# Програм прелазне неге

Ова брошура вам пружа информације о Програму прелазне неге (Transition Care Program - TCP). Такође објашњава ваша права, обавезе и шта да очекујете.

**Контактирајте нас**

|  |  |
| --- | --- |
| Управник случаја: Jane Doe XXXX XXX XXX (мобилни) jane.doe@email.com | Управник Програма прелазне неге 03 9595 2307 TCP@health.vic.gov.au |

 **Преузмите овај уговор на ваш рачунар**

Скенирајте QR код

Да добијете овај документ у другом формату пошаљите имејл на адресуTCP@health.vic.gov.au <TCP@health.vic.gov.au>



Одобрено и издато од стране Владе Викторије, 1 Treasury Place, Melbourne.

© Држава Викторије, Аустралија, Министарство здравља, јануар 2023.

Може се наћи на [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)

Формат на располагању: DOCX

# Шта је Програм прелазне неге (TCP)?

TCP вам може помоћи да се опоравите након боравка у болници, да стекнете самопоуздање и да вас повеже са потребним услугама.

### **Како то функционише**

1. Служба за процену неге за старије особе (Aged Care Assessment Service - ACAS) ће потврдити да ли можете да добијете услуге TCP.
2. Мораћете да попуните и потпишете уговор TCP.
3. Програм почиње чим изађете из болнице.
4. Можете да добијете помоћ до **12 седмица** (84 дана) како се будете опорављали код куће, у установи за негу старијих особа или болници.
5. Имаћете план неге који ће описати врсте услуга које ћете добити.
6. Моћи ћете да се крећете између различитих локација или врста неге према променама ваших потреба.
7. Добићете помоћ у проналажењу опција за дугорочну негу ако вам буде потребна.

### **У програму су две врсте неге које можете да добијете**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house**Нега код куће**Добићете негу у својој кући.Услуге могу да укључе: * Негу и одмену неговатеља у кући
* Помоћ око чишћења, припремања оброка или купања
* Заказивање лекарских прегледа
* Одлазак на прегледе/састанке или социјалне активности
* Терапију од стране особља сродног здравства, као што је физиотерапеут
* Помоћну опрему као што су рукохвати, рампе или помоћна средства за континенцију

**Цене**Мораћете да платите 17.5% ваше тренутне пензије за самце дневно. |  | An icon of a bed**Нега у кревету**Добићете негу у болници или установи за негу старијих особа.Услуге могу да укључе: * Негу и помоћ на позив
* Помоћ са лековима
* Помоћ око свакодневних потреба као што су купање или шетање
* Помоћ особама са деменцијом
* Организовање лекарских прегледа
* Терапију од стране особља сродног здравства, као што је физиотерапеут

**Цене**Мораћете да платите 85% ваше тренутне пензије за самце дневно. Такође ћете морати да платите за све лекове који се издају на рецепт у апотеци по вашем избору. |

Програм **не укључује** услуге попут:

✗ Патологије или радиологије (као што су тестирање крви или рентгенски снимци)

✗ Превоз колима хитне помоћи до и од болнице

✗ Преписаних лекова или апотекарских трошкова

✗ Прегледе лекара опште праксе

# Шта да очекујете од програма

Да бисте максимално искористили TCP, имаћете различита права и обавезе.

## Шта ради мој управник случаја?

Ваш управник случаја је ваш кључни контакт, помоћник и заступник током програма.

Управник случаја може да вам помогне да:

* Направите план неге и да га ажурирате на основу ваших потреба
* Донесете одлуке које утичу на вашу негу
* Заступа ваше потребе и да вам пружи емотивну подршку
* Подели и предузме одговарајуће кораке у вези повратних информација о вашиј нези
* Унапред планира вашу негу, укључујући разумевање ваших вредности и уверења, како би ваш тим за негу могао да доноси одлуке у ваше име уколико ви не будете могли
* Направи план отпуштања и успостави дугорочну помоћ

Ваш управник случаја неће доносити медицинске одлуке у вези ваше неге. Сарађиваћете са здравственим радницима у вашем тиму за негу да то учине.

## Како ће се моје информације делити?

Када попуните и потпишете уговор, дајете нам одобрење да поделимо ваше информације са:

* Вашим лекаром опште праксе, здравственим радницима, My Aged Care и другим пружаоцима услуга како бисмо могли да задовољимо ваше потребе неге
* Савезним министарством здравља и бриге о старијим особама, Комисијом за квалитет и безбедност неге о старијим особама и Министарством здравља Викторије како би могли да финансирају и мере успех програма

## Шта треба да урадим?

Имаћете различите обавезе у оквиру програма. Мораћете да:

* Активно радите на остваривању циљева вашег плана неге
* Будете одговорни за своје поступке и изборе
* Кажете свом управнику случаја шта вам треба. Ако вам треба помоћ око нечега, питајте
* Реците вашем тиму неговатеља ако имате посебне потребе (нпр. ако желите да пушите, "вејпујете" или пијете алкохол)
* Односите се према вашем тиму неговатеља са поштовањем, онако како бисте ви хтели да се према вама односи
* Обезбедите вашем тиму неговатеља безбедно и здраво радно место уколико се опорављате код куће

## Која су моја права?

Права свих клијената TCP су заштићена:

* Повељом о правима старијих особа на негу
* Савезним законом о неговању старијих особа из 1997, Законом о неговању старијих особа (Прелазна правила) из 1997. и Начелима закона
* Законом о Викторијској повељи о људским правима и обавезама из 2006.
* Викторијским законом о заштити приватности и података из 2014.
* Викторијским законом о здравственим подацима из 2001.
* Савезним законом о приватности из 1988.

# Трошкови и плаћања

Иако TCP углавном финансира држава, ви ћете морати да платите извесну суму за трошкове ваше неге.

## Шта ћу морати да платим?

Мораћете да платите трошкове на основу врсте неге коју добијате:

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | За **негу код куће**Ако сте у програму неге код куће, мораћете да платите **17.5%** ваше тренутне пензије за самце дневно. |
|  |  |
| An icon of a bed | За **негу у кревету**Ако сте у програму неге у старачкој установи или болници, мораћете да платите **85%** ваше тренутне пензије за самце дневно.Такође ћете морати да платите за све преписане лекове из апотеке по вашем избору. |

Уколико не примате пензију, мораћете да платите *дневну накнаду* која је једнака горе поменутом постотку.

TCP **не** покрива:

✗ Medicare

✗ Приватно здравствено осигурање

✗ Министарство ратних ветерана

## Шта ако не могу да платим?

Трошкови TCP могу бити флексибилни зависно од ваших јединствених околности. Ако не можете да платите трошкове, и даље можете да будете део програма.

Можете да разговарате са вашим управником случаја о различитим опцијама, укључујући смањење трошкова, или да затражите више времена да платите.

## Како да платим?

Добићете рачун и више информација о томе како да платите чим почнете са програмом.

Овај рачун ће укључити трошкове за сваки дан вашег учешћа у програму, укључујући дане када можда нећете добити негу, као што је викенд.

## Шта ако треба да направим паузу?

Можете да узмете до 7 дана одсуства, што може да укључује одсуство ради друштвених активности или ако будете морали да се вратите у болницу. Узимање одсуства неће променити датум завршетка вашег програма.

Ово време можете користити као појединачне дане, или као дужи повезани период. Мораћете да платите трошкове за дане када будете паузирали од програма.

#

# Где можете да добијете помоћ

Ваш **управник случаја** је ваш кључни контакт за програм, али такође можете да ступите у везу са другим организацијама за различите врсте помоћи.

## За информације и помоћ у вези услуга неге старијих особа

**My Aged Care**

1800 200 422

 Од 8:00 до 20:00 часова од понедељка до петка

Од 10:00 до 14:00 часова суботом

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

## За особе које су глуве и/или имају потешкоћа да чују или причају са особама које користе телефон

**National Relay Service (NRS)**

13 36 77

## За приговоре, питања или повратне информације о програму

**Канцеларија повереника за приговоре на здравствене службе**

 1300 582 113

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

**Комисија за квалитет и безбедност неге старијих особа**

 1800 951 822

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

## Ако вам треба савет или неко да говори у ваше име

**Национална саветодавна линија за негу старијих особа**

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)

**Заступање права старијих особа**

 03 6902 3066

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

# Уговор програма прелазне неге (TCP)Права и обавезе

##### Детаљи услуге TCP

###### Попуните штампаним словима

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прималац неге |  | Давалац услуга TCP |
|  |  |  |

##### Врста неге

###### Означите 🅇 само једну опцију

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**An icon of a bed**Нега у кревету**

|  |
| --- |
| на локацији TCP  |
|  |

 |  | ☐An icon of a home**Нега код куће** |

##### Прималац неге се слаже да:

###### Прочитајте и означите 🅇 сваки квадратић

###### Можете ово да попуните као прималац неге, или као заступник у њихово име (нпр. неговатељ, супружник).

☐ Ће бити део програма

Ово укључује ако буде на листи чекања да отпочне TCP

☐ Разуме како ће се његови/њени подаци делити

Информације ће се делити са здравственим радницима, My Aged Care и владом

☐ Зна која су његова/њена права

Ово укључује њихова права под Повељом о правима старијих особа на негу

☐ Зна које су његове/њене дужности

Ово укључује и сарадњу са управником случаја како би се направио план неге и план отпуштања

☐ Разуме да или он/она или давалац услуга може да преиспита овај уговор како би се направиле промене

И давалац услуга и прималац неге морају писмено да се усагласе у вези било каквих промена

☐ Разуме да он/она или давалац услуга може у било које време да прекине програм

Ако он/она или њихов давалац услуга одлучи да прекине програм, управник случаја може да пружи друге опције за негу и да осигура да је рок обавештења испуњен

# Уговор програма прелазне неге (TCP) Цене и плаћања

##### Трошкови и рачуни

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дневни трошкови ваше неге |  | Рачуни ће доћи од |
| $ |  |  |

##### Уговор о трошковима и плаћањима

###### Прочитајте и означите 🅇 сваки квадратић да бисте се сложили

###### Можете ово да попуните као прималац неге, или као заступник у њихово име (нпр. неговатељ, супружник).

☐ Ја сам особа која ће платити трошкове TCP

☐ Разумем да дневни трошак укључује викенде и дане када можда нећу добити услуге

☐ Знам да могу да замолим управника случаја да преиспита трошкове TCP у било које време ако не будем у могућности да платим

☐ Разумем да трошкове не покрива Medicare, приватно здравствено осигурање или Министарство за питања ратних ветерана

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Само за негу у кревету**☐ Платићу за све потребне преписане лековеДобићете рачуне за ваше преписане лекове док учествујете у програму☐ Разумем да ће цену лекова одредити апотека по мом избору

|  |
| --- |
| Назив апотеке |
|  |

|  |
| --- |
| Адреса апотеке |
| Улица и број |
|  |
| Предграђе или град |
|  |
| Држава, поштански број |
|  |

 |

# Уговор програма преносне неге (TCP) Завршни детаљи и потпис

##### Детаљи платиоца

###### Попуните штампаним словима

|  |
| --- |
| Име и презиме |
|  |

######

|  |
| --- |
| Адреса |
| Улица и број |
|  |
| Предграђе или град |
|  |
| Држава, поштански број |
|  |

######

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Број телефона |  | Имејл адреса |
|  |  |  |

##### Желим да ми рачуни стижу:

###### Означите 🅇 само једну опцију

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ Поштом** |  | **☐ Имејлом** |

##### Потпис и датум

###### Можете ово да потпишете као прималац неге, или као заступник у њихово име (нпр. неговатељ, супружник).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Потпис |  | Датум |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Само заступници**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Зашто је особа коћа ће добијати негу у немогућности да потпише? |  | У каквом сте сродству? (нпр. неговатељ, супружник) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Посведочио (потпис) |  | Датум |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| Уговор попуњен са чланом особља (потпис / улога / име штампаним словима) |
|  |