# Program prijelazne skrbi

Ova knjižica pruža vam informacije o Programu prijelazne skrbi (TCP). Također objašnjava vaša prava, odgovornosti i što možete očekivati.

**Kontaktirajte nas**

|  |  |
| --- | --- |
| Voditelj slučaja: Jane Doe  XXXX XXX XXX (mobilni)  jane.doe@email.com | Voditelj programa prijelazne skrbi  03 9595 2307  TCP@health.vic.gov.au |

 **Preuzmite ovaj ugovor na svoje računalo**

Skenirajte QR kod

Za primanje ovog dokumenta u drugom formatu pošaljite email na: [TCP@health.vic.gov.au](mailto:TCP@health.vic.gov.au) <TCP@health.vic.gov.au>



Ovlastila i objavila Viktorijska vlada, 1 Treasury Place, Melbourne.

© State of Victoria, Australia, Department of Health, January 2023.

Dostupno na: [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)

Dostupni format: DOCX

# Što je Program prijelazne skrbi (TCP)?

TCP vam može pomoći da se oporavite nakon boravka u bolnici, steknete neovisnost i poveže vas s podrškom koja vam je potrebna.

### **Na koji način se to odvija**

1. Aged Care Assessment Service (ACAS) će potvrditi možete li dobiti TCP usluge.
2. Morat ćete ispuniti i potpisati TCP sporazum.
3. Program počinje čim završite boravak u bolnici.
4. Možete dobiti podršku do **12 tjedana** (84 dana) dok se oporavljate kod kuće, u ustanovi za starije osobe ili bolnici.
5. Imat ćete plan skrbi koji će opisati vrste usluga koje ćete dobiti.
6. Možete se kretati između različitih lokacija ili vrsta skrbi kako se vaše potrebe mijenjaju.
7. Dobit ćete pomoć u pronalaženju mogućnosti dugotrajnije skrbi ako vam je potrebna.

### **U programu postoje dvije vrste skrbi koje možete dobiti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house**Kućna njega**  Dobit ćete njegu u svom domu.  Usluge mogu uključivati:   * Pomoć bolničarki i zamjenu za njegovatelje u kući * Pomoć oko čišćenja, obroka ili kupanja * Organiziranje liječničkih pregleda * Vožnju na preglede ili društvene aktivnosti * Terapiju od srodnog zdravstvenog osoblja, kao što je fizioterapeut * Pomoćnu opremu kao što su rukohvati, rampe ili pomagala za inkontinenciju  **Pristojbe** Trebat ćete platiti 17.5% vaše trenutne mirovine za samca po danu. |  | An icon of a bed **Njega u krevetu**  Njegu ćete dobiti u bolnici ili ustanovi za smještaj starijih osoba.  Usluge mogu uključivati:   * Njegu medicinskih sestara i pomoć na poziv * Pomoć kod uzimanja lijekova * Pomoć u svakodnevnim poslovima poput kupanja ili šetnje * Podršku kod demencije * Organiziranje liječničkih pregleda * Terapiju od srodnog zdravstvenog osoblja, kao što je fizioterapeut  **Pristojbe** Trebat ćete platiti 85% vaše trenutne mirovine za samca po danu.  Također ćete morati platiti sve lijekove na recept koje kupujete u svojoj odabranoj ljekarni. |

Program **ne uključuje** usluge poput:

✗ laboratorijskih pretraga ili radiologije (poput krvnih pretraga ili rendgenskih snimanja)

✗ prijevoza vozilom hitne pomoći do ili iz bolnice

✗ lijekova na recept ili pristojbi za ljekarnu

✗ preglede kod liječnika opće prakse

# Što očekivati od programa

Da biste maksimalno iskoristili TCP, imat ćete različita prava i odgovornosti.

## Što će raditi moj voditelj slučaja?

Vaš voditelj slučaja vaš je ključni kontakt, podrška i zagovornik tijekom programa.

Voditelj slučaja može vam pomoći:

* napraviti plan skrbi i ažurirati ga prema vašim potrebama
* donositi odluke koje se tiču vaše skrbi
* zagovarati vaše potrebe i dati vam emocionalnu podršku
* podijeliti i procesuirati povratne informacije o vašoj njezi
* planirati svoju skrb unaprijed, uključujući razumijevanje vaših vrijednosti i uvjerenja kako bi vaš tim za skrb mogao donositi odluke u vaše ime, ako to niste u mogućnosti učiniti sami
* napraviti plan otpusta i postaviti dugoročnu podršku.

Vaš voditelj slučaja neće donositi medicinske odluke o vašoj skrbi. Na tome ćete raditi s medicinskim stručnjacima u vašem timu za njegu.

## Na koji način će se moji osobni podaci dijeliti s drugima?

Kada ispunite i potpišete ugovor, dajete nam dopuštenje da razmijenimo vaše podatke s:

* vašim liječnikom opće prakse, zdravstvenim radnicima, organizacijom My Aged Care i drugim pružateljima usluga, kako bismo mogli zadovoljiti vaše potrebe za skrbi
* Ministarstvom za zdravstvo i skrb o starijim osobama Commonwealtha, Komisijom za kvalitetu i sigurnost skrbi za starije osobe i Ministarstvom zdravstva Viktorije, kako bismo mogli financirati program i mjeriti njegov uspjeh

## Što trebam učiniti?

Unutar programa imat ćete različite odgovornosti. Morat ćete:

* aktivno raditi prema ciljevima svog plana skrbi
* biti odgovorni za vlastite postupke i izbore
* reći svom voditelju slučaja što trebate. Ako u vezi nečega trebate pomoć, pitajte.
* Recite svom timu za skrb ako imate određeni zahtjev (npr. želite li pušiti cigarete, koristiti 'vape' ili piti alkohol)
* Ponašajte se prema svom timu za skrb s poštovanjem, onako kako biste željeli da se postupa prema vama.
* Osigurajte svom timu za skrb sigurno i zdravo mjesto za rad ako se oporavljate kod kuće.

## Koja su moja prava?

Svim TCP klijentima, njihova prava štiti:

* Povelja o pravima na skrb o starijim osobama
* Zakon Commonwealtha o skrbi za starije osobe iz 1997., Zakon o skrbi za starije osobe (prijelazne odredbe) iz 1997. i načela donesena na temelju zakona
* Viktorijska povelja o ljudskim pravima i odgovornostima iz 2006.
* Viktorijski zakon o privatnosti i zaštiti podataka iz 2014.
* Viktorijski zakon o zdravstvenoj evidenciji iz 2001.
* Zakon Commonwealtha o privatnosti iz 1988.

# Pristojbe i plaćanja

Dok TCP uglavnom financira vlada, vi **ćete** morati platiti naknadu za troškove svoje skrbi.

## Što ću morati platiti?

Morat ćete platiti naknade na temelju vrste skrbi koju ćete dobiti:

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | Za **njegu u krevetu** Ako ste u programu kod kuće, morat ćete platiti **17.5%** vaše trenutne mirovine za samca po danu. |
|  |  |
| An icon of a bed | Za **njegu u krevetu** Ako ste u programu u ustanovi ili bolnici za starije osobe, morat ćete platiti **85%** vaše trenutne mirovine za samca po danu.  Također ćete morati platiti sve lijekove na recept koje kupujete u svojoj odabranoj ljekarni. |

Ako nemate mirovinu, morat ćete platiti *dnevnu pristojbu* koja je jednaka gore navedenom postotku.

TCP **nije** pokriven kroz:

✗ Medicare

✗ privatno zdravstveno osiguranje

✗ Ministarstvo za poslove vojnih veterana

## Što ako ne mogu platiti?

TCP pristojbe mogu biti fleksibilne na temelju vaših jedinstvenih okolnosti. Ako ne možete platiti pristojbu, još uvijek možete biti dio programa.

Možete razgovarati sa svojim voditeljem slučaja o različitim opcijama, uključujući smanjenje troškova ili traženje dodatnog vremena za plaćanje.

## Kako ću plaćati?

Nakon početka programa dobit ćete račun i više informacija o načinu plaćanja.

Ovaj račun će uključivati naknadu za svaki dan kada ste u programu, uključujući dane kada možda nećete dobiti skrb, kao što je vikend.

## Što ako trebam uzeti dopust?

Možete uzeti do 7 dana dopusta, što može uključivati slobodno vrijeme za društvene aktivnosti ili ako se trebate vratiti u bolnicu. Uzimanje dopusta neće promijeniti datum završetka vašeg programa.

Ovo vrijeme možete koristiti kao pojedinačne dane ili kao dulje cjelovito razdoblje. Morat ćete platiti naknade za dane kada napravite pauzu u programu.

# 

# Gdje potražiti pomoć

Vaš **voditelj slučaja** je vaš ključni kontakt za program, ali također možete stupiti u kontakt s drugim organizacijama za različite vrste podrške.

## Za informacije i podršku glede usluga skrbi za starije osobe

**My Aged Care**

1800 200 422

8:00 do 20:00 sati od ponedjeljka do petka



subotom od 10:00 do 14:00 sati

 [www.myagedcare.gov.au](http://www.myagedcare.gov.au)

## Za osobe koje su gluhe i/ili slabo čuju ili teže razgovaraju preko telefona

**Nacionalna relejna služba (NRS)**

13 36 77

## Za pritužbe, zabrinutost ili povratne informacije o programu

**Ured Povjerenika za zdravstvene pritužbe**

 1300 582 113

 [hcc.vic.gov.au](https://hcc.vic.gov.au/)

**Komisija za kvalitetu i sigurnost skrbi za starije osobe**

 1800 951 822

 [www.agedcarequality.gov.au](http://www.agedcarequality.gov.au/)

## Ako trebate savjet ili nekoga tko će govoriti u vaše ime

**Nacionalna linija za zagovaranje skrbi za starije osobe**

1800 700 600

 [health.gov.au/our-work/national-aged-care-advocacy-program-nacap](https://www.health.gov.au/our-work/national-aged-care-advocacy-program-nacap)

**Zagovaranje prava starijih osoba**

 03 6902 3066

 [era.asn.au](https://era.asn.au/)

# Ugovor o Programu prijelazne skrbi (TCP) Prava i odgovornosti

##### Pojedinosti o TCP uslugama

###### Ispunite tiskanim slovima

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Primatelj skrbi |  | TCP pružatelj usluga |
|  |  |  |

##### Vrsta njege

###### Označite 🅇 samo jednu mogućnost

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**  An icon of a bed **Njega u krevetu**   |  | | --- | | na TCP lokaciji | |  | |  | ☐  An icon of a home **Kućna njega** |

##### Primatelj skrbi slaže se da:

###### Pročitajte i označite 🅇 svaki kvadratić

###### Ovo možete ispuniti kao primatelj skrbi ili kao predstavnik u njihovo ime (npr. njegovatelj, supružnik).

☐ Bit će dio programa

To uključuje ako su na listi čekanja za pokretanje TCP-a

☐ Shvatite kako će se njihovi podaci dijeliti

Informacije će se dijeliti sa zdravstvenim radnicima, My Aged Care i vladom

☐ Znajte koja su njihova prava

To uključuje njihova prava prema Povelji o pravima na skrb o starijim osobama

☐ Znajte koje su njihove odgovornosti

To uključuje rad s voditeljem slučaja na izradi plana skrbi i plana otpusta

☐ Imajte na umu da oni ili njihov davatelj usluga mogu pregledati ovaj ugovor kako bi unijeli izmjene

I pružatelj usluga i korisnik skrbi moraju se pismeno složiti sa svim promjenama

☐ Imajte na umu da ili oni ili davatelj usluga mogu prekinuti program u bilo kojem trenutku

Ako oni ili njihov pružatelj usluga odluče prekinuti program, voditelj slučaja može pružiti druge mogućnosti skrbi i osigurati da se poštuje otkazni rok

# Ugovor o Programu prijelazne skrbi (TCP). Pristojbe i uplate

##### Pristojbe i računi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vaša dnevna naknada za njegu |  | Računi će stići od |
| $ |  |  |

##### Ugovor o naknadama i plaćanjima

###### Pročitajte i provjerite 🅇 svaki kvadratić, ako se slažete

###### Ovo možete ispuniti kao primatelj skrbi ili kao predstavnik u njihovo ime (npr. njegovatelj, supružnik).

☐ Ja sam osoba koja će plaćati TCP naknade

☐ Razumijem da dnevna naknada uključuje vikende i dane u kojima možda neću dobiti usluge

☐ Znam da mogu zatražiti od voditelja slučaja da pregleda TCP naknade u bilo kojem trenutku ako nisam u mogućnosti platiti

☐ Razumijem da naknade ne pokriva Medicare, privatno zdravstveno osiguranje ili Ministarsvo za pitanja vojnih veterana

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Samo za njegu u krevetu**  ☐ Platit ću sve potrebne lijekove na recept  Dok ste u programu, dobit ćete račune za lijekove na recept  ☐ Razumijem da će cijenu lijekova odrediti ljekarna koju odaberem   |  | | --- | | Naziv ljekarne | |  |  |  | | --- | | Adresa ljekarne | | Adresa ulice | |  | | Predgrađe ili grad | |  | | Država, poštanski broj | |  | |

# Ugovor o Programu prijelazne skrbi (TCP). Završni detalji i potpis

##### Podaci o uplatitelju pristojbi

###### Ispunite tiskanim slovima

|  |
| --- |
| Puno ime i prezime |
|  |

###### 

|  |
| --- |
| Adresa |
| Ulična adresa |
|  |
| Predgrađe ili grad |
|  |
| Država, poštanski broj |
|  |

###### 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Broj telefona |  | E-mail adresa |
|  |  |  |

##### Račune želim primati:

###### Označite 🅇 samo jednu mogućnost

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ Poštom** |  | **☐ E-mailom** |

##### Potpišite i navedite datum

###### Možete se potpisati kao primatelj skrbi ili kao predstavnik u korisnikovo ime (npr. njegovatelj, supružnik).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Potpis |  | Datum |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Samo zastupnici**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Zašto osoba koja će dobiti skrb ne može potpisati? |  | Kakav je vaš odnos/srodstvo? (npr. skrbnik, supružnik) | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Svjedok (potpis) |  | Datum | |  |  |  | |

|  |
| --- |
| Ugovor sklopljen sa članom osoblja (potpis / zvanje / ime, tiskanim slovima) |
|  |