# برنامج الرعاية الانتقالية

يعطيك هذا الكتيّب معلومات عن برنامج الرعاية الانتقالية [Transition Care Program] (TCP)، كما يوضّح لك حقوقك وواجباتك وما يمكنك أن تتوقعه من البرنامج.

**معلومات التواصل معنا**

|  |  |
| --- | --- |
| مديرة الحالة: جين دو [Jane Doe]  XXXX XXX XXX (هاتف محمول)  بريد إلكتروني (إيميل): jane.doe@email.com | مدير برنامج الرعاية الانتقالية  هاتف: 2307 9595 03  بريد إلكتروني (إيميل): TCP@health.vic.gov.au |

 **نزّل هذه الاتفاقية إلى حاسوبك (جهاز الكمبيوتر الخاص بك)**

امسح رمز الاستجابة السريعة [QR code]

للحصول على هذا الكتيّب بشكل آخر يرجى إرسال رسالة إلكترونية (إيميل) على العنوان التالي: [TCP@health.vic.gov.au](mailto:TCP@health.vic.gov.au) <TCP@health.vic.gov.au>



تمّ ترخيصه ونشره من قبل حكومة ولاية فيكتوريا الكائنة في العنوان:

© (حقوق النشر محفوظة) وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، ولاية فيكتوريا، أستراليا، كانون الثاني/يناير 2023.

يمكن الحصول عليه من الموقع الإلكتروني: [www.health.vic.gov.au/publications/tcp-information-and-client-agreement-english](http://www.health.vic.gov.au/publications/tcp-information-and-client-agreement-english)

متاح بشكل وثيقة وورد (word document)‏: DOCX

# ‏ما هو برنامج الرعاية الانتقالية (TCP)؟

يساعدك برنامج الرعاية الانتقالية خلال فترة التعافي بعد زيارة مشفى، كما يساعدك على الحصول على استقلالية ويربطك بالدعم الذي تحتاجه.

### **آلية عمل البرنامج**

1. ستقرر خدمات تقييم رعاية المسنين (ACAS) ما إذا كنت مؤهلًا للحصول على خدمات برنامج الرعاية الانتقالية.
2. ستحتاج إلى إكمال وتوقيع اتفاقية برنامج الرعاية الانتقالية.
3. يبدأ البرنامج حالما تنتهي زيارتك للمشفى.
4. ستحصل على الدعم لمدة قد تصل إلى **12 أسبوعًا** (أي 84 يوم) خلال فترة تعافيك في المنزل أو مركز رعاية المسنين أو المشفى.
5. ستحصل على خطة رعاية والتي ستوضّح لك الخدمات التي ستحصل عليها.
6. بإمكانك التنقل بين أماكن مختلفة، أو تغيير طبيعة الرعاية، بحسب احتياجاتك.
7. ستحصل على مساعدة لإيجاد اختيارات الرعاية للمدى الطويل إن كنت بحاجة لتلك الرعاية.

### **هناك نوعان من الرعاية التي قد تحصل عليها من خلال البرنامج، وهي:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house **الرعاية في المنزل**  ستحصل على الرعاية في منزلك.  قد تضم الخدمات ما يلي:   * التمريض وفرص استراحة لراعيك في المنزل * مساعدة في التنظيف وتحضير الوجبات والاستحمام * حجز المواعيد الطبية * التوصيل إلى المواعيد أو الأنشطة الاجتماعية * علاج من مقدمي العلاجات المساعدة كالعلاج الطبيعي * أدوات دعم مثل درابزين أو منحدر للمساعدة على المشي، أو لوازم التحكم في سلس البول أو الخروج.  **الرسوم** ستحتاج لدفع 17.5% من المعاش التقاعدي الفردي للمسنين الحالي الخاص بك عن كل يوم. |  | An icon of a bed **الرعاية السريرية**  ستحصل على هذه الرعاية في المشفى أو مركز رعاية المسنين  قد تضم الخدمات ما يلي:   * التمريض والدعم حسب الحاجة * مساعدة في أخذ الدواء * مساعدة في الأنشطة اليومية كالاستحمام والمشي * دعم حالات الخرف * حجز المواعيد الطبية * علاج من مقدمي العلاجات المساعدة كالعلاج الطبيعي  **الرسوم** ستحتاج لدفع 85% من معاش التقاعدي الفردي للمسنين الخاص بك عن كل يوم.  كما ستحتاج دفع ثمن أدويتك التي يصفها الطبيب والتي ستشتريها من صيدليتك المفضلة. |

**لايشمل** البرنامج الخدمات التالية:

✗ التحليل والأشعة (مثل تحليل الدم والتصوير الشعاعي x-rays)

✗ التنقل بسيارة الإسعاف إلى المشفى أو منه

✗ الأدوية الموصوفة من طبيب أو رسوم الصيدلية

✗ أجور مواعيد الأطباء.

# ما يمكنك أن تتوقعه من البرنامج

لكي تستفيد من برنامج الرعاية الانتقالية على أفضل وجه سيكون لديك حقوق وواجبات مختلفة.

|  |  |
| --- | --- |
| ما هي وظيفة مدير الحالة؟ إن مدير الحالة الخاص بك هو أول نقطة اتصال للتواصل معها، وهو الشخص الداعم لك ومَن يُداعي بالنيابة عنك خلال فترة البرنامج.  باستطاعة مدير الحالة مساعدتك في الأمور التالية:   * وضع خطة الرعاية وتجديدها بحسب احتياجاتك * اتخاذ القرارات التي تؤثر على رعايتك * المداعاة عما تحتاج إليه وتقديم الدعم المعنوي لك * مشاركة الملاحظات حول رعايتك والعمل بموجبها. * التخطيط لرعايتك مقدمًا آخذًا بعين الاعتبار معتقداتك وقيمك بحيث يستطيع فريق الرعاية اتخاذ القرارات بالنيابة عنك إن لم يكن باستطاعتك أخذ تلك القرارات. * وضع خطة الخروج من البرنامج وترتيب أمور الرعاية على المدى الطويل   لن يتخذ مدير الحالة القرارات المتعلقة بالعناية الطبية فيما يتعلق برعايتك، وستعمل بنفسك مع مهنيي الصحة في فريق الرعاية الخاص بك للقيام بذلك. | ماذا يتوجب عليّ ان أفعل؟ كعضو في البرنامج، سيكون لديك مسؤوليات مختلفة، وسيتوجب عليك ما يلي:   * المشاركة الفعالة في وضع أهداف خطة الرعاية الخاصة بك * أن تكون مسؤولًا عن تصرفاتك واختياراتك فيما يتعلق بالرعاية * إخبار مدير الحالة بما تحتاج إليه، وطلب المساعدة إن احتجت أي شيء * إخبار فريق الرعاية إن كان لديك أي متطلبات خاصة (على سبيل المثال إن كنت تود التدخين سواء سجائر تقليدية أو إلكترونية، أو إن كنت تود شرب الكحول) * أن تتعامل مع فريق الرعاية باحترام كما تود أن تُعامل   تأمين مكانًا آمنًا وصحيًا لأعضاء فريق الرعاية إن كنت تتلقى الرعاية في المنزل |
| كيف سيتمّ مشاركة معلوماتي؟ عندما تُكمل وتوقّع الاتفاق فإنك تُعطي لنا السماح بمشارك معلوماتك مع مَن يلي:   * طبيب العائلة ومهنيو الصحة ووكالة رعاية المسنين ومقدمو الخدمات الآخرين، وذلك ليكون باستطاعتنا تقديم الرعاية التي ستحتاج إليها. * وزارة الصحة ورعاية المسنين الفدرالية [Commonwealth Department of Health and Aged Care]، ومفوضية جودة وأمان رعاية المسنين [Aged Care Quality and Safety Commission]، ووزارة الصحة في ولاية فيكتوريا [Victorian Department of Health]؛ لكي يستطيعوا تمويل وتقييم نجاح البرنامج. | ما هي حقوقي؟ إن حقوق المشتركين في برنامج الرعاية الانتقالية محمية بموجب ما يلي:   * مدوّنة حقوق رعاية المسنين [Charter of Aged Care Rights] * قانون رعاية المسنين الفيدرالي لعام 1997 [Commonwealth Aged Care Act 1997]، وقانون رعاية المسنين (أحكام انتقالية) لعام 1997 [Aged Care (Transitional Provisions) Act 1997]، والقواعد المدرجة بموجب تلك القوانين. * قانون مدوّنة حقوق الإنسان وواجبته لعام 2006 [Victorian Charter of Human Rights and Responsibilities Act 2006] * قانون الخصوصية وحماية البيانات في ولاية فيكتوريا لعام 2014 [Victorian Privacy and Data Protection Act 2014] * قانون السجلات الصحية في ولاية فيكتوريا لعام 2001 [Victorian Health Records Act 2001] * قانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1988 [Commonwealth Privacy Act 1988] |

## 

# الرسوم والمدفوعات

بالرغم من أن برنامج الرعاية الانتقالية في الغالب مُموّل من قبل الحكومة إلا أنه **سيتوجب** عليك دفع رسم ليغطي جزء من تكلفة الرعاية المقدمة إليك.

|  |  |
| --- | --- |
| ما عليّ أن أدفعه؟ سيتوجب عليك دفع رسوم بحسب نوع الرعاية التي ستتلقاها، وهي: | ماذا لو لم يكن باستطاعتي الدفع؟ تتمتع رسوم برنامج الرعاية الانتقالية بالمرونة بحسب ظروفك الخاصة، فإن لم يكن باستطاعتك دفع الرسم فستظل مؤهلًا للانضمام إلى البرنامج.  باستطاعتك التحدّث إلى مدير الحالة عن الاختيارات المختلفة المتاحة لك بما في ذلك تخفيض الرسوم أو إعطائك مهلة أطول للدفع. كيف سأدفع الرسوم؟ ستُرسل لك فاتورة ومعلومات إضافية عن طرق الدفع بعدما تبدأ البرنامج.  ستضم هذه الفاتورة رسمًا عن كل يوم تشارك فيه في البرنامج بما في ذلك الأيام التي لا تحصل فيها على الرعاية؛ كعطلة نهاية الأسبوع على سبيل المثال. |
| |  |  | | --- | --- | | An icon of a home | **الرعاية في المنزل:**  إن كنت تتلقى خدمات البرنامج في المنزل فعليك دفع **17.5%** من معاشك التقاعدي الفردي للمسنين عن كل يوم. | |  |  | | An icon of a bed | **الرعاية السريرية:**  إن كنت تتلقى خدمات البرنامج في مركز رعاية مسنين أو مشفى فعليك دفع **85%** من معاشك التقاعدي الفردي للمسنين الحالي عن كل يوم.  كما ستحتاج دفع ثمن أدويتك التي يصفها الطبيب والتي ستشتريها من صيدليتك المفضلة. | |
| إن لم يكن لديك معاشًا تقاعديًا فعليك دفع *رسومًا يوميةً* تعادل النسبة الموضحة أعلاه.  إن برنامج TCP**ليس** مُغطّى من قبل:  ✗ تأمين الرعاية الصحية العام [Medicare]  ✗ التأمين الصحي الخاص  ✗ وزارة شؤون المحاربين القدماء [Department of Veterans Affairs] | ماذا لو أردت أخذ استراحة من البرنامج؟ بإمكانك الحصول على استراحة من البرنامج لمدة أقصاها 7 أيام، وقد تشمل إجازة للاشتراك بأنشطة اجتماعية أو إن كنت بحاجة للرجوع إلى المشفى، ويرجى الملاحظة بأن أخذ الإجازة لا يُغيّر تاريخ انتهاء اشتراكك في البرنامج.  بإمكانك أخذ الإجازة من البرنامج كيوم واحد أو مجموعة من الأيام المتتالية، وعليك دفع رسوم عن الأيام التي تأخذها كإجازة من البرنامج. |

# 

# من أين تحصل على المساعدة؟

إن **مدير الحالة** هو نقطة الاتصال الرئيسية فيما يتعلق بالبرنامج، ولكن بإمكانك التواصل مع منظمات أخرى للحصول على أشكال دعم أخرى.

|  |  |
| --- | --- |
| للمعلومات والدعم المتعلق بخدمات رعاية المسنين تواصل مع: **وكالة رعاية المسنين [My Aged Care]**  هاتف: 422 200 1800  من 8:00 صباحًا لغاية 8:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة.  من 10:00 صباحًا لغاية 2:00 بعد الظهر يوم السبت.  [موقع الإنترنت: www.myagedcare.gov.au](http://www.myagedcare.gov.au) | إن كنت بحاجة لنصائح أو لشخص ليتحدث بالنيابة عنك **الخط الوطني للمداعاة بموضوع رعاية المسنين [National Aged Care Advocacy Line]**  هاتف: 600 700 1800  [موقع الإنترنت: health.gov.au/our-work/national-aged-care-advocacy-program-nacap](https://www.health.gov.au/our-work/national-aged-care-advocacy-program-nacap)  **تأييد حقوق المسنين [Elder Rights Advocacy]**  هاتف: 3066 6902 03  [موقع الإنترنت: era.asn.au](https://era.asn.au/) |
| للصم أو الأشخاص الذين يُعانون ضعف سمع أو صعوبة في التكلم والذين يستخدمون الهاتف: **خدمة التتابع الهاتفي الوطنية**  رقم الهاتف: 77 36 13 |  |
| للشكاوى والتحفظات والملاحظات أو التعقيبات عن البرنامج: **مكتب مفوّض الشكاوى الصحية [Health Complaints Commissioner]**  هاتف: 113 582 1300  [موقع الإنترنت: hcc.vic.gov.au](https://hcc.vic.gov.au/)  **مفوضية جودة وأمان رعاية المسنين [Aged Care Quality and Safety Commission]**  هاتف: 822 951 1800  [موقع الإنترنت: www.agedcarequality.gov.au](http://www.agedcarequality.gov.au/) |  |

## 

# اتفاقية برنامج الرعاية الانتقالية [Transition Care Program (TCP)] الحقوق والواجبات

##### تفاصيل خدمات برنامج الرعاية الانتقالية (TCP)

###### يرجى إكمال الاستمارة باستخدام حروف منفصلة

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| اسم متلقّي الرعاية |  | مقدم خدمات TCP |
|  |  |  |

##### طبيعة الرعاية

###### يرجى وضع علامة🅇 على اختيار واحد فقط

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**  An icon of a bed **رعاية سريرية**   |  | | --- | | في مكان تقديم برنامج TCP | |  | |  | ☐  An icon of a home **الرعاية في المنزل** |

##### يوافق متلقّي الرعاية على ما يلي:

###### يُرجى قراءة كل إقرار ووضع علامة 🅇 على كل مربع.

###### بإمكانك إكمال خطة الرعاية هذه بنفسك كمتلقّي الرعاية أو يمكن لشخص آخر ملئها بالنيابة عنك (على سبيل المثال مقدم الرعاية أو الزوج)

☐ أنه سينضم إلى البرنامج

بما في ذلك إن كان مُسجلًا على لائحة الانتظار لبدء برنامج الرعاية الانتقالية.

☐ أنه يفهم كيف ستتم مشاركة معلوماته الشخصية

سيتم مشاركة المعلومات مع مهنيي الصحة ووكالة رعاية المسنين والحكومة.

☐ أنه يعرف ما هي حقوقه

بما في ذلك حقوقه بموجب مدوّنة حقوق رعاية المسنين.

☐ أنه يعرف ما هي واجباته

بما في ذلك العمل مع مدير الحالة لوضع خطة الرعاية وخطة الخروج من البرنامج.

☐ أنه يعلم أن باستطاعته أو باستطاعة مقدم الخدمات إعادة النظر في هذه الاتفاقية لإجراء التعديلات

على كلا الطرفين؛ مقدم الخدمة ومتلقّي الرعاية، الموافقة على أي تعديلات خطيًا.

☐ أنه على علم أن باستطاعته أو باستطاعة مقدم الخدمة إنهاء هذا الاتفاق في أي وقت

إن أراد أي مِن متلقّي الرعاية أو مقدم الخدمة إنهاء البرنامج فباستطاعة مدير الحالة شرح اختيارات الرعاية الأخرى المتاحة والتأكد من الالتزام بفترة الإشعار.

# اتفاقية برنامج الرعاية الانتقالية [TCP] الرسوم والدفعات

##### الرسوم والفواتير

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| رسم الرعاية اليومي |  | ستُصدر الفواتير من قبل |
| $ |  |  |

##### اتفاق الرسوم والدفعات

###### يُرجى قراءة كل إقرار ووضع علامة 🅇 على كل مربع للموافقة.

###### بإمكانك إكمال خطة الرعاية هذه بنفسك كمتلقّي الرعاية أو يمكن لشخص آخر ملئها بالنيابة عنك (على سبيل المثال مقدم الرعاية أو الزوج)

☐ أنا الشخص الذي سيدفع رسوم برنامج TCP

☐ أنا على علم بأن الرسوم اليومية تشمل عطلة نهاية الأسبوع والأيام التي لا أتلقى فيها الخدمات

☐ أنا على علم أنه باستطاعتي أن أطلب من مدير الحالة أن يُعيد النظر في الرسوم في حال لم يكن باستطاعتي دفع الرسوم.

☐ أنا على علم بأن الرسوم لا تُغطّى من قبل تأمين الرعاية الصحية العامة [Medicare] أو التأمين الصحي الخاص أو وزارة شؤون المحاربين القدماء

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **للرعاية السريرية فقط**  ☐ سأدفع ثمن أي أدوية قد أحتاج إليها  ستستلم فواتير عن الأدوية الموصوفة لك من قبل طبيب خلال فترة مشاركتك في البرنامج.  ☐ أنا على علم بأن ثمن الأدوية سيُحدد من قبل الصيدلية التي أختارها   |  | | --- | | اسم الصيدلية | |  |  |  | | --- | | عنوان الصيدلية | | رقم المحل واسم الشارع | |  | | الضاحية أو المدينة | |  | | الولاية والرمز البريدي | |  | |

# اتفاقية برنامج الرعاية الانتقالية (TCP) التفاصيل النهائية والتوقيع

##### تفاصيل دافع الرسوم

###### يرجى إكمال الاستمارة باستخدام حروف منفصلة

|  |
| --- |
| الاسم الكامل |
|  |

###### 

|  |
| --- |
| العنوان |
| رقم المنزل واسم الشارع |
|  |
| الضاحية أو المدينة |
|  |
| الولاية والرمز البريدي |
|  |

###### 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| رقم الهاتف |  | عنوان البريد الإلكتروني (إيميل) |
|  |  |  |

##### أود أن أستلم الفاتورة عن طريق:

###### يرجى وضع علامة🅇 على اختيار واحد فقط

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ البريد العادي (فاتورة ورقية)** |  | **البريد الإلكتروني (إيميل)** |

##### التوقيع والتاريخ

###### بإمكانك توقيع خطة الرعاية هذه بنفسك كمتلقّي الرعاية أو يمكن لشخص آخر توقيعها بالنيابة عنك (على سبيل المثال مقدم الرعاية أو الزوج)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| التوقيع |  | التاريخ |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **النائب فقط**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | لم لا يستطيع متلقّي الرعاية توقيع الاتفاقية بنفسه؟ |  | ما هي علاقتك مع متلقّي الرعاية؟ (مثال: مقدم رعاية، زوج) | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | توقيع الشاهد |  | التاريخ | |  |  |  | |

|  |
| --- |
| تمّ إكمال الاتفاقية مع الموظف (التوقيع / الوظيفة / الاسم بحروف متقطعة) |
|  |