# अवस्थांतर देखभाल कार्यक्रम (ट्रांज़िशन केयर प्रोग्राम)

यह पुस्तिका आपको ट्रांज़िशन केयर प्रोग्राम के बारे में जानकारी देती है। यह आपके अधिकारों और जिम्मेदारियों के बारे में समझाती है और साथ ही इस बात का विवरण देती है कि क्या उम्मीद करें।

**हमसे संपर्क करें**

|  |  |
| --- | --- |
| केस मैनेजर: Jane Doe XXXX XXX XXX (मोबाइल) jane.doe@email.com | ट्रांज़िशन केयर प्रोग्राम मैनेजर 03 9595 2307 TCP@health.vic.gov.au |

 **यह समझौता अपने कम्पयूटर पर डाउनलोड करें**

QR कोड स्कैन करें

इस दस्तावेज़ को अन्य फॉर्मेट में प्राप्त करने के लिए यहाँ ई-मेल भेजें: TCP@health.vic.gov.au <TCP@health.vic.gov.au>



विक्टोरिया सरकार, 1 Treasury Place, Melbourne द्वारा प्राधिकृत और प्रकाशित।

© विक्टोरिया राज्य, ऑस्ट्रेलिया, स्वास्थ्य विभाग, जनवरी 2023.

[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) पर उपलब्ध

उपलब्ध फॉर्मेट: DOCX

# ट्रांज़िशन केयर प्रोग्राम (TCP) क्या है?

TCP अस्पताल में आपके रहने के बाद बहाली (रिक्वर) करने, स्वतंत्रता हासिल करने, और आपके लिए आवश्यक समर्थन के साथ आपका संपर्क स्थापित करने में आपकी मदद कर सकता है।

### **यह कैसे काम करता है**

1. वयोवृद्ध देखभाल आकलन सेवा (Aged Care Assessment Service, ACAS) इस बात की पुष्टि करेगी कि क्या आप TCP सेवाएँ प्राप्त कर सकते/ती हैं या नहीं।
2. आपको TCP समझौते को भरने और इसपर हस्ताक्षर करने की ज़रूरत होगी।
3. आपके अस्पताल में रुकने की अवधि समाप्त होने पर यह कार्यक्रम शुरू होता है।
4. घर पर, एजेड केयर (वृद्ध देखभाल) केन्द्र या अस्पताल में स्वास्थ्य-लाभ (रिक्वर) करते समय आप अधिकतम **12 सप्ताहों** (84 दिनों) के लिए समर्थन प्राप्त कर सकते/ती हैं।
5. आपके पास एक देखभाल योजना होगी, जिसमें आपको प्राप्त होने वाली सेवाओं के प्रकारों का विवरण होगा।
6. जैसे-जैसे आपकी ज़रूरतें बदलती जाती हैं, आप विभिन्न स्थानों या देखभाल के प्रकारों के बीच स्थानांतरण कर सकते/ती हैं।
7. आपको आवश्यकतानुसार लंबी अवधि की देखभाल के विकल्प खोजने में मदद मिलेगी।

### **कार्यक्रम में आप दो प्रकार की देखभाल प्राप्त कर सकते/ती हैं**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house**गृह-आधारित देखभाल**आपको अपने घर पर देखभाल मिलेगी।सेवाओं में शामिल हो सकती हैं: * नर्सिंग और घर-पर राहत
* साफ-सफाई करने, भोजन करने या नहाने में मदद
* चिकित्सीय एपॉइंटमेंट्स तय करना
* एपॉइंटमेंट्स या सामाजिक गतिविधियों के लिए यात्रा
* फिजियोथेरेपिस्ट जैसे एलाइड हेल्थ से थेरेपी
* सहायक उपकरण, जैसे हैंडरेल, रैंप या कॉन्टिनेंस एड्स

**शुल्क**आपको प्रतिदिन अपनी वर्तमान सिंगल एजेड पेन्शन के 17.5% का भुगतान करने की आवश्यकता होगी। |  | An icon of a bed**बिस्तर पर आधारित देखभाल**आपको अस्पताल या एजेड केयर केन्द्र में देखभाल मिलेगी।सेवाओं में शामिल हो सकती हैं: * नर्सिंग तथा ऑन-कॉल समर्थन
* दवाई के साथ सहायता
* नहाने या सैर करने जैसे रोज़ाना के कार्यों के साथ सहायता
* डिमेंशिया (मनोभ्रंश) समर्थन
* चिकित्सीय एपॉइंटमेंट्स तय करना
* फिजियोथेरेपिस्ट जैसे एलाइड हेल्थ से थेरेपी

**शुल्क**आपको प्रतिदिन अपनी वर्तमान सिंगल एजेड पेन्शन के 85% का भुगतान करने की आवश्यकता होगी। आपको अपनी चुनी हुई फ़ार्मेसी से आवश्यक किसी भी प्रिस्क्रिप्शन की दवाई के लिए भी भुगतान करने की ज़रूरत होगी। |

कार्यक्रम में निम्नलिखित प्रकार की सेवाएँ शामिल **नहीं हैं**:

✗ पैथोलॉजी या रेडियोलॉजी (जैसे रक्त परीक्षण या एक्स-रे)

✗ अस्पताल से आने-जाने के लिए एम्बुलेंस यात्रा

✗ प्रिस्क्रिप्शन दवाइयाँ या फॉर्मेसी शुल्क

✗ GP के साथ एपॉइंटमेंट्स

# कार्यक्रम से क्या उम्मीद करें

आपके पास TCP से अधिकतम लाभ उठाने के लिए अलग-अलग अधिकार और दायित्व होंगे।

## मेरा केस मैनेजर क्या करता है?

कार्यक्रम के दौरान आपका केस मैनेजर आपका मुख्य संपर्क, समर्थक और पक्ष-समर्थक होता है।

केस मैनेजर निम्नलिखित में आपकी मदद कर सकता है:

* देखभाल योजना बनाना और आपकी ज़रूरतों के आधार पर इसे अपडेट करना
* आपकी देखभाल को प्रभावित करने वाले फैसले लेना
* आपकी आवश्यकताओं का पक्ष-समर्थन करना और आपको भावनात्मक समर्थन देना
* आपकी देखभाल को साझा करना और फीडबैक पर कार्य करना
* अग्रिम रूप से आपकी योजना बनाना, जिसमें आपके मूल्यों और विचारधाराओं को समझना भी शामिल होगा, ताकि यदि आप असमर्थ हैं तो आपकी देखभाल टीम आपकी ओर से निर्णय ले सके
* डिस्चार्ज योजना बनाना और लंबी अवधि के लिए समर्थन तय करना

आपका केस मैनेजर आपकी देखभाल के बारे में चिकित्सीय फैसले नहीं लेगा ऐसे फैसले लेने के लिए आप अपनी देखभाल टीम में चिकित्सीय पेशेवरों के साथ काम करेंगे/गी।

## मेरी जानकारी को साझा कैसे किया जाएगा?

जब आप समझौता भरते/ती हैं और उसपर हस्ताक्षर करते/ती हैं, तो आप निम्नलिखित के साथ हमें अपनी जानकारी साझा करने की अनुमति देते/ती हैं:

* आपके जीपी, स्वास्थ्य पेशेवर, My Aged Care और अन्य सेवा प्रदाता, ताकि हम आपकी देखभाल की ज़रूरतों को पूरा कर सकें
* राष्ट्रमंडल स्वास्थ्य विभाग, वयोवृद्ध देखभाल गुणवत्ता एवं सुरक्षा आयोग और विक्टोरिया स्वास्थ्य विभाग, ताकि वे कार्यक्रम को वित्त-पोषित कर सकें और इसकी सफलता का आकलन कर सकें

## मुझे क्या करने की ज़रूरत होगी?

कार्यक्रम के भाग के तौर पर आपकी अलग-अलग जिम्मेदारियाँ होंगी। आपको निम्नलिखित करने की ज़रूरत होगी:

* सक्रिय रूप से अपनी देखभाल योजना के लक्ष्यों की ओर काम करना
* अपने द्वारा उठाए कदमों और अपने द्वारा लिए फैसलों के लिए जिम्मेदार होना
* अपने केस मैनेजर को बताना कि आपकी क्या आवश्यकताएँ हैं। यदि आपको किसी काम में सहायता की ज़रूरत है, तो उसके लिए अनुरोध करना
* यदि आपका कोई विशिष्ट अनुरोध है (जैसे कि आप धूम्रपान करते/ती हैं, वेप करते/ती हैं या शराब पीते/ती हैं), तो अपनी देखभाल टीम को बताना
* अपनी देखभाल टीम के साथ सम्मानपूर्वक बर्ताव करना, जैसे कि आप अपने साथ बर्ताव किया जाना चाहते/ती हैं
* यदि आप घर पर स्वास्थ्य-लाभ कर रहे/ही हैं, तो अपनी देखभाल टीम को काम करने के लिए सुरक्षित और स्वास्थ्यप्रद परिवेश प्रदान करना

## मेरे क्या अधिकार हैं?

TCP के सभी सेवार्थियों के अधिकार निम्नलिखित के अधीन संरक्षित हैं:

* वृद्ध देखभाल अधिकार चार्टर
* राष्ट्रमंडल वृद्ध देखभाल अधिनियम 1997, वृद्ध देखभाल (ट्रांज़िशनल प्रावधान) अधिनियम 1997 और अधिनियमों के तहत बनाए गए सिद्धांत
* मानवाधिकार एवं उत्तरदायित्व अधिनियम 2006 का विक्टोरिया चार्टर
* विक्टोरिया गोपनीयता एवं डेटा संरक्षण अधिनियम 2014
* विक्टोरिया स्वास्थ्य अभिलेख अधिनियम 2001
* राष्ट्रमंडल गोपनीयता अधिनियम 1988

# शुल्क और भुगतान

TCP को अधिकांशत: सरकार द्वारा वित्त-पोषित किया जाता है, किंतु आपको अपनी देखभाल की लागत की ओर शुल्क का भुगतान करना **होगा**।

## मुझे क्या भुगतान करने की ज़रूरत होगी?

आपको मिलने वाली देखभाल के प्रकार के आधार पर आपको शुल्क का भुगतान करना होगा:

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | यदि आप गृह-अधारित देखभाल कार्यक्रम में शामिल हैं, तो **घर पर आधारित देखभाल** के लिए, आपको प्रतिदिन अपनी वर्तमान सिंगल एजेड पेन्शन के **17.5%** का भुगतान करने की आवश्यकता होगी। |
|  |  |
| An icon of a bed | यदि आप एजेड केयर केन्द्र या अस्पताल में कार्यक्रम में है तो **बिस्तर पर आधारित** देखभाल के लिए, आपको प्रतिदिन अपनी वर्तमान सिंगल एजेड पेन्शन के **85%** का भुगतान करने की आवश्यकता होगी।आपको अपनी चुनी हुई फ़ार्मेसी से आवश्यक किसी भी प्रिस्क्रिप्शन की दवाई के लिए भी भुगतान करने की ज़रूरत होगी। |

यदि आपके पास पेन्शन नहीं है, तो आपको ऊपर दर्शाई गई प्रतिशतता के बराबर *दैनिक शुल्क* का भुगतान करने की ज़रूरत होगी।

TCP को निम्नलिखित द्वारा कवर **नहीं** किया जाता है:

✗ मेडिकेयर

✗ निजी स्वास्थ्य बीमा

✗ डिपॉर्टमेंट ऑफ वैटरन एफैयर्स

## अगर मैं भुगतान नहीं कर सकता/ती हूँ, तो क्या होगा?

आपकी विशिष्ट परिस्थितियों के आधार पर TCP शुल्क अनुकूलनीय हो सकता है। यदि आप शुल्क का भुगतान नहीं कर सकते/ती हैं, तो भी आप कार्यक्रम का हिस्सा बन सकते/ती हैं।

आप अपने केस मैनेजर से विभिन्न विकल्पों के बारे में बात कर सकते/ती हैं, जिसमें लागत कम करना, या भुगतान करने के लिए और समय मांगना शामिल है।

## मैं भुगतान कैसे करूँगा/गी?

कार्यक्रम शुरू करने के बाद आपको एक इन्वॉइस और भुगतान करने के तरीके के बारे में और अधिक जानकारी मिलेगी।

इस इन्वॉइस में हरेक ऐसे दिन के लिए शुल्क शामिल होगा, जिस दिन आप कार्यक्रम में प्रतिभागी होंगे/गी। इसमें वे दिन भी शामिल हैं, जब आपको सम्भवत: देखभाल न मिले, जैसे कि सप्ताहांतों में।

## यदि मुझे अंतराल लेने की ज़रूरत पड़ती है, तो क्या होगा?

आप 7 दिनों का अंतराल ले सकते/ती हैं। इसमें सामाजिक गतिविधियों के लिए या अस्पताल लौटने की आवश्यकता होने पर अंतराल लेना शामिल हो सकता है। अंतराल लेने से आपके कार्यक्रम की समाप्ति तिथि में बदलाव नहीं होगा।

आप एक ही दिन, या फिर लंबी अवधि के लिए इस समय का प्रयोग कर सकते/ती हैं। आपको कार्यक्रम से अंतराल के दिनों के लिए शुल्क का भुगतान करना होगा।

#

# सहायता कहाँ से प्राप्त करें

आपका **केस मैनेजर** कार्यक्रम के लिए आपका मुख्य संपर्क है, परन्तु अलग-अलग प्रकार के समर्थन के लिए आप अन्य संगठनों के साथ भी संपर्क कर सकते/ती हैं।

## एजेड केयर सेवाओं के बारे में जानकारी और समर्थन के लिए

**My Aged Care**

1800 200 422

 सुबह 8:00 बजे से रात 8:00 बजे सोमवार से शुक्रवार

सुबह 10:00 बजे से दोपहर 2:00 बजे शनिवार

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

## जिन लोगों की सुनने की क्षमता नहीं है, और/या जिन्हें फोन का उपयोग करने वाले लोगों के साथ सुनने या बोलने में कठिनाई होती है

**नेशनल रिले सेवा (NRS)**

13 36 77

## कार्यक्रम के बारे में शिकायत, चिंताओं या प्रतिक्रिया के लिए

**स्वास्थ्य शिकायत आयुक्त कार्यालय**

 1300 582 113

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

**वयोवृद्ध देखभाल गुणवत्ता एवं सुरक्षा आयोग**

 1800 951 822

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

## यदि आपको सलाह के लिए या अपनी ओर से आवाज उठाने के लिए किसी की आवश्यकता है

**नेशनल एजेड केयर एडवोकेसी लाइन**

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)

**एल्डर्स राइट्स एडवोकेसी**

 03 6902 3066

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

# ट्रांज़िशन केयर प्रोग्राम (TCP) समझौताअधिकार एवं जिम्मेदारियाँ

##### TCP सेवा विवरण

###### बड़े अक्षरों में भरें

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| देखभाल प्राप्तकर्ता |  | TCP सेवा प्रदाता |
|  |  |  |

##### देखभाल का प्रकार

###### केवल एक विकल्प पर 🅇 का निशान लगाएँ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**An icon of a bed**बिस्तर आधारित देखभाल**

|  |
| --- |
| TCP स्थल पर |
|  |

 |  | ☐An icon of a home**गृह-आधारित देखभाल** |

##### देखभाल प्राप्तकर्ता यह सहमति देता है कि वे:

###### हरेक बिंदु को पढ़ेंगे और चौखाने में 🅇 निशान लगाएँगे।

###### आप इसे देखभाल प्राप्तकर्ता के रूप में, या उनकी ओर से एक प्रतिनिधि (जैसे देखभालकर्ता, जीवनसाथी) के रूप में पूरा कर सकते/ती हैं ।

☐ कार्यक्रम का हिस्सा होंगे

इसमें वह स्थिति भी शामिल है, जब वे TCP की शुरुआत करने के लिए प्रतीक्षा-सूची में होंगे

☐ समझते हैं कि उनकी जानकारी को कैसे साझा किया जाएगा

स्वास्थ्य पेशेवरों, My Aged Care और सरकार के साथ जानकारी साझा की जाएगी

☐ जानते हैं कि उनके अधिकार क्या हैं

इसमें वृद्ध देखभाल अधिकार चार्टर के तहत उनके अधिकार शामिल हैं

☐ जानते हैं कि उनकी जिम्मेदारियाँ क्या हैं

इसमें देखभाल योजना और डिस्चार्ज योजना बनाने के लिए केस मैनेजर के साथ काम करना शामिल है

☐ समझते हैं कि या तो वे, या फिर उनका सेवा प्रदाता बदलाव करने के लिए इस समझौते की समीक्षा कर सकता है

सेवा प्रदाता और देखभाल प्राप्तकर्,ता दोनों को लिखित में किसी भी बदलाव के लिए सहमत होना होगा

☐ समझते हैं कि या तो वे, या फिर उनका सेवा प्रदाता किसी भी समय कार्यक्रम को समाप्त कर सकता है

यदि वे या उनका सेवा प्रदाता कार्यक्रम को समाप्त करने का चयन करता है, तो केस मैनेजर अन्य देखभाल विकल्प प्रदान कर सकता है और यह सुनिश्चित कर सकता है कि नोटिस की अवधि पूरी हो गई है

# ट्रांज़िशन केयर प्रोग्राम (TCP) समझौताशुल्क और भुगतान

##### शुल्क और इन्वॉइस

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| आपका दैनिक देखभाल शुल्क |  | इन्वॉइसें इनके लिए भेजी जाएँगी: |
| $ |  |  |

##### शुल्क और भुगतान समझौता

###### हरेक बिंदु को पढ़ें और सहमति के लिए चौखाने में 🅇 का निशान लगाएँ

###### आप इसे देखभाल प्राप्तकर्ता के रूप में, या उनकी ओर से एक प्रतिनिधि (जैसे देखभालकर्ता, जीवनसाथी) के रूप में पूरा कर सकते/ती हैं ।

☐ मैं वह व्यक्ति हूँ, जो TCP शुल्क का भुगतान करेगा

☐ मैं समझता/ती हूं, कि दैनिक शुल्क में सप्ताहांत और वे दिन शामिल हैं जब मुझे सम्भवत: सेवाएँ प्राप्त न हों

☐ मुझे पता है कि अगर मैं भुगतान करने में असमर्थ हूं, तो मैं किसी भी समय केस मैनेजर से TCP शुल्क की समीक्षा करने के लिए कह सकता/ती हूं

☐ मैं समझता/ती हूँ कि शुल्क मेडिकेयर, निजी स्वास्थ्य बीमा या डिपॉर्टमेंट ऑफ वैटर्नस अफैयर्स द्वारा कवर नहीं किया जाता है

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **केवल बिस्तर आधारित देखभाल के लिए**☐ मैं किसी भी आवश्यक प्रिस्क्रिप्शन की दवाई के लिए भुगतान करूँगा/गीकार्यक्रम में शामिल होने के दौरान आपको अपनी प्रिस्क्रिप्शन की दवाई के लिए इन्वॉइस भेजी जाएगी☐ मैं समझता/ती हूं कि दवाई की कीमत मेरे द्वारा चुनी गई फार्मेसी द्वारा निर्धारित की जाएगी

|  |
| --- |
| फॉर्मेसी का नाम |
|  |

|  |
| --- |
| फॉर्मेसी का पता |
| स्ट्रीट पता |
|  |
| सबर्ब या शहर |
|  |
| राज्य, पोस्टकोड |
|  |

 |

# ट्रांज़िशन केयर प्रोग्राम (TCP) समझौता अंतिम विवरण और हस्ताक्षर

##### शुल्क भुगतानकर्ता के विवरण

###### बड़े अक्षरों में भरें

|  |
| --- |
| पूरा नाम |
|  |

######

|  |
| --- |
| पता |
| स्ट्रीट पता |
|  |
| सबर्ब या शहर |
|  |
| राज्य, पोस्टकोड |
|  |

######

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| फोन नम्बर |  | ई-मेल पता |
|  |  |  |

##### मैं इस तरीके से इन्वॉइस प्राप्त करना पसंद करूँगा/गी:

###### केवल एक विकल्प पर 🅇 का निशान लगाएँ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ डाक** |  | **☐ ई-मेल** |

##### हस्ताक्षर और दिनांक

###### आप देखभाल प्राप्तकर्ता के रूप में, या उनकी ओर से एक प्रतिनिधि (जैसे देखभालकर्ता, जीवनसाथी) के तौर पर हस्ताक्षर कर सकते/ती हैं ।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| हस्ताक्षर |  | तिथि |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **केवल प्रतिनिधि**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| देखभाल प्राप्तकर्ता हस्ताक्षर करने में असमर्थ क्यों है? |  | आपका क्या संबंध है? (जैसे देखभालकर्ता, जीवनसाथी) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| साक्षी (हस्ताक्षर) |  | तिथि |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| स्टाफ के सदस्य द्वारा समझौता पूरा किया गया (हस्ताक्षर / पद / नाम लिखें) |
|  |