# 过渡照护计划

本手册提供关于过渡照护计划（Transition Care Program，简称TCP）的信息，其中说明了您的权利、责任和合理期望。

**联系我们**

|  |  |
| --- | --- |
| 个案经理：Jane Doe XXXX XXX XXX（手机） jane.doe@email.com | 过渡照护计划经理 03 9595 2307 TCP@health.vic.gov.au |

 **将本协议下载到您的电脑上**

扫描二维码

如需本文件的其它格式版本，请发电子邮件至TCP@health.vic.gov.au <TCP@health.vic.gov.au>



由维多利亚州政府授权和出版，地址：1 Treasury Place, Melbourne。

© 澳大利亚维多利亚州卫生部，2023年1月。

可在以下网站查阅： [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)

文件格式：DOCX

# 什么是过渡照护计划（TCP）？

TCP可帮助您在结束住院后康复，提高独立生活能力，并为您联系您需要的支持。

### **运作方式**

1. 老年照护评估服务（Aged Care Assessment Service，简称ACAS）将确认您是否能获得TCP服务。
2. 您需要填写TCP协议并在上面签名。
3. 该计划在您结束住院后立即开始。
4. 您在家中、养老院或医院里康复期间，可以获得多达**12周**（84天）的支持服务。
5. 您会有一个照护计划，其中说明您将得到哪些类型的服务。
6. 随着您的需求发生变化，您可以改变服务地点或照护类别。
7. 如有需要，该计划会帮助您寻找长期照护选择。

### **该计划提供两类照护**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house**居家照护**您会在自己家里接受照护。服务可能包括： * 护理和家中暂息服务
* 清洁、膳食或洗浴方面的帮助
* 安排医疗预约
* 就诊或参加社会活动的交通
* 辅助医疗人员（比如理疗师）提供的治疗
* 辅助设备，比如扶手栏、坡道或排便节制辅助用具

**费用**您每天需要支付您当前的单身养老金的17.5%。 |  | An icon of a bed**院所照护**您会在医院或养老院里接受照护。服务可能包括： * 护理和随叫随到的支持
* 药物方面的协助
* 日常活动（比如洗浴或散步）方面的帮助
* 痴呆症支持
* 安排医疗预约
* 辅助医疗人员（比如理疗师）提供的治疗

**费用**您每天需要支付您当前的单身养老金的85%。 您还需支付从您选择的药房购买任何所需处方药的开支。 |

该计划**不提供**以下服务：

✗ 病理科或放射科服务（比如验血或X光检查）

✗ 往返医院的救护车接送

✗ 处方药或药房收费

✗ 全科医生（GP）就诊

# 对该计划能有哪些期望

为充分发挥TCP的作用，您会有各种权利和责任。

## 个案经理有哪些职责？

您的个案经理是您参加计划期间的主要联络人、支持者和代言人。

个案经理能帮助您：

* 制定照护计划并根据您的需求更新计划
* 做出会影响您的照护的决定
* 主张您的需求并给您情感支持
* 分享关于您的照护的反馈并对此采取行动
* 提前计划您的照护，包括理解您的价值观和信仰，以便您的照护团队能在您无法做决定时为您做决定
* 制定退出计划并安排长期支持

您的照护经理不会做关于您的照护的医疗决定。您需要与照护团队里的专业医护人员一起做此类决定。

## 我的信息会如何被共享？

填写协议并在上面签名，即表示您同意我们与以下人员和机构共享您的信息：

* 您的全科医生、专业医护人员、My Aged Care和其他服务机构，以便我们满足您的照护需求
* 联邦政府卫生和老年照护部（Commonwealth Department of Health and Aged Care）、老年照护质量和安全委员会（Aged Care Quality and Safety Commission）以及维多利亚州卫生部（Victorian Department of Health），以便他们为该计划提供资金并衡量计划的有效性

## 我需要做什么？

您在参加计划时需要承担各种责任。您需要：

* 积极设法实现您的照护计划目标
* 为自己的行为和选择负责
* 将您的需求告诉个案经理。如果您需要某些方面的帮助，就提出来
* 如果您有具体需求（比如想抽烟、吸电子烟或喝酒），请告诉照护团队
* 尊重对待照护团队，就像您希望自己能得到的对待一样
* 如果您在家康复，应为照护团队提供安全、健康的工作环境

## 我有哪些权利？

所有TCP客户的权利都受到以下法律的保护：

* 《老年照护权利章程》（Charter of Aged Care Rights）
* 《1997年联邦老年照护法》（Commonwealth Aged Care Act 1997）、《1997年老年照护（过渡规定）法》【Aged Care (Transitional Provisions) Act 1997】以及根据法律制定的原则
* 《2006年维多利亚州人权和责任章程法》（Victorian Charter of Human Rights and Responsibilities Act 2006）
* 《2014年维多利亚州隐私和数据保护法》（Victorian Privacy and Data Protection Act 2014）
* 《2001年维多利亚州健康记录法》（Victorian Health Records Act 2001）
* 《1988年联邦隐私法》（Commonwealth Privacy Act 1988）

# 费用和付款

尽管TCP的费用主要由政府支付，但您仍然**需要**为您的照护支付一笔费用。

## 我需要支付什么费用？

您需要根据您的照护类别支付费用：

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | 对于**居家照护**如果您在家参加该计划，您每天需要支付您当前的单身养老金的**17.5%**。 |
|  |  |
| An icon of a bed | 对于**院所照护**如果您在养老院或医院参加该计划，您每天需要支付您当前的单身养老金的**85%**。您还需支付从您选择的药房购买任何所需处方药的开支。 |

如果您没有养老金，就需要支付*每日费用*，数额与上述比例相同。

以下机构**不会**支付TCP的费用：

✗ Medicare

✗ 私人医疗保险

✗ 退伍军人事务部（Department of Veterans Affairs）

## 如果我付不起费用怎么办？

TCP的费用可以根据您的独特情况灵活安排。即使您付不起费用，您仍然可以参加该计划。

您可以与您的个案经理讨论各种选择，包括降低收费，或请求延期支付。

## 如何付款？

参加计划后，您会收到发票以及付款方式的详细信息。

发票会列出您参加计划期间每天的费用，包括您没有接受照护的日子，比如周末。

## 如果我需要暂停计划，会怎样？

您可以暂停计划最多7天，这可以包括因为参加社会活动或需要重返医院而暂停计划。暂停计划不会改变计划的结束日期。

您可以暂停一天或连续几天。暂停计划期间，您仍需支付费用。

#

# 哪里可以获得帮助

您的**个案经理**是您参加计划的主要联系人，但您也可以联系其他组织获取各种支持。

## 如需老年照护服务的信息和支持

**My Aged Care**

1800 200 422

 周一到周五上午8:00到晚上8:00

周六上午10:00到下午2:00

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

## 对于耳聋者和/或打电话时听觉或说话有困难者

**全国中继服务（NRS）**

13 36 77

## 如要提出关于该计划的投诉、担心或反馈

**健康投诉专员署（Office of the Health Complaints Commissioner）**

 1300 582 113

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

**老年照护质量和安全委员会**

 1800 951 822

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

## 如果需要建议或代言人

**全国老年照护倡导热线（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)

**老年人权利倡导（Elder Rights Advocacy）**

 03 6902 3066

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

# 过渡照护计划协议权利与责任

##### TCP服务详情

###### 请工整填写

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 照护接受者 |  | TCP服务机构 |
|  |  |  |

##### 照护类别

###### 只选择🅇一个选项

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**An icon of a bed**院所照护**

|  |
| --- |
| 在TCP服务地点 |
|  |

 |  | ☐An icon of a home**居家照护** |

##### 照护接受者同意，他们：

###### 阅读每一条内容并在相应方框中打叉🅇。

###### 本协议可由照护接受者本人填写，或由其代表（比如照护者、配偶）为其填写。

☐ 将参加本计划

这包括列入TCP等候名单

☐ 知道他们的信息会如何被共享

信息将与专业医护人员、My Aged Care和政府共享

☐ 知道自己有哪些权利

这包括根据《老年照护权利章程》享有的权利

☐ 知道自己有哪些责任

这包括与个案经理合作制定照护计划和退出计划

☐ 知道他们自己或其服务机构均可复审并变更本协议

任何变更都必须由服务机构和照护接受者双方书面同意

☐ 知道他们自己或其服务机构均可随时终止本计划

如果照护接受者或其服务机构决定终止计划，个案经理可以提供其他照护选择并确保提前通知的要求得到满足

# 过渡照护计划协议费用与付款

##### 费用和发票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 您的每日照护费用 |  | 发票将来自 |
| $ |  |  |

##### 费用和付款协议

###### 阅读每一条内容并在相应方框中打叉🅇表示同意

###### 本协议可由照护接受者本人填写，或由其代表（比如照护者、配偶）为其填写。

☐ 我将支付TCP费用

☐ 我知道每日费用包括周末和其他我可能没有接受服务的日子

☐ 我知道，如果我付不起费用，我可以随时要求个案经理重新审核TCP费用

☐ 我知道Medicare、私人医疗保险和退伍军人事务部不会支付这些费用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **仅针对院所护理**☐ 我将支付所需的任何处方药的费用您会收到参加计划期间所用的处方药的发票☐ 我知道，药物费用由我选择的药房决定

|  |
| --- |
| 药房名称 |
|  |

|  |
| --- |
| 药房地址 |
| 街道地址 |
|  |
| 区或镇 |
|  |
| 州，邮政编码 |
|  |

 |

# 过渡照护计划协议最终细节与签名

##### 付费者的详细信息

###### 请工整填写

|  |
| --- |
| 全名 |
|  |

######

|  |
| --- |
| 地址 |
| 街道地址 |
|  |
| 区或镇 |
|  |
| 州，邮政编码 |
|  |

######

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 电话号码 |  | 电子邮件地址 |
|  |  |  |

##### 我希望通过以下方式收到发票：

###### 只选择🅇一个选项

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ 邮寄** |  | **☐ 电子邮件** |

##### 签名和日期

###### 可由照护接受者本人签名，或由其代表（比如照护者、配偶）为其签名。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 签名 |  | 日期 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **仅由代表填写**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 照护接受者为何不能签名？ |  | 你们之间是什么关系？（比如照护者、配偶） |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 见证人（签名） |  | 日期 |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 协议由工作人员填写（签名/职务/工整填写姓名） |
|  |