Bakım Yasası]* kapsamında, aşağıdakiler yoluyla tanınan yasal karar alma yetkisine sahip olabilirler:

- enduring power of attorney [süresiz vekaletname]
- süresiz vesayet
- ileriye dönük sağlık belgesi, söz konusu belge sürekli karar alma yetkisi veriyorsa
- İleriye Dönük Kişisel Plan (Northern Territory'de)
- Federal, Eyalet veya Bölge yasaları kapsamında kısıtlayıcı uygulamalar için vekil karar alma düzenlemesi veya
- Federal, Eyalet veya Bölge yasalarına göre mahkeme, kurul, heyet veya panel tarafından verilen ve karar alma yetkisi tanıyan atama emri.

Kayıtlı destek kişisi olmak, kişiye yaşlı kişi üzerinde karar alma yetkisi vermez. Kayıtlı destek kişisinin rolü, yaşlı kişinin kendi kararlarını almasına yardımcı olmaktır.

Bu formun doldurulması

Bu formu bilgisayarınızda doldurabilir veya yazdırıp imzalayabilirsiniz.

BÖLÜM A: Sizin (müşterinin) bilgileriniz.

BÖLÜM B: Muhtemel destek kişinin bilgileri.

BÖLÜM C veya D: İlişki bilgileri, sizin (müşterinin) onayınız ve olası destek kişinin ilişkiye onayı. Destek kişisi ilişkisi oluşturulduğunda, buna bağlı olarak yalnızca C veya D bölümünü doldurun.

BÖLÜM E: Muhtemel destek kişisi tarafından, sizin (müşterinin) ile görüşerek doldurulacak Çıkar Çatışması Beyanı.

Bu formun gönderilme şekli

Formu yukarıdaki talimatlara göre doldurup imzaladıktan sonra, My Aged Care'e aşağıdaki yöntemlerden biriyle iletin:

1. Çevrim içi Hesabınıza yükleyin (Çevrim içi Hesabınıza nasıl erişebileceğiniz hakkında daha fazla bilgiyi My Aged Care internet sitesinde bulabilirsiniz: <https://www.myagedcare.gov.au/access-your-online-account#mygov-login>) veya
2. My Aged Care çevrim içi formu aracılığıyla dijital bir kopya gönderin: <https://www.healthdirect.gov.au/myagedcareupload> veya
3. Posta ile gönderin: My Aged Care,
PO Box 1237,
Runaway Bay,
Queensland, 4216 veya
4. Belgeleri My Aged Care'e göndermenize yardımcı olabilecek bir Genel Hizmet Görevlisinin bulunduğu bir Services Australia merkezini ziyaret ederek şahsen teslim edebilir veya belgeleri My Aged Care'e yükleyebilecek bir Aged Care Specialist Officer ile randevu alabilirsiniz. Yüz yüze görüşme randevusu almak için Services Australia'yı 1800 227 475 numaralı telefondan arayabilirsiniz veya
5. Siz (müşteri) veya olası destek kişinin değerlendirme randevusu yaklaşıyorsa, formu değerlendiriciye şahsen teslim edebilirsiniz.

Ayrıca atanmış karar verici olan olası destek kişileri için, bu formu göndermeden önce müşterinin adına karar alma yetkinizi gösteren geçerli ve aktif yasal yetki belgesini eklediğinizden emin olun. Muhtemelen bu, yasal bir belgedir. Yetkinizin aktif olduğunu göstermek için müşteriyle ilgili tıbbi belgeler de talep edilebilir.

My Aged Care'in formunuzu alıp almadığını kontrol etmek istiyorsanız aramadan önce lütfen bekleyin (sisteme yükleme için iki iş günü, posta yoluyla gönderimler için ise altı iş günü gerekebilir).

My Aged Care başvurusundan sonraki süreç

My Aged Care, doldurulmuş formu teslim aldığı anda, gerekli olması halinde sizi ve olası destek kişisini My Aged Care sistemine kaydedebilir ve destek kişisi ilişkisinin kaydını tamamlamak için ek bilgiye ihtiyaç duyarsa ikinizden biriyle iletişime geçebilir.

Destek kişisi ilişkiniz kaydedildikten sonra kayıtlı destek kişisi değerlendirmeler dahil olmak üzere yaşlı bakım hizmetleriniz ve ihtiyaçlarınız hakkında My Aged Care ile **1800 200 422** numaralı telefondan iletişime geçebilirsiniz. Kayıtlı destek kişisi, yalnızca sizin istekleriniz ve tercihlerinize uygun olarak hareket edebilir.

PART A - Aged Care Client Details (Your details)

[BÖLÜM A: Yaşlı Bakım Müşterisi Bilgileri (Sizin bilgileriniz)]

Yıldız (*) ile işaretli tüm alanları doldurmanız gerekmektedir

Title (select one):* [Başlık (birini seçin):*]

Mr [Bay] Mrs [Bayan - Evli]

Miss [Bayan - Bekar] Ms [Bayan - Medeni
Hali belli olmayan]

Dr [Dr] Other [Diğer]

Last name* [Soyadı*]

First name* [Adı*]

Middle name [İkinci Adı]

Preferred name [Tercih Edilen Ad]

Gender (select one):* [Cinsiyet (birini seçin):*]

Male [Erkek] Female [Kadın]

Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Belirsiz/İki Cinsiyetli/Belirtilmemiş]

Not Specified [Belirtilmemiş]

Date of Birth*
[Doğum Tarihi*]

Phone Number*
[Telefon Numarası*]

Home Address Line 1* [Ev Adresi 1. Satır*]

Home Address Line 2 [Ev Adresi 2. Satır]

State/Territory*
[Eyalet/Bölge*]

Postcode*
[Posta Kodu*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [Medicare Kart No (Bireysel Referans Numarası dahil) veya DVA Kart No #]

Aged Care (AC) ID (if known)
[Yaşlı Bakım Kimliği (biliniyorsa)]

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

[Önerilen destek kişisi ilişkinizi en iyi hangi seçenek tanımlar (birini seçin)?*]

Registered supporter, where you and the registered supporter are consenting to the relationship
[Kayıtlı destek kişisi, burada siz ve kayıtlı destek kişisi ilişkinin kurulmasına onay veriyorsunuz]

BÖLÜM B ve **BÖLÜM C**'yi doldurun.
Olası destek kişisinin beyan edilecek bir çıkar çatışması varsa ayrıca **BÖLÜM E**'yi de doldurun

Registered supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority for you
[Kayıtlı destek kişisi; aynı zamanda sizin için geçerli ve aktif yasal yetkiye sahip atanmış bir karar verici olan kişi]

BÖLÜM B ve **BÖLÜM D**'yi doldurun.
Bildirilecek bir çıkar çatışmanız varsa ayrıca **BÖLÜM E**'yi de doldurun

PART B - Prospective Supporter's Details

[BÖLÜM B – Olası Destek Kişisinin Bilgileri]

Yıldız (*) ile işaretli tüm alanları doldurmanız gerekmektedir

Title (select one):* [Başlık (birini seçin):*]

Mr [Bay] Mrs [Bayan - Evli]

Miss [Bayan - Bekar] Ms [Bayan - Medeni
Hali belli olmayan]

Dr [Dr] Other [Diğer]

Last name* [Soyadı*]

First name* [Adı*]

Middle name [İkinci Adı]

Preferred name [Tercih Edilen Ad]

Gender (select one):* [Cinsiyet (birini seçin):*]

Male [Erkek] Female [Kadın]

Indeterminate/Intersex/Unspecified
[Belirsiz/İki Cinsiyetli/Belirtilmemiş]

Not Specified [Belirtilmemiş]

Date of Birth*
[Doğum Tarihi*]

Phone Number*
[Telefon Numarası*]

Home Address Line 1* [Ev Adresi 1. Satır*]

Home Address Line 2 [Ev Adresi 2. Satır]

State/Territory*
[Eyalet/Bölge*]

Postcode*
[Posta Kodu*]

Medicare Card # (including Individual Reference Number) or DVA card # [Medicare Kart No (Bireysel Referans Numarası dahil) veya DVA Kart No #]

Prospective Supporter's relationship to Client (select one)
[Olası Destek Kişisinin Müşteri ile ilişkisi (birini seçin)]

Child [Çocuk] Parent [Ebeveyn]

Spouse/Partner [Eş/Partner] Neighbour [Komşu]

Friend [Arkadaş] Other [Diğer] Sayfa 3 / 7

PART C - Registering a supporter with your and the prospective supporter's consent [BÖLÜM C: Sizin ve olası destek kişinin onayıyla kayıt işlemleri]

Müşteri için yasal karar alma yetkisi olmadan bir destek kişisi kaydediyorsanız lütfen tüm alanları doldurun.

Müşteri tarafından doldurulacak

Aged Care Client's Consent to register relationship and Declaration [Yaşlı Bakım Müşterisinin İlişkiyi Kaydetmeye Onayı ve Beyanı]

Bu formda adı geçen kişinin *Aged Care Act 2024* kapsamında bana destek sağlayacak kişi olarak kaydedilmesini onaylıyorum. Bana destek sağlayacak kişinin, irademe ve tercihlerime uygun olarak, *Aged Care Act 2024* kapsamında (gelir testi amaçları dışında) işlem yapmamda yardımcı olmak için bilgi ve belgeleri talep edebileceğini, erişebileceğini, alabileceğini ve bilgi iletebileceğini anlıyorum. Bakanlığın, kişisel bilgilerimi destek kişimden toplayabileceğini ve yaşlı bakım amaçları için kullanabileceğini kabul ediyorum. Destek kişim, bu sıfatıyla kendisine sağlanan herhangi bir bilgi veya belgeyi alırsa, Australian Privacy Principles kapsamı dışında kalacağı ve bu ilkelerin kendisine uygulanmayabileceğini anlıyorum.

Yes [Evet]

No [Hayır]

Consent to sharing information with your supporter [Size destek kişisiyle bilgilerinizin paylaşımına onay]

Aged Care Act 2024 kapsamında bana verilebilecek veya verilmesi gereken tüm bilgi ve belgelerin destek kişim ile de paylaşılmasını onaylıyorum. Bu paylaşımın, My Aged Care'deki müşteri kaydında bulunan geçmiş bilgi ve belgeleri de kapsadığını anlıyorum.

Yes [Evet]

No [Hayır]

I declare that:

[Beyan ederim ki:]

- Destek kişisini gönüllü olarak kaydediyorum.
- My Aged Care'e verdiğim bilgiler doğru, eksiksiz ve gerçeğe uygundur.

I understand and have read:

[Aşağıdakileri anladım ve okudum:]

- Bu formun 7. sayfasında belirtilen kayıtlı destek kişinin görevlerini anladım ve okudum.
- Bu formun 7. sayfasında belirtilen, My Aged Care'e kayıt olmanın şart ve koşullarını anladım ve okudum.

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

[İlişkinin başlama tarihi (Gün/Ay/Yıl)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [İlişkinin bitiş tarihi (Gün/Ay/Yıl) veya bitiş tarihi yoksa boş bırakın]

Aged Care Client's full name

[Yaşlı Bakım Müşterisinin Adı ve Soyadı]

Aged Care Client's full name [Yaşlı Bakım Müşterisinin imzası]

Date signed [İmza tarihi]

Destek kişisi tarafından doldurulacak

Supporter's consent and Declaration [Destek Kişisinin Onayı ve Beyanı]

Bu formda adı geçen müşteri için *Aged Care Act 2024* kapsamında destek kişisi olarak kaydedilmeyi onaylıyorum. Müşterinin iradesi ve tercihleri doğrultusunda, *Aged Care Act 2024* kapsamında (gelir testi amaçları dışında) işlem yapmalarına yardımcı olmak için bilgi ve belgeleri talep edebileceğimi, erişebileceğimi, alabileceğimi ve bilgi iletebileceğimi anlıyorum. Bakanlığın, adımları, iletişim bilgilerimi, rolümü ve destek kişisi olarak durumumu (mevcut, durdurulmuş veya iptal edilmiş) müşteriye ve müşteri için kayıtlı diğer destek kişilerine açıklamasına onay veriyorum. Kişisel bilgilerimi içeren herhangi bir bilgi veya belgeyi müşteri veya başka bir destek kişisi alırsa, Australian Privacy Principles kapsamı dışında kalacakları ve bu ilkelerin onlara uygulanmayabileceğini anlıyorum. Bir destek kişisi olarak, *Aged Care Act 2024* kapsamında bana yüklenen görevleri yerine getirmek, müşterinin gizlilik hakkına saygı göstermek ve kişisel bilgilerinin korunmasını sağlamak zorunda olduğumu kabul ediyorum. Koşullarım, bir destek kişisi olarak, hareket etme yeteneğimi veya kapasitemi etkileyecek şekilde değişirse, My Aged Care ile iletişime geçeceğim.

Yes [Evet]

No [Hayır]

Conflict of Interest [Çıkar Çatışması]

Bu formda adı geçen müşteri için destek kişisi olarak hareket ederken bir çıkar çatışmanız (gerçek, potansiyel veya algılanan) varsa lütfen BÖLÜM E'deki Çıkar Çatışması Beyanını doldurun; çatışmanın nasıl önleneceğini veya yönetileceğini de belirtin. Olası destek kişileri, bu formda adı geçen ve desteklemek istedikleri müşteri ile, herhangi bir Çıkar Çatışmasını ve çatışmanın nasıl önleneceğini veya yönetileceğini görüşmelidir. Çıkar Çatışmasının ne olduğu hakkında daha fazla bilgi için şu adresi ziyaret edebilirsiniz: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Bu formda adı geçen müşteri için destek kişisi olarak hareket ederken (gerçek, potansiyel veya algılanan) bir çıkar çatışması yaşıyorum.

Yes (provide details in PART E)

[Evet (Ayrıntıları BÖLÜM E'de belirtin)]

No (do not fill in PART E) [Hayır (BÖLÜM E'yi doldurmayın)]

I declare that: [Beyan ederim ki:]

- Gönüllü olarak destek kişisi olarak kaydoluyorum.
- My Aged Care'e verdiğim bilgiler doğru, eksiksiz ve gerçeğe uygundur.

I understand and have read: [Aşağıdakileri anladım ve okudum:]

- Bu formun 7. sayfasında belirtilen kayıtlı destek kişinin görevlerini anladım ve okudum.
- Bu formun 7. sayfasında belirtilen, My Aged Care'e kayıt olmanın şart ve koşullarını anladım ve okudum.

Prospective supporter's full name

[Olası destek kişinin Adı ve Soyadı]

Prospective supporter's signature

[Olası destek kişinin imzası]

Date signed [İmza tarihi]

PART D - Registering a supporter, who is also an appointed decision maker with active, legal authority [BÖLÜM D: Aynı zamanda geçerli ve aktif yasal yetkiye sahip atanmış bir karar verici olan destek kişinin kaydedilmesi]

Aged Care Act 2024 (Cth) tarafından müşterinin adına yasal olarak hareket etme yetkinizin tanındığı durumlarda, lütfen tüm alanları doldurun.

Supporter's consent and Declaration [Destek kişinin Onayı ve Beyanı]

Bu formda adı geçen müşteri için yasal olarak atanmış karar veren kişi olduğumu teyit ederim. Atanmam kapsamında sahip olduğum yasal yetkinin, müşteri adına hareket ettiğim sırada geçerli olması gerektiğini ve bu atama için Federal, eyalet veya bölge düzenlemelerine, karar alma yetkim kapsamında hareket ederek uymam gerektiğini anlıyorum.

Aged Care Act 2024 kapsamında müşteri için destek kişisi olarak kaydedilmeyi onaylıyorum. Müşterinin iradesi ve tercihleri doğrultusunda, *Aged Care Act 2024* kapsamında (gelir testi amaçları dışında) işlem yapmalarına yardımcı olmak için bilgi ve belgeleri talep edebileceğimi, erişebileceğimi, alabileceğimi ve bilgi iletebileceğimi anlıyorum.

Bakanlığın, adımları, iletişim bilgilerimi, rolümü ve destek kişisi olarak durumumu (mevcut, durdurulmuş veya iptal edilmiş) müşteriye ve müşteri için kayıtlı diğer destek kişilerine açıklamasına onay veriyorum.

Kişisel bilgilerimi içeren herhangi bir bilgi veya belgeyi müşteri veya başka bir destek kişisi alırsa, Australian Privacy Principles kapsamı dışında kalacakları ve bu ilkelerin onlara uygulanmayabileceğini anlıyorum.

Bir destek kişisi olarak, *Aged Care Act 2024* kapsamında bana yüklenen görevleri yerine getirmek, müşterinin gizlilik hakkına saygı göstermek ve kişisel bilgilerinin korunmasını sağlamak zorunda olduğumu kabul ediyorum. Koşullarım, bir destek kişisi olarak, hareket etme yeteneğimi veya kapasitemi etkileyecek şekilde değişirse, My Aged Care ile iletişime geçeceğim.

Yes [Evet] No [Hayır]

Supporting Documents [Destekleyici Belgeler]

Yetkinizin geçerli olduğunu kanıtlamak için yasal belgenizin bir kopyasını ve gerekiyorsa müşteriyle ilgili tıbbi belgeleri ekleyin.

Geçerli ve atanmış karar vericiler hakkında daha fazla bilgi için lütfen My Aged Care'in internet adresini ziyaret edin:
<https://www.myagedcare.gov.au/registering-supporter/appointed-decision-makers>

When will the relationship start (DD/MM/YYYY)?
[İlişkinin başlama tarihi (Gün/Ay/Yıl)?]

When will this relationship end (DD/MM/YYYY or leave blank if no end date)? [İlişkinin bitiş tarihi (Gün/Ay/Yıl) veya bitiş tarihi yoksa boş bırakın]

Conflict of Interest [Çıkar Çatışması]

Bu formda adı geçen müşteri için destek kişisi olarak hareket ederken bir çıkar çatışmanız (gerçek, potansiyel veya algılanan) varsa, lütfen BÖLÜM E'deki Çıkar Çatışması Beyanını doldurun; çatışmanın nasıl önleneceğini veya yönetileceğini de belirtin.

Olası destek kişileri, bu formda adı geçen ve desteklemek istedikleri müşteri ile, herhangi bir Çıkar Çatışmasını ve çatışmanın nasıl önleneceğini veya yönetileceğini görüşmelidir.

Çıkar Çatışmasının ne olduğu hakkında daha fazla bilgi için şu adresi ziyaret edebilirsiniz: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Bu formda adı geçen müşteri için destek kişisi olarak hareket ederken (gerçek, potansiyel veya algılanan) bir çıkar çatışması yaşıyorum.

Yes (provide details in PART E)
[Evet (Ayrıntıları BÖLÜM E'de belirtin)]

No (do not fill in PART E) [Hayır (BÖLÜM E'yi doldurmayın)]

I declare that: [Beyan ederim ki:]

- Destek kişisi kaydını gönüllü olarak yaptırıyorum.
- My Aged Care'e verdiğim bilgiler doğru, eksiksiz ve gerçeğe uygundur.

I understand and have read: [Aşağıdakileri anladım ve okudum:]

- Bu formun 7. sayfasında belirtilen kayıtlı destek kişinin görevlerini anladım ve okudum.
- Bu formun 7. sayfasında belirtilen, My Aged Care'e kayıt olmanın şart ve koşullarını anladım ve okudum.

Prospective supporter's full name [Olası destek kişinin Adı ve Soyadı]

Prospective supporter's full name [Olası destek kişinin imzası]

Date signed [İmza tarihi]

PART E - Conflict of Interest Declaration [BÖLÜM E: Çıkar Çatışması Beyanı]

Çıkar Çatışması

Bu formda adı geçen müşteri için kayıtlı destek kişisi olarak hareket ederken bir çıkar çatışmanız (gerçek, potansiyel veya algılanan) varsa lütfen aşağıda belirtin. Ayrıca bu çatışmanın nasıl önleneceğini veya yönetileceğini açıklayın. Olası destek kişileri, bu formda adı geçen ve desteklemek istedikleri müşteri ile, herhangi bir çıkar çatışmasını ve çatışmanın nasıl önleneceğini veya yönetileceğini görüşmelidir.

Çıkar Çatışmasının ne olduğu hakkında daha fazla bilgi için şu adresi ziyaret edebilirsiniz: <https://www.health.gov.au/resources/collections/registered-supporter-resources>

Önceden kayıtlı bir destek kişisi misiniz?

Eğer halihazırda kayıtlı bir destek kişisiyseniz ve mevcut ilişkinizle ilgili bir çıkar çatışması beyan ediyorsanız, lütfen aşağıdaki kimlik bilgilerinizi de verin. **Zaten** kayıtlıysanız, BÖLÜM E'yi Aged Care'in Kayıtlı Destek Kişileri internet sayfasındaki çevrimiçi gönderim formu aracılığıyla Sistem Yöneticisine iletebilirsiniz:

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

Aged Care Client's Details

[Yaşlı Bakım Müşterisinin Bilgileri]

Last name [Soyadı]

First name [Adı]

Date of Birth [Doğum Tarihi]

Aged Care (AC) ID (if known)

[Yaşlı Bakım Kimliği (biliniyorsa)]

Supporter's Details [Destek Kişisinin Bilgileri]

Last name [Soyadı]

First name [Adı]

Date of Birth [Doğum Tarihi]

Aged Care (AC) ID (if known)

[Yaşlı Bakım Kimliği (biliniyorsa)]

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

[Çıkar Çatışmasının detayları ve bu çatışmayı yönetmek veya önlemek için önerilen yöntemleri yazın:]

(Lütfen bunu İngilizce olarak doldurun veya bir çevirmen eşliğinde bu beyanı yapmak için My Aged Care çağrı merkezini arayın)

Prospective/Registered Supporter to complete: [Olası/Kayıtlı Destek Kişisi tarafından doldurulacak:]

I agree that: [Aşağıdaki beyanı kabul ediyorum:]

Çıkar çatışmam, bu formda adı geçen müşteri veya onların geçerli ve atanmış karar vericisi ile de paylaşılabilir.

Prospective Supporter or Supporter's Signature

[Olası Destek kişisi/kişilerinin İmzası]

Date Signed

[İmza Tarihi]

My Aged Care ve Department of Health, Disability and Ageing, sizin veya desteklediğiniz bir kişinin yaşlı bakım veya ilgili hizmetlere erişimini sağlamak amacıyla kişisel bilgilerinizi toplar. Kişisel bilgilerinizin nasıl kullanıldığı hakkında daha fazla bilgi için My Aged Care internet sitesini ziyaret edin: <https://www.myagedcare.gov.au/privacy>

Registered Supporter Duties under the Aged Care Act 2024 [Aged Care Act 2024 uyarınca kayıtlı destek kişinin sorumlulukları]

Tüm kayıtlı destek kişileri, Kanun kapsamında uymaları gereken yükümlülüklerle sahiptir. Kayıtlı destek kişileri, bu yükümlülükleri yerine getirirken dürüst, özenli ve iyi niyetli şekilde hareket etmek zorundadır. Bu yükümlülükler, yaşlı bireyin güvenliğini, haklarını, iradesini ve tercihlerini korumayı ve desteklemeyi amaçlamaktadır.

Kayıtlı destek kişileri aşağıdaki yükümlülüklerle uymak zorundadır:

- Destek sağladıkları yaşlı bireyin iradesini ve tercihlerini, ayrıca kişisel, kültürel ve sosyal refahını destekleyecek şekilde hareket etmek.
- Yaşlı bireyin kendi kararlarını verebilmesi için yalnızca gerekli olduğu ölçüde destek sağlamak.
- Yaşlı bireyin kendi kararlarını verme yeteneğini sürdürmesini sağlamak için azami çabayı göstermek.
- Üstlendiği görev kapsamında sahip olabileceği her türlü çıkar çatışmasını (gerçek, olası veya algılanan) önlemek ya da yönetmek ve ortaya çıkması halinde bu durumu Sistem Yöneticisine bildirmek.

Ayrıca, kayıtlı destek kişisi, aşağıdaki hususları etkileyecek veya etkileyebilecek herhangi bir durum ortaya çıktığında Sistem Yöneticisini bilgilendirmekle yükümlüdür:

- Kayıtlı destek kişisi olarak görev yapabileceği durumu
- Sistem Yöneticisi tarafından kendisine iletilen yükümlülüklerini ya da her türlü gereklilik veya bildirim uyma kapasitesini
- Sistem Yöneticisi tarafından kendisiyle iletişime geçilebilmesini.

Kayıtlı destek sağlayan kişi sıfatıyla talep edilen, alınan veya iletilen bilgiler amacı dışında kullanılamaz.

Bazı kayıtlı destek kişileri, ayrıca vesayet, genel vekaletname veya benzeri yasal yetkilere sahiptir. Bu kişiler, yaşlı kişi için atanmış karar vericilerdir ve federal, eyalet veya bölge düzenlemeleri kapsamında yaşlı kişi adına karar alabilirler. Atanmış bir karar verici, yalnızca sahip olduğu geçerli ve yürürlükteki yasal yetki kapsamında yaşlı birey adına karar verebilir.

Terms and Conditions of My Aged Care [My Aged Care Şartları ve Koşulları]

Genel (tüm taraflar)

Aşağıdakileri anladığımı beyan ederim:

- Kayıtlı destek kişisi olmak veya benim için bir kayıtlı destek kişisi atanmasını talep etmek, taraflardan herhangi birinin halihazırda My Aged Care kaydı yoksa, destek ilişkisine taraf olan kişiler için bir kayıt oluşturulmasına yol açacaktır. Destek ilişkisi, kayıtlı olması halinde Aged Care Act 2024 (Cth) kapsamına girer.
- Adres ve iletişim bilgilerimdeki değişiklikleri ve bana destek sağlamak üzere kayıt yaptıran kişinin ya da destek sağlamak üzere kayıt yaptırdığım kişinin koşullarındaki değişiklikleri My Aged Care'e bildirmem gerekir.
- Yanlış veya yanıltıcı bilgi vermenin ciddi bir suç olduğunu biliyorum.
- Bu kaydı istediğim zaman My Aged Care'i 1800 200 422 numarasından arayarak, Çevrim İçi Hesabım üzerinden ya da bir Aged Care Specialist Officer veya değerlendirici aracılığıyla iptal etmeyi talep edebilirim.

Müşteri

Aşağıdakileri anladığımı kabul ederim; My Aged Care:

- Hakkımdaki bilgileri, bana destek sağlayan kayıtlı kişiden toplayabilir.
- My Aged Care'deki, benimle ilgili gelişmeler dahil olmak üzere, bilgi veya belgeleri benim kayıtlı destek kişiye verebilir.
- Benim kayıtlı destek kişim benim adıma ilettiği bilgilere dayanarak işlem yapabilir.

My Aged Care, yukarıda belirtilen işlemleri bilinen istek ve tercihlerime uygun olarak veya kanunun izin verdiği ölçüde yerine getirebilir.

Kayıtlı destek kişisi

Aşağıdakileri anladığımı beyan ederim:

- My Aged Care'den yasalarca gerekmediği takdirde, elde ettiğim tüm bilgiler gizli tutulmalıdır ve destek sağlanan kişinin izni olmaksızın yetkisiz kişilerle paylaşılamaz.
- Kayıtlı destek kişisi sıfatıyla yapılan tüm işlemler, destek sağlanan kişinin iradesi ve tercihleriyle uyumlu olmalıdır.
- Kişisel bilgilerim My Aged Care tarafından toplanır ve değerlendiriciler, hizmet sağlayıcılar, kuruluşlar, sağlık profesyonelleri, Aged Care Quality and Safety Commission [Yaşlı Bakımı Kalite ve Güvenlik Komisyonu] ve aynı kişiye destek sağlayan diğer kayıtlı kişilerle paylaşılabilir.
- Destek sağlama sürecinin yürütülmesini sağlamak amacıyla, isim ve telefon numaram diğer kayıtlı destek sağlayan kişiler ve kuruluşlarla paylaşılabilir.

Eğer ben ilk irtibat kişisi olarak belirlenmişsem, kayıtlı olduğum kişi için My Aged Care ile yapılacak telefon görüşmelerinde ilk temas noktası olurum.