# 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<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） |
|  |