# Programa de Transição de Cuidados

Este livreto fornece informações sobre o Programa de Transição de Cuidados (TCP). Também explica os seus direitos, responsabilidades e o que esperar dele.

**Contacte-nos**

|  |  |
| --- | --- |
| Gerente do caso: Jane Doe XXXX XXX XXX (telemóvel) jane.doe@email.com | Gerente do Programa de Transição de Cuidados 03 9595 2307 TCP@health.vic.gov.au |

 **Transfira este contrato ao seu computador**

Leia o código QR

Para receber este documento noutro formato, envie um e-mail a: TCP@health.vic.gov.au <TCP@health.vic.gov.au>



Autorizado e publicado pelo Governo do Estado de Vitória, 1 Treasury Place, Melbourne.

© Estado de Vitória, Austrália, Departamento de Saúde, janeiro de 2023.

Disponível em [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)

Formato disponível: DOCX

# O que é o Programa de Transição de Cuidados (TCP)?

O TCP pode ajudá-lo a recuperar-se após uma internação hospitalar, ganhar independência e obter a assistência de que precisa.

### **Como funciona**

1. O Serviço de Avaliação de Assistência a Idosos (ACAS) confirmará se você pode obter os serviços do TCP.
2. Você precisará preencher e assinar o contrato TCP.
3. O programa começa assim que o seu internamento termina.
4. Pode obter assistência por até **12 semanas** (84 dias) enquanto recupera-se em casa, numa casa de repouso ou no hospital.
5. Terá um plano de cuidados que descreve os tipos de serviços que receberá.
6. Pode mudar os locais ou tipos de atendimento conforme as suas necessidades mudem.
7. Receberá ajuda para encontrar opções para assistência a longo prazo, caso necessite.

### **No programa, existem dois tipos de atendimento que pode obter**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house**Cuidados domiciliares**Receberá atendimento na sua casa.Os serviços podem incluir: * Enfermagem e cuidados de repouso domiciliar
* Ajuda na limpeza, refeições ou banho
* Marcação de consultas médicas
* Locomoção para compromissos ou atividades sociais
* Terapia do pessoal de saúde aliado, como um fisioterapeuta
* Equipamentos de apoio, como corrimãos, rampas ou auxiliares de continência

**Taxas**Você terá de pagar 17,5% da sua atual pensão de velhice por dia. |  | An icon of a bed**Cuidados no leito**Receberá cuidados num hospital ou num centro de assistência a idosos.Os serviços podem incluir: * Assistência de enfermagem e de emergência
* Auxílio medicamentoso
* Ajuda nas tarefas diárias, como tomar banho ou caminhar
* Assitência para demência
* Marcação de consultas médicas
* Terapia do pessoal de saúde aliado, como um fisioterapeuta

**Taxas**Você terá de pagar 85% da sua atual pensão de velhice por dia. Também terá de pagar por qualquer medicamento prescrito da sua farmácia escolhida. |

O programa **não** inclui serviços como:

✗ Patologia ou radiologia (como exames de sangue ou raios-x)

✗ Transporte de ambulância de ou para o hospital

✗ Medicamentos prescritos ou taxas de farmácia

✗ Consultas de médico clínico geral (GP)

# O que esperar do programa

Para aproveitar ao máximo o TCP, você terá diferentes direitos e responsabilidades.

## O que meu gerente de caso faz?

O seu gerente de caso é o seu principal contacto, apoiante e defensor durante o programa.

Um gerente de caso pode ajudá-lo(a) a:

* Criar um plano de cuidados e atualizá-lo com base nas suas necessidades.
* Tomar decisões que afetam os seus cuidados.
* Defender as suas necessidades e dar-lhe apoio emocional.
* Dar e pôr em prática feedback sobre os seus cuidados.
* Programar o seu atendimento com antecedência, incluindo a compreensão dos seus valores e crenças para que a sua equipa de atendimento possa tomar decisões em seu nome caso você não possa.
* Criar um plano de alta e estabelecer assistência a longo prazo.

O seu gerente de caso não tomará decisões médicas sobre os seus cuidados. Você tomará estas decisões com os profissionais médicos da sua equipa de atendimento.

## Como as minhas informações serão partilhadas?

Ao preencher e assinar o contrato, você dá-nos permissão para partilhar as suas informações com:

* O seu médico de família, profissionais de saúde, My Aged Care e outros prestadores de serviços para que possamos atender às suas necessidades.
* O Departamento de Saúde e Assistência a Idosos da Commonwealth, a Comissão de Qualidade e Segurança de Assistência a Idosos e o Departamento de Saúde do Estado de Vitória para que possam financiar e avaliar o sucesso do programa.

## O que devo fazer?

Terá diferentes responsabilidades ao fazer parte do programa. Deve:

* Persistir ativamente em direção aos objetivos do seu plano de cuidados.
* Ser responsável pelas suas próprias ações e escolhas.
* Dizer ao seu gerente de caso quais são as suas necessidades. Se precisar de ajuda com algo, peça-a.
* Informar à sua equipa de cuidados se tiver um pedido específico (por exemplo, se gostaria de fumar, vaporizar ou beber álcool).
* Tratar a sua equipa de atendimento com respeito, como gostaria de ser tratado(a).
* Fornecer à sua equipa de atendimento um local seguro e saudável para trabalhar se estiver recuperando-se em casa.

## Quais são os meus direitos?

Todos os clientes do TCP têm os seus direitos protegidos sob o seguinte:

* Estatuto dos Direitos de Assistência a Idosos;
* Lei de Assistência a Idosos da Commonwealth de 1997, Lei de Assistência a Idosos (Disposições Transitórias) de 1997 e os Princípios definidos nas Leis;
* Estatuto do Estado de Vitória dos Direitos Humanos e Lei de Responsabilidades de 2006;
* Lei do Estado de Vitória sobre privacidade e proteção de dados de 2014;
* Lei de Registos de Saúde do Estado de Vitória de 2001;
* Lei de Privacidade da Commonwealth de 1988.

# Taxas e pagamentos

Embora o TCP seja financiado maioritariamente pelo governo, você **terá** de pagar uma taxa para o custo do seu atendimento.

## O que devo pagar?

Deverá pagar taxas com base no tipo de atendimento que receberá:

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | Para **cuidados domiciliares**Se utilizar o programa na sua casa, deverá pagar **17,5%** da sua atual pensão de velhice por dia. |
|  |  |
| An icon of a bed | Para **cuidados no leito**Se utilizar o programa numa instituição de assistência a idosos ou hospital, deverá pagar **85%** da sua atual pensão de velhice por dia.Também terá de pagar por qualquer medicamento prescrito da sua farmácia escolhida. |

Se não tiver pensão, terá de pagar uma *taxa diária* que seja igual à percentagem descrita acima.

O TCP **não** é coberto por:

✗ Medicare

✗ Seguro de saúde privado

✗ Departamento de Assuntos de Veteranos

## E se eu não puder pagar?

As taxas do TCP podem ser flexíveis com base nas suas circunstâncias únicas Se não puder pagar a taxa, ainda pode fazer parte do programa.

Pode conversar com o seu gerente de caso sobre diferentes opções, incluindo a de reduzir o custo ou a de solicitar mais tempo para pagar.

## Como vou pagar?

Receberá uma fatura e mais informações sobre como pagar assim que iniciar o programa.

Esta fatura incluirá uma taxa para cada dia em que estiver no programa, incluindo dias em que pode não receber atendimento, como um fim de semana.

## E se eu precisar de uma pausa?

Pode pausá-lo por até 7 dias, incluindo o tempo para atividades sociais ou se precisar de retornar ao hospital. A pausa do programa não mudará a data de término do seu programa.

Pode usar este tempo como dias únicos ou como um período de tempo mais prolongado. Deverá pagar taxas pelos dias em que fizer uma pausa no programa.

#

# Onde obter ajuda

O seu **gerente de caso** é o seu contacto principal para o programa, mas também pode entrar em contacto com outras organizações para diferentes tipos de assistência.

## Para obter informações e assistência com serviços de assistência a idosos

**My Aged Care**

1800 200 422

 Das 8h às 20h, de segunda-feira a sexta-feira

Das 10h às 14h aos sábados

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

## Para pessoas surdas e/ou que têm dificuldades ao ouvir ou falar com pessoas que utilizam o telefone

**Serviço Nacional de Retransmissão (NRS)**

13 36 77

## Para reclamações, preocupações ou feedback sobre o programa

**Escritório do Comissário de Queixas de Saúde**

 1300 582 113

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

**Comissão de Qualidade e Segurança de Assistência a Idosos**

 1800 951 822

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

## Se precisar de conselhos ou alguém para falar em seu nome

**Linha Nacional de Defesa da Assistência a Idosos**

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)

**Defesa dos Direitos dos Idosos**

 03 6902 3066

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

# Contrato do Programa de Transição de Cuidados (TCP)Direitos e responsabilidades

##### Detalhes do serviço TCP

###### Preencha em letras maiúsculas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pessoa que recebe cuidados |  | Provedor do serviço TCP |
|  |  |  |

##### Tipo de cuidado

###### Marque com um 🅇 apenas uma opção.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**An icon of a bed**Cuidados no leito**

|  |
| --- |
| no local do TCP |
|  |

 |  | ☐An icon of a home**Cuidados domiciliares** |

##### A pessoa que recebe cuidados concorda que:

###### Leia e marque cada caixa com um 🅇.

###### Os campos podem ser preenchidos pela pessoa que recebe cuidados ou por um representante em seu nome (por exemplo, cuidador, cônjuge).

☐ Fará parte do programa

Incluindo aqueles que estiverem na lista de espera para iniciar o TCP.

☐ Entende como as suas informações serão partilhadas

As informações serão partilhadas com os profissionais de saúde, My Aged Care e o governo.

☐ Sabe quais são os seus direitos

Isto inclui os seus direitos sob o Estatuto de Direitos de Assistência a Idosos.

☐ Sabe quais são as suas responsabilidades

Isto inclui colaborar com o gerente de caso para criar um plano de cuidados e um plano de alta.

☐ Entende que pode, ou o seu provedor de serviços pode, revisar este contrato para fazer alterações

Tanto o provedor de serviços quanto a pessoa que recebe cuidados devem concordar com quaisquer alterações por escrito.

☐ Entende que pode, ou o provedor de serviços pode, encerrar o programa a qualquer momento

Se o provedor de serviços ou a pessoa que recebe cuidados optarem por encerrar o programa, o gerente de caso pode fornecer outras opções de atendimento e garantir que o período de aviso prévio seja cumprido.

# Contrato do Programa de Transição de Cuidados (TCP)Taxas e pagamentos

##### Taxas e faturas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A sua taxa diária de cuidados |  | As faturas virão a partir de |
| $ |  |  |

##### Contrato de taxas e pagamentos

###### Leia e marque cada caixa com um 🅇 para concordar

###### Os campos podem ser preenchidos pela pessoa que recebe cuidados ou por um representante em seu nome (Por exemplo, cuidador, cônjuge).

☐ Eu sou a pessoa que pagará as taxas do TCP.

☐ Compreendo que a taxa diária inclui fins de semana e dias em que não possa obter serviços.

☐ Sei que posso pedir ao gerente de caso para revêr as taxas do TCP a qualquer momento se eu não puder pagá-las.

☐ Compreendo que as taxas não são cobertas pelo Medicare, seguro de saúde privado ou pelo Departamento de Assuntos de Veteranos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apenas para cuidados no leito**☐ Pagarei qualquer medicamento prescrito necessárioReceberá faturas dos seus medicamentos receitados enquanto estiver no programa.☐ Compreendo que o custo do medicamento será definido pela farmácia que eu escolher

|  |
| --- |
| Nome da farmácia |
|  |

|  |
| --- |
| Endereço da farmácia |
| Número e rua |
|  |
| Bairro ou Cidade |
|  |
| Estado, Código postal |
|  |

 |

# Contrato do Programa de Transição de Cuidados (TCP)Detalhes finais e assinatura

##### Dados do pagador da taxa

###### Preencha em letras maiúsculas.

|  |
| --- |
| Nome completo |
|  |

######

|  |
| --- |
| Endereço |
| Número e rua |
|  |
| Bairro ou Cidade |
|  |
| Estado, Código postal |
|  |

######

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número de telefone |  | Endereço de e-mail |
|  |  |  |

##### Desejo receber faturas por:

###### Marcar com um 🅇 apenas uma opção

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ Correio** |  | **☐ E-mail** |

##### Assinar e datar

###### A assinatura pode ser feita pela pessoa que recebe cuidados ou por um representante em seu nome (Por exemplo, cuidador, cônjuge).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assinatura |  | Data |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apenas para os representantes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Qual o motivo porque a pessoa que vai ser atendida não pode assinar? |  | Qual é a natureza do seu relacionamento? (Por exemplo, cuidador, cônjuge) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Testemunhado por (assinatura) |  | Data |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| Contrato concluído com membro da equipa (assinatura/designação/nome impresso) |
|  |