# Πρόγραμμα Μεταβατικής Φροντίδας

Αυτό το ενημερωτικό φυλλάδιο σας δίνει πληροφορίες για το Πρόγραμμα Μεταβατικής Φροντίδας (TCP). Εξηγεί, επίσης, τα δικαιώματα, τις ευθύνες σας και τι να περιμένετε.

**Επικοινωνήστε μαζί μας**

|  |  |
| --- | --- |
| Υπεύθυνη υπόθεσης:  Jane Doe  ΧΧΧΧ ΧΧΧ ΧΧΧ (κινητό τηλέφωνο)  jane.doe@email.com | Διευθυντής Προγράμματος Μεταβατικής Φροντίδας  03 9595 2307  TCP@health.vic.gov.au |

 **Κατεβάστε αυτή τη συμφωνία στον υπολογιστή σας**

Σαρώστε τον Κώδικα QR

Για να λάβετε αυτό το έγγραφο σε άλλη μορφή, στείλτε email στη διεύθυνση  [TCP@health.vic.gov.au](mailto:TCP@health.vic.gov.au) <TCP@health.vic.gov.au>



Εγκρίθηκε και δημοσιεύθηκε από την Κυβέρνηση της Βικτώριας, 1 Treasury Place, Μελβούρνη.

© Πολιτεία της Βικτώριας, Αυστραλία, Υπουργείο Υγείας, Ιανουάριος 2023

Διατίθεται στην διεύθυνση  [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)

Διαθέσιμη μορφή: DOCX

# Τι είναι το Πρόγραμμα Μεταβατικής Φροντίδας (TCP);

Το TCP μπορεί να σας βοηθήσει να αναρρώσετε μετά από παραμονή στο νοσοκομείο, να αποκτήσετε ανεξαρτησία και να συνδεθείτε με την υποστήριξη που χρειάζεστε.

### **Πώς λειτουργεί**

1. Η Υπηρεσία Αξιολόγησης Φροντίδας Ηλικιωμένων (ACAS) θα επιβεβαιώσει εάν μπορείτε να έχετε υπηρεσίες TCP.
2. Θα χρειαστεί να συμπληρώσετε και να υπογράψετε τη συμφωνία TCP.
3. Το πρόγραμμα ξεκινά αμέσως μόλις τελειώσετε την παραμονή σας στο νοσοκομείο.
4. Μπορείτε να έχετε υποστήριξη για έως και **12 εβδομάδες** (84 ημέρες) καθώς αναρρώνετε στο σπίτι, σε ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων ή σε νοσοκομείο.
5. Θα έχετε ένα πρόγραμμα φροντίδας το οποίο θα περιγράφει τους τύπους των υπηρεσιών που θα λάβετε.
6. Μπορείτε να μετακινηθείτε μεταξύ διαφορετικών τοποθεσιών ή τύπων φροντίδας καθώς αλλάζουν οι ανάγκες σας.
7. Θα λάβετε βοήθεια για να βρείτε επιλογές για πιο μακροπρόθεσμη φροντίδα εάν την χρειάζεστε.

**Στο πρόγραμμα, υπάρχουν δύο τύποι φροντίδας που μπορείτε να λάβετε**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house **Φροντίδα στο σπίτι**  Θα λάβετε φροντίδα στο σπίτι σας.  Οι υπηρεσίες θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν:   * Νοσηλευτική και ανάπαυλα στο σπίτι * Βοήθεια με το καθάρισμα, τα γεύματα ή το μπάνιο * Διοργάνωση ιατρικών ραντεβού * Μεταφορές σε ραντεβού ή κοινωνικές δραστηριότητες * Θεραπεία από προσωπικό παραϊατρικών επαγγελμάτων, όπως φυσιοθεραπευτή * Εξοπλισμό στήριξης όπως κουπαστές, ράμπες ή βοηθήματα ακράτειας  **Χρεώσεις** Θα πρέπει να πληρώσετε το 17,5% της τρέχουσας σύνταξής σας γήρατος ατόμου χωρίς σύντροφο την ημέρα. |  | An icon of a bed **Φροντίδα για κλινήρεις ασθενείς**  Θα λάβετε φροντίδα σε νοσοκομείο ή ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων.  Οι υπηρεσίες θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν:   * Νοσηλευτική και στήριξη από εφημερεύον προσωπικό * Βοήθεια με τη φαρμακευτική αγωγή * Βοήθεια με καθημερινές δραστηριότητες όπως το μπάνιο ή το περπάτημα * Στήριξη για την άννοια * Διοργάνωση των ιατρικών ραντεβού * Θεραπεία από προσωπικό παραϊατρικών επαγγελμάτων, όπως φυσιοθεραπευτή  **Χρεώσεις** Θα πρέπει να πληρώσετε το 85% της τρέχουσας σύνταξής σας γήρατος ατόμου χωρίς σύντροφο την ημέρα.  Θα χρειαστεί, επίσης, να πληρώσετε για τυχόν συνταγογραφούμενα φάρμακα που χρειάζεστε από το φαρμακείο της επιλογής σας. |

Το πρόγραμμα **δεν** περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως:

✗ Παθολογικές ή ακτινολογικές εξετάσεις (όπως εξετάσεις αίματος ή ακτινογραφίες)

✗ Διακομιδή με το ασθενοφόρο προς ή από το νοσοκομείο

✗ Συνταγογραφούμενα φάρμακα ή χρεώσεις φαρμακείου

✗ Ραντεβού με τον Οικογενειακό Γιατρό [GP]

# Τι να περιμένετε στο πρόγραμμα

Για να αξιοποιήσετε το TCP στο έπακρο, θα έχετε διαφορετικά δικαιώματα και ευθύνες.

## Τι κάνει ο υπεύθυνος φροντίδας μου;

Ο υπεύθυνος φροντίδας σας είναι η κύρια επαφή, ο υποστηρικτής και ο συνήγορός σας κατά την διάρκεια του προγράμματος.

Ο υπεύθυνος φροντίδας μπορεί να σας βοηθήσει:

* Με την δημιουργία ενός προγράμματος φροντίδας και την ενημέρωσή του βάσει των αναγκών σας
* Με την λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν την φροντίδα σας
* Με την προάσπιση των αναγκών σας και την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης
* Με την κοινοποίηση και ανάληψη δράσης βάσει των σχολίων σας για την φροντίδα σας
* Με τον εκ των προτέρων προγραμματισμό της φροντίδας σας, συμπεριλαμβανομένης της κατανόησης των αξιών και των πεποιθήσεών σας, ώστε η ομάδα φροντίδας σας να μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις εκ μέρους σας εάν εσείς δεν είστε ικανοί να το κάνετε
* Με την δημιουργία ενός προγράμματος κατόπιν εξιτηρίου απ' το νοσοκομείο και την διοργάνωση μακροχρόνιας υποστήριξης

Ο υπεύθυνος φροντίδας σας δεν θα παίρνει ιατρικές αποφάσεις για τη φροντίδα σας. Θα συνεργαστείτε με τους ιατρικούς επαγγελματίες στην ομάδα φροντίδας σας για αυτόν το σκοπό.

## Πώς θα κοινοποιούνται τα στοιχεία μου;

Όταν συμπληρώσετε και υπογράψετε τη συμφωνία, μας δίνετε την άδειά σας να κοινοποιήσουμε τα στοιχεία σας:

* Στον οικογενειακό γιατρό σας [GP], σε επαγγελματίες υγείας, στην υπηρεσία My Aged Care και σε άλλους παρόχους υπηρεσιών ώστε να μπορέσουμε να ικανοποιήσουμε τις ανάγκες φροντίδας σας
* Στο Κοινοπολιτειακό Υπουργείο Υγείας και Φροντίδας Ηλικιωμένων, στην Επιτροπή Ποιότητας και Ασφάλειας Φροντίδας Ηλικιωμένων και στο Υπουργείο Υγείας της Βικτώριας ώστε να μπορέσουν να χρηματοδοτήσουν και να μετρήσουν την επιτυχία του προγράμματος

## Τι θα πρέπει να κάνω εγώ;

Θα έχετε διαφορετικές ευθύνες ως μέρος του προγράμματος. Εσείς θα πρέπει:

* Να εργάζεστε ενεργά για να πετύχετε τους στόχους του προγράμματος φροντίδας σας
* Να είστε υπεύθυνοι για τις δικές σας ενέργειες και επιλογές
* Να πείτε στον υπεύθυνο φροντίδας σας τι χρειάζεστε. Εάν χρειάζεστε βοήθεια με κάτι, ζητήστε την
* Ενημερώστε την ομάδα φροντίδας σας αν έχετε ένα συγκεκριμένο αίτημα (π.χ. εάν θα θέλατε να καπνίσετε, να χρησιμοποιήσετε ηλεκτρονικά τσιγάρα ή να πιείτε αλκοόλ)
* Συμπεριφερθείτε με σεβασμό προς την ομάδα φροντίδας σας, με τον ίδιο τρόπο που θα θέλατε να συμπεριφερθούν σε εσάς
* Παρέχετε στην ομάδα φροντίδας σας έναν ασφαλή και υγιεινό χώρο εργασίας εάν αναρρώνετε στο σπίτι

## Ποια είναι τα δικαιώματά μου;

Τα δικαιώματα όλων των πελατών του TCP προστατεύονται στο πλαίσιο:

* Της Χάρτας Δικαιωμάτων Φροντίδας Ηλικιωμένων
* Του Κοινοπολιτειακού Νόμου περί Φροντίδας Ηλικιωμένων 1997, του Νόμου περί Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μεταβατικές Διατάξεις) 1997 και των Αρχών που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο των Νόμων
* Του Νόμου περί Χάρτας Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ευθυνών της Βικτώριας 2006
* Του Νόμου περί Προστασίας της Ιδιωτικότητας και των Δεδομένων της Βικτώριας 2014
* Του Νόμου περί Μητρώων Υγείας της Βικτώριας 2001
* Του Κοινοπολιτιειακού Νόμου περί Προστασίας της Ιδιωτικότητας 1988

# Τέλη και πληρωμές

Ενώ το TCP χρηματοδοτείται ως επί το πλείστον από την κυβέρνηση, εσείς **θα** πρέπει να πληρώσετε τέλος για το κόστος φροντίδας σας.

## Τι θα πρέπει να πληρώσω;

Θα πρέπει να πληρώσετε τέλη βάσει του τύπου φροντίδας που θα λάβετε:

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | Για **φροντίδα στο σπίτι** Εάν είστε στο πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας, θα πρέπει να πληρώσετε το **17.5%** της τρέχουσας σύνταξής σας ατόμου χωρίς σύντροφο την ημέρα. |
|  |  |
| An icon of a bed | Για **κλινήρεις ασθενείς** Εάν είστε στο πρόγραμμα σε ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων ή σε νοσοκομείο, θα πρέπει να πληρώσετε το **85%** της τρέχουσας σύνταξής σας ατόμου χωρίς σύντροφο την ημέρα.  Θα χρειαστεί, επίσης, να πληρώσετε για τυχόν συνταγογραφούμενα φάρμακα που χρειάζεστε από το φαρμακείο της επιλογής σας. |

Εάν δεν έχετε σύνταξη, θα πρέπει να πληρώσετε ένα *καθημερινό τέλος* που ισοδυναμεί με το ποσοστό που περιγράφεται παραπάνω.

Το TCP **δεν** καλύπτεται από:

✗ Το Medicare

✗ Ιδιωτική Ασφάλεια Υγείας

✗ Το Υπουργείο Θεμάτων Βετεράνων

## Και αν δεν μπορώ να πληρώσω;

Οι χρεώσεις TCP μπορεί να είναι ευέλικτες βάσει των μοναδικών περιστάσεών σας. Εάν δεν μπορείτε να πληρώσετε το τέλος, μπορείτε να είστε ακόμα μέρος του προγράμματος.

Μπορείτε να μιλήσετε στον υπεύθυνο φροντίδας σας για διαφορετικές επιλογές, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης του κόστους, ή να ζητήσετε περισσότερο χρόνο για την πληρωμή.

## Πώς θα πληρώνω;

Θα λάβετε ένα τιμολόγιο και περισσότερες πληροφορίες για το πώς θα πληρώνετε όταν ξεκινήσετε το πρόγραμμα.

Αυτό το τιμολόγιο θα περιλαμβάνει ένα τέλος για κάθε ημέρα που είστε στο πρόγραμμα, συμπεριλαμβανομένων των ημερών που μπορεί να μην λαμβάνετε φροντίδα, όπως ένα Σαββατοκύριακο.

## Τι γίνεται εάν θέλω να κάνω διάλειμμα;

Μπορείτε να έχετε έως και 7 ημέρες άδεια, αυτή μπορεί να περιλαμβάνει απουσία για κοινωνικές δραστηριότητες ή εάν χρειαστεί να επιστρέψετε στο νοσοκομείο. Το να πάρετε άδεια δεν θα αλλάξει την ημερομηνία λήξης του προγράμματός σας.

Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε αυτόν τον χρόνο ως ξεχωριστές ημέρες ή ως μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Θα χρειαστεί να πληρώσετε τέλη για τις ημέρες που απουσιάζετε από το πρόγραμμα.

# 

# Που να βρείτε βοήθεια

Ο **υπεύθυνος φροντίδας σας** είναι η κύρια επαφή σας για το πρόγραμμα, αλλά μπορείτε επίσης να επικοινωνείτε με άλλους οργανισμούς για διαφορετικά είδη υποστήριξης.

## Για πληροφορίες και υποστήριξη με υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων

**My Aged Care**

1800 200 422

8:00 π.μ. έως 8:00 μ.μ. Δευτέρα με Παρασκευή



10:00 π.μ. to 2:00 μ.μ. το Σάββατο

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

## Για άτομα που είναι κωφά και/ή το βρίσκουν δύσκολο να ακούν ή να μιλούν με άτομα που χρησιμοποιούν τηλέφωνο

**Εθνική Υπηρεσία Αναμετάδοσης (NRS)**

13 36 77

## Για παράπονα, ανησυχίες ή σχόλια για το πρόγραμμα

**Γραφείο Επιτρόπου Παραπόνων Υγείας**

 1300 582 113

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

**Επιτροπή Ποιότητας και Ασφάλειας Φροντίδας Ηλικιωμένων**

 1800 951 822

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

## Εάν χρειάζεστε συμβουλές ή κάποιο άτομο για να μιλάει εκ μέρους σας

**Εθνική Γραμμή Συνηγορίας Φροντίδας Ηλικιωμένων**

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)

**Υπηρεσία Συνηγορίας Δικαιωμάτων Ηλικιωμένων**

 03 6902 3066

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

# Συμφωνία Προγράμματος Μεταβατικής Φροντίδας (TCP) Δικαιώματα και ευθύνες

##### Λεπτομέρειες Υπηρεσιών TCP

###### Συμπληρώστε με κεφαλαία

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Αποδέκτης φροντίδας |  | Πάροχος υπηρεσιών TCP |
|  |  |  |

##### Τύπος φροντίδας

###### Σημειώστε 🅇 μόνο μία επιλογή

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**  An icon of a bed **Φροντίδα για κλινήρεις ασθενείς**   |  | | --- | | σε τοποθεσία TCP | |  | |  | ☐  An icon of a home **Φροντίδα στο σπίτι** |

##### Ο αποδέκτης φροντίδας συμφωνεί:

###### Διαβάστε και σημειώστε 🅇 κάθε κουτί.

###### Μπορείτε να το συμπληρώσετε ως ο αποδέκτης φροντίδας ή ως ο εκπρόσωπος εκ μέρους του (π.χ. φροντιστής, σύζυγος)

☐ Ότι θα είναι μέρος του προγράμματος

Αυτό συμπεριλαμβάνει εάν είναι σε λίστα αναμονής για να αρχίσει το TCP

☐ Ότι κατανοεί πώς θα κοινοποιηθούν τα στοιχεία του

Τα στοιχεία θα κοινοποιηθούν σε επαγγελματίες υγείας, στην υπηρεσία My Aged Care και στην κυβέρνηση

☐ Ότι γνωρίζει τα δικαιώματά του

Αυτό συμπεριλαμβάνει τα δικαιώματά του στο πλαίσιο της Χάρτας Δικαιωμάτων Φροντίδας Ηλικιωμένων

☐ Ότι γνωρίζει τις ευθύνες του

Αυτό συμπεριλαμβάνει τη συνεργασία με έναν υπεύθυνο φροντίδας για την δημιουργία ενός προγράμματος φροντίδας και προγράμματος κατόπιν εξιτηρίου

☐ Ότι κατανοεί ότι είτε ο ίδιος είτε ο πάροχος υπηρεσιών του μπορεί να επανεξετάσει αυτή τη συμφωνία για να κάνει αλλαγές

Τόσο ο πάροχος υπηρεσιών όσο και ο αποδέκτης φροντίδας πρέπει να συμφωνήσουν με τυχόν αλλαγές γραπτώς

☐ Ότι κατανοεί ότι είτε ο ίδιος είτε ο πάροχος υπηρεσιών του μπορεί να θέσει τέλος στο πρόγραμμα οποιαδήποτε στιγμή

Εάν ο ίδιος ή ο πάροχος υπηρεσιών του επιλέξουν να θέσουν τέλος στο πρόγραμμα, ο υπεύθυνος φροντίδας μπορεί να παράσχει άλλες επιλογές και να διασφαλίσει ότι πληρούται η προθεσμία ειδοποίησης

# Συμφωνία Προγράμματος Μεταβατικής Φροντίδας (TCP) Τέλη και πληρωμές

##### Τέλη και τιμολόγια

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Το καθημερινό σας τέλος φροντίδας |  | Τα τιμολόγια θα προέρχονται |
| $ |  |  |

##### Συμφωνία τελών και πληρωμών

###### Διαβάστε και σημειώστε 🅇 κάθε κουτί για να συμφωνήσετε

###### Μπορείτε να το συμπληρώσετε ως ο αποδέκτης φροντίδας ή ως ο εκπρόσωπος εκ μέρους του (π.χ. φροντιστής, σύζυγος).

☐ Εγώ είμαι το άτομο που θα πληρώσει τα τέλη TCP

☐ Κατανοώ ότι το καθημερινό τέλος συμπεριλαμβάνει Σαββατοκύριακα και ημέρες όπου μπορεί να μην έχω υπηρεσίες

☐ Κατανοώ ότι μπορώ να ζητήσω από τον υπεύθυνο φροντίδας να επανεξετάσει τα τέλη TCP οποιαδήποτε στιγμή εάν δεν μπορώ να τα πληρώσω

☐ Κατανοώ ότι τα τέλη δεν καλύπτονται από το Medicare, την ιδιωτική ασφάλεια υγείας ή το Υπουργείο Θεμάτων Βετεράνων

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Για φροντίδα για κλινήρεις ασθενείς μόνο**  ☐ Θα πληρώσω για οποιοδήποτε απαραίτητο συνταγογραφούμενο φάρμακο  Θα λάβετε τιμολόγια για τα συνταγογραφούμενα φάρμακά σας ενώ είστε στο πρόγραμμα  ☐ Κατανοώ ότι το κόστος των φαρμάκων θα καθοριστεί από το φαρμακείο της επιλογής μου   |  | | --- | | Όνομα φαρμακείου | |  |  |  | | --- | | Διεύθυνση φαρμακείου | | Οδός | |  | | Προάστιο ή Πόλη | |  | | Πολιτεία, Ταχυδρομικός Τομέας | |  | |

# Συμφωνία Προγράμματος Μεταβατικής Φροντίδας (TCP) Τελικές λεπτομέρειες και υπογραφή

##### Στοιχεία πληρωτή τελών

###### Συμπληρώστε με κεφαλαία

|  |
| --- |
| Ονοματεπώνυμο |
|  |

###### 

|  |
| --- |
| Διεύθυνση |
| Οδός |
|  |
| Προάστιο ή Πόλη |
|  |
| Πολιτεία, Ταχυδρομικός Τομέας |
|  |

###### 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Τηλεφωνικός αριθμός |  | Διεύθυνση email |
|  |  |  |

##### Θα ήθελα να λάβω τα τιμολόγια μέσω:

###### Σημειώστε 🅇 μόνο μία επιλογή

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ Ταχυδρομείου** |  | **☐ Email** |

##### Υπογράψτε και βάλτε την ημερομηνία

###### Μπορείτε να υπογράψετε ως ο αποδέκτης φροντίδας ή ως ο εκπρόσωπος εκ μέρους του (π.χ. φροντιστής, σύζυγος)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Υπογραφή |  | Ημερομηνία |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Εκπρόσωποι μόνο**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Γιατί το άτομο που θα λάβει την φροντίδα δεν είναι ικανό να υπογράψει; |  | Ποια είναι η σχέση σας; (π.χ. φροντιστής, σύζυγος) | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Μάρτυρας (υπογραφή) |  | Ημερομηνία | |  |  |  | |

|  |
| --- |
| Η συμφωνία συμπληρώθηκε με μέλος του προσωπικού (υπογραφή / ιδιότητα / τυπώστε το όνομα) |
|  |