# Программа предоставления ухода в переходный период

В этом информационном листке содержится информация о Программе предоставления ухода в переходный период (Transition Care Program - TCP). В ней также говорится о ваших правах и обязанностях, а также о том, чего вам следует ожидать от программы.

**Свяжитесь с нами**

|  |  |
| --- | --- |
| Координатор услуг (Case manager): Jane Doe  XXXX XXX XXX (мобильный телефон)  jane.doe@email.com | Менеджер Программы предоставления ухода в переходный период  03 9595 2307  TCP@health.vic.gov.au |

 **Загрузите этот договор на свой компьютер**

Просканируйте QR-код

Чтобы получить этот документ в другом формате, напишите по электронной почте по адресу [TCP@health.vic.gov.au](mailto:TCP@health.vic.gov.au) <TCP@health.vic.gov.au>



Утверждено и опубликовано Правительством штата Виктория, 1 Treasury Place, Melbourne.

© Штат Виктория, Австралия, Департамент здравоохранения, январь 2023 года.

Имеется на веб-сайте [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)

Имеющийся формат: DOCX

# Что такое Программа предоставления ухода в переходный период (Transition Care Program - TCP)?

Программа TCP может помочь вам поправиться после пребывания в больнице, вернуться к самостоятельной жизни и связаться со службами, которые могут предоставить необходимую вам поддержку.

### **Как действует программа**

1. Служба оценки потребностей пожилых людей в уходе (Aged Care Assessment Service - ACAS) установит, можете ли вы воспользоваться услугами в рамках программы TCP.
2. Вам необходимо будет заполнить и подписать бланк договора об услугах по программе TCP.
3. Программа начнет действовать сразу же после вашего пребывания в больнице.
4. Вам может предоставляться поддержка на срок до **12 недель** (84 дней) в то время как вы будете поправляться у себя дома, в учреждении для проживания пожилых или в больнице.
5. Будет составлен план предоставления ухода, предусматривающий виды услуг, которыми вы будете пользоваться.
6. Места предоставления услуг и виды услуг могут меняться по мере изменения ваших потребностей.
7. При необходимости, вам будет оказана помощь в поиске различных вариантов долгосрочного ухода.

### **Программа предусматривает два варианта предоставления ухода**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house **Уход на дому**  Уход будет предоставляться у вас на дому.  Услуги могут включать:   * Услуги медсестер и уход на дому для предоставления передышки * Уборка, предоставление питания и купание * Запись на приемы к врачам * Поездки в медицинские учреждения или на общественные мероприятия * Лечебные процедуры, проводимые работниками смежных медицинских специальностей, например, физиотерапевтом * Вспомогательное оборудование и принадлежности, например, поручни, наклонные въезды или принадлежности, используемые при недержании мочи или кала  **Плата за услуги** Вам необходимо будет вносить плату в размере 17.5% от суммы вашей индивидуальной пенсии по возрасту в день. |  | An icon of a bed **Уход за лежачими больными**  Вам будет предоставляться уход в больнице или учреждении для проживания пожилых.  Услуги могут включать:   * Услуги медсестер и поддержка, предоставляемая по вызову * Помощь в приеме лекарств * Помощь в повседневных делах, например, при купании или ходьбе * Поддержка при деменции * Запись на приемы к врачам * Лечебные процедуры, проводимые работниками смежных медицинских специальностей, например, физиотерапевтом  **Плата за услуги** Вам необходимо будет вносить плату в размере 85% от суммы вашей индивидуальной пенсии по возрасту в день.  Вам необходимо будет оплачивать стоимость прописанных врачом лекарств, доставляемых из аптеки, которую вы выберете. |

Программа **не** покрывает стоимость следующих видов услуг:

✗ Лабораторные или рентгенологические исследования (такие как анализы крови или рентген)

✗ Проезд в машине скорой помощи в больницу или из больницы

✗ Прописанные врачом лекарства или услуги аптеки

✗ Приемы у семейного врача

# Чего вы можете ожидать от программы

Чтобы извлечь максимальную пользу от программы TCP, вам необходимо знать свои права и обязанности.

## Чем занимается координатор услуг (case manager)?

Координатор услуг будет осуществлять с вами основной контакт, предоставлять вам поддержку и выступать в качестве вашего представителя в ходе осуществления программы.

Координатор услуг может помочь вам:

* Составить план предоставления ухода и корректировать его в соответствии с вашими потребностями
* Принимать решения, касающиеся предоставляемого вам ухода
* Обеспечивать удовлетворение ваших потребностей и предоставлять вам эмоциональную поддержку
* Передавать ваши отзывы и пожелания относительно предоставляемого вам ухода и добиваться принятия соответствующих мер
* Заранее планировать процесс предоставления ухода, принимая при этом во внимание ваши ценности и убеждения, с тем, чтобы работники обслуживающей группы могли принимать решения от вашего имени в том случае, если вы будете не в состоянии сами это сделать
* Планировать поддержку, которая потребуется по завершении программы, и обеспечивать предоставление долгосрочной поддержки

Ваш координатор услуг не будет принимать решения относительно медицинских аспектов предоставляемого вам ухода. Эти вопросы будут решать совместно с вами медицинские работники группы, предоставляющей вам уход.

## Как будет происходить передача моей информации другим лицам и организациям?

Заполнив и подписав бланк договора, вы даете нам разрешение обмениваться информацией о вас с:

* Вашим семейным врачом и другими медицинскими работниками, системой My Aged Care и другими обслуживающими организациями в целях удовлетворения ваших потребностей
* Федеральным департаментом здравоохранения и ухода за пожилыми, Комиссией по качеству и безопасности ухода за пожилыми и Департаментом здравоохранения штата Виктория для того, чтобы они могли осуществлять финансирование программы и оценивать ее эффективность

## Что я должен буду делать?

Участие в программе предполагает ряд обязанностей, которые вам нужно будет выполнять. Вам необходимо будет:

* Активно содействовать осуществлению плана предоставления ухода
* Нести ответственность за свои действия и решения
* Сообщать координатору услуг о своих потребностях. Если вам нужна помощь, сообщите нам об этом
* Если у вас есть конкретные просьбы (например, если вы хотели бы покурить обычные или электронные сигареты или употребить алкогольные напитки), сообщите об этом работникам, предоставляющим вам уход
* Относитесь к работникам, предоставляющим уход, с таким же уважением, на которое вы рассчитываете по отношению к самому себе
* Если вы выздоравливаете дома, обеспечивайте для обслуживающих работников безопасные и здоровые условия труда

## Каковы мои права?

Все клиенты программы TCP обладают правами в соответствии с:

* Положением о правах в системе ухода за пожилыми (Charter of Aged Care Rights)
* Федеральным Законом "Об уходе за пожилыми" от 1997 года (Commonwealth Aged Care Act 1997), Переходными положениями Закона "Об уходе за пожилыми" от 1997 года (Aged Care (Transitional Provisions) Act 1997) и Принципами, сформулированными в соответствии с этими законами
* Законом штата Виктория "О хартии о правах и обязанностях человека" от 2006 года (Victorian Charter of Human Rights and Responsibilities Act 2006)
* Законом штата Виктория "О конфиденциальности частной информации и защите данных" от 2014 года (Victorian Privacy and Data Protection Act 2014)
* Законом штата Виктория "О медицинской документации" от 2001 года (Victorian Health Records Act 2001)
* Федеральным Законом "О конфиденциальности частной информации" от 1988 года (Commonwealth Privacy Act 1988)

# Плата за услуги и порядок оплаты счетов

Несмотря на то, программа TCP в основном финансируется государством, вам **необходимо будет** частично оплачивать стоимость предоставляего вам ухода.

## Сколько мне нужно будет платить?

Вам придется вносить плату в зависимости от вида предоставляемого вам ухода:

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | **Уход, предоставляемый на дому**  Если уход предоставляется на дому, вам необходимо будет вносить плату в размере **17.5%**от суммы вашей индивидуальной пенсии по возрасту в день. |
|  |  |
| An icon of a bed | **Уход за лежачими больными**  Если уход в рамках этой программы предоставляется в учреждении для проживания пожилых или в больнице, вам необходимо будет вносить плату в размере **85%**от суммы вашей индивидуальной пенсии по возрасту в день.  Вам необходимо будет оплачивать стоимость прописанных врачом лекарств, доставляемых из аптеки, которую вы выберете. |

Если вы не получаете пенсию, вам необходимо будет вносить *ежедневную плату* в размере, соответствующем процентной величине, указанной выше.

Программа TCP **не** покрывается:

✗ Medicare

✗ Частной медицинской страховкой

✗ Департаментом по делам ветеранов

## Что происходит в том случае, если я не в состоянии платить?

При решении вопроса об оплате услуг в рамках программы TCP могут приниматься во внимание ваши индивидуальные обстоятельства. Если вы не в состоянии вносить плату, вы тем не менее можете пользоваться услугами в рамках этой программы.

Вы можете поговорить со своим координатором услуг о различных вариантах решения этой проблемы, в том числе о возможности уменьшения суммы или об отсрочке уплаты.

## Как вносится плата?

После того как вы начнете пользоваться услугами в рамках этой программы, вы получите счет за услуги и подробную информацию о том, как его оплатить.

В этот счет будет включена плата за каждый день того периода, в течение которого вы будете числиться клиентом программы, включая дни, в которые вам не предоставлялся уход, например, в выходные.

## Что происходит в том случае, если мне нужно временно прервать предоставление услуг?

Вы можете прервать предоставление услуг на срок до 7 дней. Это может происходить в том случае, если вам нужно принять участие в общественном мероприятии или вернуться в больницу. При временном прерывании предоставления услуг дата окончания программы не меняется.

Вы можете прерывать предоставление услуг по одному дню несколько раз в течение программы или сразу на несколько дней. Вам придется вносить плату за те дни, на которые вы прервали предоставление услуг.

# 

# Куда обратиться за помощью

Ваш **координатор услуг** является для вас основным контактным лицом в связи с программой, но вы можете также связаться с другими организациями с просьбами о различных видах поддержки.

## Информация и поддержка в связи с услугами по уходу за пожилыми

**My Aged Care**

1800 200 422

с 8.00 до 20.00 с понедельника по пятницу



с 10.00 до 14.00 по субботам

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

## Для людей с полной или частичной потерей слуха или нарушениями речи

**National Relay Service (NRS)**

13 36 77

## Жалобы, замечания или отзывы в связи с программой

**Отдел Уполномоченного по жалобам в системе здравоохранения (Office of the Health Complaints Commissioner)**

 1300 582 113

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

**Комиссия по качеству и безопасности ухода за пожилыми (Aged Care Quality and Safety Commission)**

 1800 951 822

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

## Если вам нужна консультация или помощь человека, который мог бы выступать от вашего имени

**Национальная линия защиты прав пожилых людей в вопросах предоставления ухода (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)

**Защита прав пожилых людей**

 03 6902 3066

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

# Договор об услугах по Программе предоставления ухода в переходный период (Transition Care Program - TCP) Права и обязанности

##### Данные об услугах в рамках программы TCP

###### Заполните печатными буквами

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Человек, которому предоставляется уход |  | Обслуживающая организация в рамках программы TCP |
|  |  |  |

##### Вид ухода

###### Укажите 🅇 только один вариант

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**  An icon of a bed **Уход за лежачим больным**   |  | | --- | | Место предоставления услуг в рамках программы TCP | |  | |  | ☐  An icon of a home **Уход на дому** |

##### Человек, которому предоставляется уход, согласен с тем, что он:

###### Прочитайте и поставьте галочки 🅇 в каждом квадрате.

###### Этот раздел может заполнить человек, которому предоставляется уход, или его представитель (например, лицо, предоставляющее уход, или супруг).

☐ Будет участвовать в программе

Это включает период пребывания на очереди для участия в программе TCP

☐ Понимает, как будет происходить передача его частной информации другим лицам и организациям

Информация будет передаваться медицинским работникам, работникам системы My Aged Care и государственным органам

☐ Знает, в чем состоят его права

Это включает права в соответствии с Положением о правах в системе ухода за пожилыми

☐ Знает, в чем состоят его обязанности

Это включает содействие координатору услуг в разработке плана предоставления ухода и в планировании поддержки, которая потребуется по завершении программы

☐ Понимает, что и он сам, и обслуживающая организация может вносить изменения в этот договор

Обслуживающая организация и человек, которому предоставляются услуг, должны в письменном виде подтвердить свое согласие на внесение изменений

☐ Понимает, что и он, и обслуживающая организация может в любое время прекратить участие в программе

Если он или обслуживающая организация решит прекратить участие в программе, координатор услуг может предложить другие варианты предоставления ухода и позаботится о том, чтобы уведомление о прекращении участия в программе поступило не позднее установленного срока

# Договор об услугах по Программе предоставления ухода в переходный период (Transition Care Program - TCP) Плата за услуги и порядок оплаты счетов

##### Плата за услуги и выставление счетов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Размер ежедневной платы за предоставление ухода |  | Счета будут поступать из |
| $ |  |  |

##### Договор о плате за услуги и порядке оплаты счетов

###### Прочитайте и поставьте галочки 🅇 в каждом квадрате в знак согласия.

###### Этот раздел может заполнить человек, которому предоставляется уход, или его представитель (например, лицо, предоставляющее уход, или супруг).

☐ Я буду вносить плату за услуги в рамках программы TCP

☐ Я понимаю, что ежедневная плата включают выходные дни, а также дни, в которые мне могут не предоставляться услуги

☐ Я знаю, что я могу в любое время попросить координатора услуг пересмотреть размер платы за услуги в рамках программы TCP, если я буду не в состоянии платить

☐ Я понимаю, что плата не покрывается Medicare, медицинской страховкой и Департаментом по делам ветеранов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Только для лежачих больных**  ☐ Я буду оплачивать стоимость всех необходимых лекарств, прописанных врачом  В период предоставления услуг в рамках этой программы вам будут присылаться счета за лекарства, прописанные врачом  ☐ Я понимаю, что размер платы за лекарства будет определяться аптекой, которую я выберу   |  | | --- | | Название аптеки | |  |  |  | | --- | | Адрес аптеки | | Номер дома и название улицы | |  | | Район или город | |  | | Штат, почтовый индекс | |  | |

# Договор об услугах по Программе предоставления ухода в переходный период (Transition Care Program - TCP) Прочая информация и подпись

##### Данные человека, вносящего плату

###### Заполните печатными буквами

|  |
| --- |
| Имя и фамилия |
|  |

###### 

|  |
| --- |
| Адрес |
| Номер квартиры и дома и название улицы |
|  |
| Район или город |
|  |
| Штат, почтовый индекс |
|  |

###### 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Номер телефона |  | Адрес эл. почты |
|  |  |  |

##### Мне бы хотелось получать счета по:

###### Укажите 🅇 только один вариант

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ По почте** |  | **☐ По эл. почте** |

##### Подпись и дата

###### Этот раздел может заполнить человек, которому предоставляется уход, или его представитель (например, лицо, предоставляющее уход, или супруг).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись |  | Дата |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Только для представителей**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Почему человек, которому будет предоставляться уход, не может расписаться? |  | Кем вы приходитесь человеку, которому будет предоставляться уход? (например, человек, предоставляющий уход, супруг) | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Свидетель (подпись) |  | Дата | |  |  |  | |

|  |
| --- |
| Договор оформлен работником (подпись / должность / имя и фамилия печатными буквами) |
|  |