# 過渡護理計劃

這本手冊為您提供有關過渡護理計劃（TCP）的資訊。內容亦包含與您的權利、責任和須知事項之說明。

**聯繫我們**

|  |  |
| --- | --- |
| 個案經理：Jane Doe  XXXX XXX XXX（手機）  jane.doe@email.com | 過渡護理計劃經理  03 9595 2307  TCP@health.vic.gov.au |

 **下載此協議至您的電腦**

掃描 QR 碼

如需此文件之其他格式文檔，請寄送電郵至 [TCP@health.vic.gov.au](mailto:TCP@health.vic.gov.au)<TCP@health.vic.gov.au>



維多利亞州政府（1 Treasury Place, Melbourne）授權及出版。

© 澳大利亞維多利亞州衛生部，2023年1月。

可瀏覽 [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)

網頁 有效格式：DOCX

# 什麼是過渡護理計劃（TCP）？

TCP 可協助您在出院後康復、提升獨立生活能力，並為您提供所需支持。

### **運作流程為何？**

1. 老年護理評估服務（ACAS）將確認您是否具獲得 TCP 服務的資格。
2. 您需要填寫並簽署 TCP 協議。
3. 該計劃在您出院後便會開始實行。
4. 您可以在家中、老年護理機構或醫院康復期間獲得長達**12 週**（84 天）的支持。
5. 我們會給您一份護理計劃，內容包含所有您將獲得的服務。
6. 按您的需求而定，您可選擇於不同地點接受服務，或使用不同類型的護理服務。
7. 如果您需要較長期的護理，我們會協助您尋找合適的服務。

### **計劃中有兩種類型的護理可供選擇**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house **居家護理**  在家中接受護理。  服務包括：   * 護理員及居家暫息照顧服務 * 協助清潔、膳食或洗澡 * 安排醫生看診預約 * 前往預約或社交活動 * 專職醫療人員治療服務，例如物理治療師 * 輔助設備，例如扶手、坡道或失禁輔助用品  **費用計算** 您每日須支付目前單人養老金收入之 17.5% 。 |  | An icon of a bed **臥床護理**  在醫院或老年護理機構接受護理。  服務包括：   * 護理員及即刻服務支援 * 藥物管理 * 協助日常生活所需，例如洗澡或散步 * 失智症支援 * 安排醫生看診預約 * 專職醫療人員治療服務，例如物理治療師  **費用計算** 您每日須支付目前單人養老金收入之 85% 。  您亦需要支付從您所選藥房取得之任何處方藥物費用。 |

該計劃**並不**包括以下服務：

✗ 病理學或放射學服務（如驗血或 X 光檢查）

✗ 搭乘救護車往返醫院

✗ 處方藥費或藥房相關費用

✗ 全科醫生看診預約

# 計劃內容須知

欲充分利用 TCP，您將有不同的權利和責任。

## 我的個案經理會做哪些事？

您的個案經理是您計劃的主要聯絡人、支持者和倡議者。

個案經理可以幫助您：

* 制定護理計劃並按照您的需要進行修改。
* 做出會影響您護理計畫的決定
* 保障您的需求，並為您提供情感支持
* 分享關於您護理的反饋並採取行動
* 提前計劃您的護理服務，包括了解您的價值觀和信念，使您的護理團隊能在您無法作出決定時，代表您做決定
* 制定出院計劃並建立長期支援服務

您的個案經理不會做任何醫療決定。您將與您護理團隊中的醫療專業人員協同做出決定。

## 我的資料將與哪些人員分享？

當您填寫並簽署協議時，即代表您允許我們與以下人員共享您的資料：

* 您的全科醫生、專科醫生、My Aged Care 和其他服務提供者，以便我們更能滿足您的護理需求
* 聯邦衛生和老年護理部、護老服務質量和安全委員會，以及維多利亞州衛生部，以便他們提供資助和評估該計劃之有效度

## 我需要做哪些事？

作為該計劃的一部分，您將承擔不同的責任。您將需要：

* 積極實現您的護理計劃目標
* 對自己的行為和選擇負責
* 將您的需求告知您的個案經理。如有需要，您可請求協助
* 如果您有具體要求（例如，您想抽煙、吸電子煙或喝酒），請告訴您的護理團隊
* 尊重您的護理團隊，以您希望被對待的方式對待他人
* 如果您選擇居家康復，請為您的護理團隊提供安全健康的工作環境

## 我有哪些權利？

所有 TCP 客戶均擁有相關權利，並受以下條款保障：

* 老年護理權利憲章
* 《1997 年聯邦老年護理法》、《1997 年老年護理（過渡規定）法》和根據這些法案制定的原則
* 2006 年維多利亞州人權和責任憲章法
* 2014 年維多利亞州隱私和數據保護法
* 2001 年維多利亞健康記錄法
* 1988 年聯邦隱私法

# 費用和款項支付

雖然 TCP 主要是由政府資助，您**仍然**需要支付部分護理費用。

## 我需要支付哪些費用？

您需要支付您使用的護理服務：

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | **居家護理** 如果您選擇居家康復，則您每日須支付目前單人養老金收入的**17.5%**。 |
|  |  |
| An icon of a bed | **臥床護理** 如果您在醫院或年長者護理機構接受服務，則您每日須支付目前單人養老金收入的**85%**。  您亦需要支付從您所選藥房取得之任何處方藥物費用。 |

如果您未領取養老金，您需要支付以上述百分比計算的*每日費用*。

以下機構**不會**支付TCP費用：

✗ Medicare（全民健保）

✗ 私人醫療保險

✗ 退伍軍人事務部

## 如果我無法負擔費用，該怎麼辦？

TCP 費用將可按照個別情況靈活調整。如果您無法負擔費用，您仍然可以參與該計劃。

您可以向您的個案經理諮詢不同的選項，包括減低費用或要求延長付款期限。

## 如何支付款項？

您會在計劃開始後收到帳單，以及有關付款方式之資訊。

帳單上會列明該計劃的每日費用，包括您沒有使用服務之日數，例如週末。

## 如果我需要暫停服務，該怎麼做？

您最多可以暫停服務 7 日，您可利用這些時間參加社交活動或返回醫院。計劃之結束日期不會因暫停服務而有所改變。

計畫暫停日數可分次使用，或連續暫停一段時間。您於服務暫停期間，仍須照常支付服務日費。

# 從哪裡獲得幫助

您的**個案經理**是計劃主要聯絡人，但您亦可聯絡其他機構以獲取其他方面的支持。

## 有關長者護理服務的資訊和支持

**我的長者護理服務計劃 （My Aged Care）**

1800 200 422

星期一至星期五，上午8時至晚上8時



星期六，上午10時至下午2時

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

## 給聾人和／或有聽力障礙難以使用電話溝通的人

**全國中繼服務（NRS）**

13 36 77

## 對該計劃有投訴、疑問或反饋

**衛生投訴委員辦公室（Health Complaints Commissioner）**

 1300 582 113

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

**護老服務質量及安全委員會（Aged Care Quality and Safety Commission）**

 1800 951 822

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

## 如果您需要建議或由他人代表您發言

**全國長者服務倡議熱線（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)

**長者權益倡議 （Elder Rights Advocacy)**

 03 6902 3066

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

# 過渡護理計劃（TCP）協議 權利和責任

##### TCP 服務詳情

###### 請使用正楷填寫

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被照顧者 |  | TCP 服務提供者 |
|  |  |  |

##### 護理類型

###### 僅選擇🅇一個選項

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**  An icon of a bed **臥床護理**   |  | | --- | | 於 TCP 所在地 | |  | |  | ☐  An icon of a home **居家護理** |

##### 被照顧者同意：

###### 已閱讀並在每個格子畫🅇確認。

###### 被照顧者或他們的代表（例如照顧者、配偶）均可填寫此表格。

☐ 作為計劃一部分

此包括 TCP 等候名單上的人

☐ 明白他們的資料將如何與哪些人員分享

這些資料將會與醫療專業人員、My Aged Care 及政府共享

☐ 明白他們具哪些權利

這包括根據《老年護理權利憲章》中的權利

☐ 知道他們所負擔的責任

這包括與個案經理合作制定護理計劃和出院計劃

☐ 知道他們或其服務提供者可以覆核並修改此協議

服務提供者和被照顧者都必須以書面形式對修改內容表達同意

☐ 知道他們或其服務提供者可以隨時終止計劃

如果他們或其服務提供者選擇終止計劃，個案經理可提供其他護理選項並確保通知期已屆滿

# 過渡護理計劃 (TCP) 協議 費用和款項支付

##### 費用和帳單

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 您的每日護理費 |  | 帳單將來自 |
| $ |  |  |

##### 費用和款項支付協議

###### 請閱讀並在每個格子畫🅇確認。

###### 被照顧者或他們的代表（例如照顧者、配偶）均可填寫此表格。

☐ 我是支付 TCP 費用的人

☐ 我明白每日費用包括週末和我可能沒有使用服務的日子

☐ 我知道如果我無法支付，我可以隨時要求個案經理覆核 TCP 費用

☐ 我知道 Medicare、私人醫療保險或退伍軍人事務部均不會支付此費用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **僅適用於臥床護理**  ☐ 我將支付所需的任何處方藥費用  您將會收到計劃期間使用的處方藥之帳單  ☐ 我明白這些藥物費用由我選擇的藥房決定   |  | | --- | | 藥房名稱 | |  |  |  | | --- | | 藥房地址 | | 街名 | |  | | 區或鎮 | |  | | 州、郵政編號 | |  | |

# 過渡護理計劃（TCP）協議 最後細項和簽名

##### 付款人資料

###### 請使用正楷填寫

|  |
| --- |
| 全名 |
|  |

###### 

|  |
| --- |
| 地址 |
| 街名 |
|  |
| 區或鎮 |
|  |
| 州、郵政編號 |
|  |

###### 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 電話號碼 |  | 電子郵件 |
|  |  |  |

##### 我想透過以下方法收取帳單：

###### 僅選擇🅇一個選項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ 郵寄** |  | **☐ 電子郵件** |

##### 簽名和日期

###### 被照顧者或他們的代表（例如照顧者、配偶）均可簽名。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 簽名 |  | 日期 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **僅由代表填寫**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 被照顧者無法簽名之理由？ |  | 您與被照顧者之關係？ （例如照顧者、配偶） | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 見證人（簽名） |  | 日期 | |  |  |  | |

|  |
| --- |
| 與工作人員完成的協議（簽名／職位／姓名） |
|  |