# Program Opieki Przejściowej

Broszura ta informuje o Programie Opieki Przejściowej (Transition Care Program,TCP). Wyjaśnia także Twoje prawa i obowiązki oraz czego możesz oczekiwać.

**Skontaktuj się z nami**

|  |  |
| --- | --- |
| Kierownik Twojej Opieki: Jane Doe XXXX XXX XXX (komórkowy) jane.doe@email.com | Transition Care Program Manager 03 9595 2307 TCP@health.vic.gov.au |

 **Pobierz tę umowę na swój komputer**

Przeskanuj kod QR

Aby otrzymać ten dokument w innym formacie prosimy wysłać maila do TCP@health.vic.gov.au <TCP@health.vic.gov.au>



Autoryzowane i obublikowane przez rząd Wiktorii, 1 Treasury Place, Melbourne.

© Stan Wiktoria, Australia, Ministerstwo Zdrowia, styczeń 2023.

Dostępne 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)

Dostępny format: DOCX

# Czym jest Program Opieki Przejściowej (TCP)?

Program Opieki Przejściowej może pomóc w rekonwalescencji po pobycie w szpitalu, odzyskaniu niezależności oraz połączy cię z potrzebnym ci wsparciem.

### **Jak to działa**

1. Zespół Oceny z The Aged Care Assessment Service (ACAS) potwierdzi czy przysługuje Ci Program Opieki Przejściowej.
2. Konieczne będzie wypełnienie i podpisanie umowy o Programie Opieki Przejściowej.
3. Program zaczyna się zaraz po zakończeniu twojego pobytu w szpitalu.
4. Możesz otrzymać wsparcie do **12 tygodni** (84 dni) w czasie, kiedy dochodzisz do zdrowia w swoim domu, w domu opieki lub w szpitalu.
5. Dostaniesz plan opieki, który opisze rodzaje usług, które otrzymasz.
6. Możesz przenosić się z różnych miejsc lub rodzajów opieki w miarę zmieniających się twoich potrzeb.
7. Jeśli zaistnieje taka potrzeba, otrzymasz pomoc przy znalezieniu możliwości opieki długoterminowej.

### **Istnieją dwa rodzaje opieki, które możesz otrzymać w ramach tego programu.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house**Opieka domowa**Otrzymasz opiekę we własnym domu.Usługi mogą obejmować: * Opiekę pielęgniarską oraz opiekę zastępczą w domu
* Pomoc przy sprzątaniu, posiłkach czy kąpielach
* Umawianiu wizyt lekarskich
* Dojeździe na umówione spotkania lub zajęcia towarzyskie
* Terapię w ramach pokrewnych usług medycznych takich jak fizjoterapeuta
* Sprzęt pomocniczy taki jak poręcze, podjazdy oraz środki pomocy do wstrzymywania moczu

**Opłaty**Opłata wynosi17.5% twojej obecnej dziennej emerytury indywidualnej. |  | An icon of a bed**Opieka przy łóżku**Otrzymasz opiekę w szpitalu lub domu opieki.Usługi mogą obejmować: * Opiekę pielęgniarską oraz pomoc na wezwanie
* Pomoc z lekami
* Pomoc w codziennych czynnościach takich jak kąpiel czy spacery
* Wsparcie w zakresie demencji
* Umawianie wizyt lekarskich
* Terapię w ramach pokrewnych usług medycznych takich jak fizjoterapeuta

**Opłaty**Opłata wynosi85% twojej obecnej dziennej emerytury indywidualnej. Konieczne będzie również pokrycie kosztów wszelkich leków, które potrzebujesz ze swojej wybranej apteki. |

Program **nie obejmuje** następujących usług:

✗ Diagnostyka laboratoryjna oraz radiologia (jak badania krwi oraz prześwietlenia)

✗ Przejazd karetką pogotowia z i do szpitala

✗ Leki na receptę oraz opłaty apteczne

✗ Wizyty u internisty

# Czego należy oczekiwać od programu

Masz różne prawa i obowiązki, aby maksymalnie wykorzystać Program Opieki Przejściowej.

## Czym zajmuje się kierownik mojej opieki?

Kierownik twojej opieki jest twoim pierwszym kontaktem, osobą wspierającą oraz rzecznikiem podczas trwania programu.

Kierownik twojej opieki, może pomóc ci:

* Stworzyć plan opieki i aktualizować go w miarę zmieniających się potrzeb
* Podejmować decyzje, które mają wpływ na twoją opiekę
* Być rzecznikiem w twojej sprawie i udzielać wsparcia emocjonalnego
* Podziel się i podaj opinię zwrotną na temat twojej opieki
* Zaplanuj swoją opiekę z wyprzedzeniem, łącznie z twoimi wartościami oraz przekonaniami tak, by zespół opieki mógł podejmować za ciebie decyzje, kiedy ty nie będziesz już w stanie
* Stwórz plan wsparcia długoterminowego po wypisie ze szpitala

Kierownik twojej opieki nie będzie podejmował decyzji o twojej opiece. W tym celu będziesz współpracował z pracownikiem opieki zdrowotnej z twojego zespołu opieki.

## W jaki sposób moje dane będą udostępniane?

Wypełniając i podpisując tę umowę, wyrażasz zgodę na udostępnienie twoich danych osobowych:

* Interniście, pracownikom służby zdrowia, My Aged Care oraz innym usługodawcom w celu sprostania twoim potrzebom
* Ministerstwu Zdrowia i Opieki nad Osobami Starszymi Wspólnoty, Komisji ds. Jakości i Bezpieczeństwa w sektorze Opieki nad Osobami Starszymi oraz Departamentowi Zdrowia Wiktorii, tak by umożliwić finansowanie oraz ocenę powodzenia programu

## Co będę musiał zrobić?

Będziesz miał różne obowiązki w ramach tego programu. Będziesz musiał:

* Czynnie pracować nad osiągnięciem swoich celów
* Być odpowiedzialnym za swoje czyny i wybory
* Powiedzieć swojemu Kierownikowi Opieki o twoich potrzebach. Jeśli potrzebujesz z czymkolwiek pomocy, zapytaj
* Poinformuj swój zespół opieki jeśli masz jakieś szczególne prośby (np. chciałbyś/abyś zapalić papierosa, papierosa elektrycznego czy napić się alkoholu)
* Traktuj swój zespół opieki z szacunkiem, tak jak chciałbyś być sam traktowany
* Zapewnij zespołowi opieki bezpieczne i zdrowe środowisko do pracy w okresie twojej rekonwalescencji w domu

## Jakie są moje prawa?

Każdy klient Planu Opieki Przejściowej ma prawa chronione w ramach:

* Karty Praw Opieki nad Osobami Starszymi
* Ustawy Wspólnoty o Opiece and Osobami Starszymi z 1997 r., Ustawy o Opiece nad Osobami Starszymi (przepisy przejściowe z 1997 r. oraz zasady przyjęte na podstawie ustaw.
* Karty Praw Człowieka i Ustawy o Obowiązkach w Wiktorii z 2006 r.
* Ustawy o Ochronie Danych Osobowych oraz Prywatności w Wiktorii z 2014 r.
* Ustawy o Dokumentacji Medycznej w Wiktorii z 2001 r.
* Wspólnotowej Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z 1988 r.

# Opłaty i płatności

Nawet jeśli większość programu Opieki Przejściowej jest dotowana przez rząd **będziesz**  musiał wnieść opłatę za swoją opiekę.

## Za co muszę zapłacić?

Opłaty będą zależały od rodzaju opieki jaką otrzymujesz:

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | Opieka domowa Jeśli przebywasz w domu podczas Programu, opłata będzie wynosic**17.5%** twojej obecnej dziennej stawki emerytury indywidualnej. |
|  |  |
| An icon of a bed | Opieka przy łóżku  **Jeśli w ramach Programu przebywasz w szpitalu** lub w jesteś w domu opieki opłata będzie wynosić **85%** twojej obecnej dziennej stawki emerytury indywidualnej.Konieczne będzie również pokrycie kosztów leków, które będziesz potrzebować z wybranej przez ciebie apteki. |

Jeśli nie masz emerytury, będziesz musiał pokrywać *dzienną opłatę*, która jest równa procentowi określonemu powyżej.

Program Opieki Przejściowej **nie** jest pokrywany przez:

✗ Medicare

✗ Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

✗ Ministerstwo Spraw Kombatantów

## Co w przypadku, gdy nie mogę zapłacić?

Opłaty za Program Opieki Przejściowej są elastycznie dostosowane do twoich indywidualnych okoliczności. Jeśli nie możesz zapłacić należności, nadal możesz być częścią programu.

Porozmawiaj ze swoim Kierownikiem Opieki na tematy różnych opcji, łącznie ze zmniejszeniem kosztów lub prośbą o więcej czasu na dokonanie opłaty.

## Jakie są formy płatności?

Przy rozpoczęciu programu otrzymasz fakturę oraz więcej informacji na temat jak wnosić opłaty po rozpoczęciu programu.

Faktura będzie zawierać opłatę za każdy dzień kiedy jesteś objęty programem oraz dni w których możesz nie otrzymać opieki, takie jak w weekend.

## Co w przypadku, gdy potrzebuję przerwy?

Możesz nie uczestniczyć w programie maksimum 7 dni, może to obejmować czas wolny na zajęcia towarzyskie lub jeśli musisz wrócić do szpitala. Wzięcie "dni wolnych" nie będzie miało wpływu na termin zakończenia programu.

Możesz wykorzystać ten czas jako pojedyncze dni lub dłuższy blok czasu. Konieczna będzie opłata za dni, w które robisz sobie przerwę od programu.

#

# Gdzie można otrzymać pomoc

Twój **Kierownik Opieki** jest twoim kluczowym kontaktem, ale możesz także skontaktować się z innymi organizacjami po inne rodzaje wsparcia

## W celu uzyskania informacji i wsparcia w ramach usług opieki nad osobami starszymi

**My Aged Care**

1800 200 422

 8.00 do 20.00 poniedziałku do piątku

10:00 do 14.00 w soboty

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

## Osoby głuche lub/i mające trudności ze słyszeniem lub rozmową przez telefon

**National Relay Service (NRS) (Krajowa Służba Przekaźnikowa)**

13 36 77

## W celu złożenia skargi, zażalenia lub opinii zwrotnej na temat programu

**Biuro Komisarza ds. Skarg dotyczących Opieki Zdrowotnej (Office of the Health Complaints Commissioner)**

 1300 582 113

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

**Komisja ds. jakości i bezpieczeństwa Opieki nad Osobami Starszymi**

 1800 951 822

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

## Jeśli potrzebujesz porady lub osoby, która mogłaby mówić w twoim imieniu

**Krajowa Linia Rzecznictwa Opieki nad Osobami Starszymi (National Aged Care Advocacy Line)**

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)

 **Rzecznictwo Osób Starszych (Elder Rights Advocacy)**

 03 6902 3066

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

# Umowa Programu Opieki PrzejściowejPrawa i Obowiązki

##### Dane Programu Opieki Przejściowej

###### Należy wypełnić drukowanymi literami

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba otrzymująca opiekę |  | Usługodawca Programu Opieki Przejściowej |
|  |  |  |

##### Rodzaj opieki

###### Zaznacz 🅇 tylko jedno

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**An icon of a bed**Opieka przy łóżku**

|  |
| --- |
| w lokalizacji Programu Opieki Przejściowej |
|  |

 |  | ☐An icon of a home**Opieka domowa** |

##### Osoba otrzymująca opiekę zgadza się:

###### Przeczytaj i zaznacz 🅇 każde pole.

###### Może wypełnić to osoba otrzymująca opiekę lub osoba występująca w ich imieniu (np. opiekuna, współmałżonka)

☐ Być częścią programu

Także wtedy, gdy są one na liście oczekujących na rozpoczęcie Program Opieki Przejściowej

☐ Zrozumieć jak ich dane osobowe będą udostępniane

Informacje zostaną udostępnione z pracownikami służby zdrowia, My Aged Care oraz z rządem

☐ Znać swoje prawa

Zawierają one prawa wynikające z Karty Praw Opieki nad Osobami Starszymi

☐ Znają swoje obowiązki

Obejmuje to współpracę z Kierownikiem Opieki w celu stworzenia planu opieki i planu po wypisie

☐ Rozumieją, że oni sami lub ich usługodawca mogą przejrzeć umowę, aby wprowadzić zmiany

Wszystkie zmiany muszą być na piśmie i za zgodą osoby otrzymującej opiekę oraz usługodawcy

☐ Rozumieją, że albo oni sami lub usługodawca mogą przerwać program w każdym momencie

W przypadku kiedy odbiorca usługi lub usługodawca zdecydują się zakończyć Program, Kierownik Opieki zapewni inne możliwości opieki i dotrzymanie okresu wypowiedzenia

# Umowa Programu Opieki PrzejściowejOpłaty i płatności

##### Opłaty i faktury

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Twoja dzienna opłata za opiekę |  | Faktury będą przychodziły od |
| $ |  |  |

##### Umowa o opłatach i płatnościach

###### Przeczytaj i zaznacz 🅇 każde pole, by wyrazić zgodę

###### Może to zostać wypełnione przez osobę otrzymującą opiekę lub osobę występującą w ich imieniu (np. opiekuna, współmałżonka)

☐ To ja będę uiszczać opłaty za Program Opieki Przejściowej

☐ Rozumiem, że dzienna opłata zawiera weekendy oraz dni, w których mogę nie otrzymać usług

☐ Wiem, że w każdym momencie mogę poprosić Kierownika Opieki o rewizję opłat Programu, jeśli nie jestem w stanie płacić

☐ Rozumiem, że opłaty nie są pokrywane przez Medicare, prywatne ubezpieczenie zdrowotne oraz Ministerstwo ds. Kombatantów

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dotyczy tylko opieki przy łóżku**☐ Pokryję koszty wszystkich potrzebnych leków na receptęBędziesz otrzymywał faktury za twoje leki na receptę podczas trwania Programu☐ Rozumiem, że koszt lekarstw będzie ustalony przez aptekę, którą wybiorę

|  |
| --- |
| Nazwa apteki |
|  |

|  |
| --- |
| Adres apteki |
| Ulica |
|  |
| Dzielnica lub miasto |
|  |
| Stan, kod pocztowy |
|  |

 |

# Umowa Programu Opieki PrzejściowejOstateczne szczegóły i podpis

##### Dane płatnika

###### Należy wypełnić drukowanymi literami

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko |
|  |

######

|  |
| --- |
| Adres |
| Ulica |
|  |
| Dzielnica lub miasto |
|  |
| Stan, kod pocztowy |
|  |

######

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numer telefonu |  | Adres mailowy |
|  |  |  |

##### Chciałbym otrzymywać fakturę:

###### Zaznacz 🅇 tylko jedno

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ Drogą pocztową** |  | **☐ Pocztą elektroniczną** |

##### Data i podpis

###### Podpis może złożyć osoba otrzymująca opiekę lub osoba występująca w jej imieniu (np. opiekun lub współmałżonek).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis |  | Data |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedstawiciel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dlaczego osoba, która otrzyma opiekę nie może złożyć podpisu? |  | Jakie jest pokrewieństwo? (np. współmałżonek, opiekun) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Świadek podpisu |  | Data |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| Umowa została zawarta z pracownikiem (podpis/stanowisko/imię i nazwisko) |
|  |