# Geçiş Sürecinde Bakım Programı

Bu kitapçık size Geçiş Sürecinde Bakım Programı (Transition Care Program) ile ilgili bilgi verir. Ayrıca haklarınızı, sorumluluklarınızı ve neler beklemeniz gerektiğini açıklar.

**Bize ulaşın**

|  |  |
| --- | --- |
| Dosya yöneticisi: Jane Doe XXXX XXX XXX (cep telefonu) jane.doe@email.com | Geçiş Sürecinde Bakım Programı 03 9595 2307 TCP@health.vic.gov.au |

 **Bu anlaşmayı bilgisayarınıza indirin**

QR kodunu tarayın

Bu belgeyi başka bir biçimde almak için lütfen bu adrese e-posta gönderin: TCP@health.vic.gov.au <TCP@health.vic.gov.au>



1 Treasury Place, Melbourne adresli Victoria Eyaleti Hükümeti tarafından onaylanıp yayımlanmıştır.

© Victoria Eyaleti, Avustralya, Sağlık Bakanlığı, Ocak 2023.

Bu adresten bulunabilir: [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)

Bu biçimde mevcuttur: DOCX

# Geçiş Sürecinde Bakım Programı nedir?

Geçiş Sürecinde Bakım Programı, hastanede kalışınızdan sonra toparlanmanıza, bağımsızlık kazanmanıza ve ihtiyaç duyduğunuz desteklerle bağlantı kurmanıza yardımcı olabilir.

### **Program nasıl işler**

1. Yaşlı Bakımı Değerlendirme Hizmetleri (Aged Care Assessment Service), Geçiş Sürecinde Bakım Programı hizmetlerinden yararlanıp yararlanamayacağınızı teyit eder.
2. Geçiş Sürecinde Bakım Programı anlaşmasını doldurup imzalamanız gerekir.
3. Program, siz hastaneden çıkar çıkmaz başlar.
4. Siz evde, yaşlı bakım tesisinde veya hastanede iyileşirken **12 haftaya** kadar (84 gün) destek alabilirsiniz.
5. Alacağınız hizmet türlerini tarif eden bir bakım planınız olacaktır.
6. İhtiyaçlarınız değiştikçe farklı konumlar veya bakım türleri arasında değişiklik yapabilirsiniz.
7. İhtiyacınızın olması halinde daha uzun vadeli bakım için seçenekler bulmak konusunda yardım alacaksınız.

### **Programda, yararlanabileceğiniz iki tür bakım vardır:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house**Evde bakım**Evinizde bakım görürsünüz.Bu hizmetler arasında şunlar olabilir: * Hemşirelik ve evde bakım hizmeti verenlerin dinlenmesini sağlayacak hizmetler
* Temizlik, yemek veya banyo yardımı
* Sağlık randevularını ayarlama
* Randevulara veya sosyal faaliyetlere ulaşım
* Fizyoterapist gibi yardımcı sağlık görevlilerinden terapi
* Tırabzan, rampa veya kontinans yardımları gibi destek ekipmanı

**Ücretler**Günlük mevcut tek kişilik yaşlılık ödemenizin (single aged pension) %17,5'ini ödemeniz gerekecektir. |  | An icon of a bed**Yatakta bakım**Hastane veya yaşlı bakım tesisinde bakım görürsünüz.Bu hizmetler arasında şunlar olabilir: * Hemşire ve nöbetçi desteği
* İlaç yardımı
* Banyo yapma veya yürüme gibi günlük işlere yardım
* Demans desteği
* Sağlık randevularını ayarlama
* Fizyoterapist gibi yardımcı sağlık görevlilerinden terapi

**Ücretler**Günlük mevcut tek kişilik yaşlılık ödemenizin (single aged pension) %85'ini ödemeniz gerekecektir. Ayrıca seçtiğiniz eczaneden ihtiyaç duyduğunuz reçeteli ilaçlarınızın ücretini de ödemeniz gerekecektir. |

Bu programa, aşağıdaki hizmetler **dâhil değildir**:

✗ Patoloji veya radyoloji (kan testleri veya röntgenler)

✗ Ambulansla hastaneye veya hastaneden ulaşım

✗ Reçeteli ilaçlar veya eczane ücretleri

✗ GP (aile doktorları) randevuları

# Programdan neler beklenebilir

Geçiş Sürecinde Bakım Programından en iyi şekilde yararlanabilmek için farklı haklarınız ve sorumluluklarınız olacaktır.

## Dosya yöneticim ne yapar?

Dosya yöneticiniz, program boyunca sizin öncelikli irtibat kişiniz, destekçiniz ve savunucunuzdur.

Dosya yöneticiniz size aşağıdakiler konusunda yardımcı olabilir:

* Bakım planı oluşturma ve ihtiyaçlarınıza göre güncelleme
* Bakımınızı etkileyen kararlar verme
* İhtiyaçlarınızı savunma ve size duygusal destek verme
* Bakımınızla ilgili geribildirimlerinizi paylaşın ve eyleme geçirin
* Bakımınızı önceden planlayın, değerlerinizi ve inançlarınızı anlayın ve böylece, bakım ekibinizin sizin karar veremeyeceğiniz durumlarda karar vermelerini sağlayın
* Hastaneden çıkış planı oluşturun ve uzun vadeli destek hazırlıkları yapın

Dosya yöneticiniz bakımınızla ilgili sağlık kararları vermeyecektir. Bunun için bakım ekibinizdeki sağlık görevlileriyle birlikte çalışırsınız.

## Bilgilerim nasıl paylaşılacaktır?

Anlaşmayı doldurup imzaladığınızda, bilgilerinizi aşağıdakilerle paylaşmak için bize izin vermiş olursunuz:

* Bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmemiz için GP'niz (aile doktorunuz), sağlık görevlileri, My Aged Care ve diğer hizmet sağlayıcıları
* Programa fon sağlayabilmeleri ve programın başarısını ölçebilmeleri için Federal Hükümetin Sağlık Bakanlığı, Yaşlı Bakımı Kalite ve Güvenlik Komisyonu ve Victoria Sağlık Bakanlığı

## Ne yapmam gerekecek?

Programın parçası olarak farklı sorumluluklarınız olacaktır. Yapmanız gerekenler:

* Bakım hedeflerinize ulaşmak için aktif olarak çalışmak
* Kendi eylemleriniz ve seçimlerinizden sorumlu olmak
* Dosya yöneticinize ihtiyacınız olanları söylemek. Herhangi bir konuda yardıma ihtiyacınız olursa lütfen yardım isteyin.
* Belirli bir talebiniz varsa (ör. sigara, elektronik sigara veya alkollü içki içmek istiyorsanız) bakım ekibinizle konuşun
* Bakım ekibinize saygıyla, size davranılmasını istediğiniz şekilde yaklaşın
* İyileşme sürecini evde geçiriyorsanız, bakım ekibinize sağlıklı ve güvenli bir çalışma yeri sunmak

## Haklarım nelerdir?

Geçiş Sürecinde Bakım Programından yararlanan kişilerin hakları aşağıdakiler çerçevesinde korunur:

* Yaşlı Bakım Hakları Sözleşmesi
* 1997 Federal Hükümet Yaşlı Bakım Kanunu, 1997 Yaşlı Bakımı (Geçiş Hükümleri) Kanunu ve Kanunlar kapsamında çıkarılan İlkeler
* 2006 Victoria İnsan Hakları ve Sorumlulukları Sözleşmesi
* 2014 Victoria Gizlilik ve Veri Koruma Kanunu
* 2001 Victoria Sağlık Kayıtları Kanunu
* 1988 Federal Hükümet Gizlilik Kanunu

# Ücretler ve ödemeler

Geçiş Sürecinde Bakım Programının kaynağının çoğu hükümet tarafından karşılanır; bununla birlikte bakımınızın maliyetine yönelik bir ücret ödemeniz **gerekecektir**.

## Ne kadar ödemem gerekecek?

Alacağınız bakım türüne göre ücret ödemeniz gerekecektir:

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | Programa evinizden katılıyorsanız, **evde bakım** için günlük mevcut tek kişilik yaşlılık ödemenizin (single aged pension per day) **%17,5**'ini ödemeniz gerekecektir. |
|  |  |
| An icon of a bed | Programa yaşlı bakım tesisinden veya hastaneden katılıyorsanız, **yatarak bakım** için günlük mevcut tek kişilik yaşlılık ödemenizin (single aged pension per day) **%85**'ini ödemeniz gerekecektir.Ayrıca seçtiğiniz eczaneden ihtiyaç duyduğunuz reçeteli ilaçlarınızın ücretini de ödemeniz gerekecektir. |

Yaşlılık ödemeniz yoksa, yukarıda belirtilen yüzdeye eşit bir *günlük ücret* ödemeniz gerekecektir.

Geçiş Sürecinde Bakım Programı aşağıdakiler tarafından **karşılanmaz**:

✗ Medicare

✗ Özel sağlık sigortası

✗ Gazi İşleri Bakanlığı

## Peki ya ücret ödeyecek durumda değilsem?

Geçiş Sürecinde Bakım Programının ücretleri, koşullarınıza göre esnetilebilir. Ücreti ödeyemeyecek durumda olsanız bile programa katılabilirsiniz.

Maliyeti azaltma veya daha uzun süreye yayarak ödeme gibi farklı seçenekleri dosya yöneticinizle konuşabilirsiniz.

## Nasıl ödeyeceğim?

Programa başladığınızda bir fatura ve nasıl ödeme yapacağınızla ilgili daha fazla bilgi alacaksınız.

Bu faturada, hafta sonu gibi bakım almadığınız günler de dâhil olmak üzere, programda geçirdiğiniz her günün ücreti yer alacaktır.

## Peki ya ara vermem gerekirse?

7 güne kadar izin alabilirsiniz. Bu süre sosyal faaliyetler için verdiğiniz ara nedeniyle veya hastaneye dönmeniz gerektiğinden alınabilir. İzin almanız programınızın bitiş tarihini değiştirmez.

Bu süreyi tek gün veya blok olarak birkaç günden oluşan bir dönem olarak kullanabilirsiniz. Programa ara verdiğiniz günlerin de ücretini ödemeniz gerekecektir.

#

# Nereden yardım alabilirsiniz

**Dosya yöneticiniz** programda irtibat kuracağınız başlıca görevlidir, ancak dilerseniz farklı türde destekler almak için diğer organizasyonlarla da iletişime geçebilirsiniz.

## Yaşlı bakım hizmetleriyle ilgili daha fazla bilgi ve destek

**My Aged Care**

1800 200 422

 Pazartesiden cumaya sabah 8.00 ile akşam 20.00 arası

Cumartesi sabah 10.00 ile öğleden sonra 14.00 arası

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

## İşitme engelli veya telefon kullanırken işitme/konuşma zorluğu çeken kişiler için

**Ulusal Aktarma Hizmeti (NRS)**

13 36 77

## Programla ilgili şikâyetler, endişeler veya geri bildirimleri paylaşmak için

**Sağlık Şikâyetleri Komisyon Üyesi Ofisi**

 1300 582 113

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

**Yaşlı Bakım Kalitesi ve Güvenlik Komisyonu**

 1800 951 822

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

## Tavsiye almak veya başka birinin sizin adınıza konuşmasını istiyorsanız

**Ulusal Yaşlı Bakımı Savunuculuk Hattı**

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)

**Yaşlı Hakları Savunuculuğu**

 03 6902 3066

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

# Geçiş Sürecinde Bakım Programı anlaşmasıHaklar ve sorumluluklar

##### Geçiş Sürecinde Bakım Programı hizmet ayrıntıları

###### Büyük harflerle doldurun

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bakımı alacak kişi |  | Geçiş Sürecinde Bakım Programı hizmet sağlayıcısı |
|  |  |  |

##### Bakım türü

###### Yalnızca bir seçeneği işaretleyin 🅇

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**An icon of a bed**Yatarak bakım**

|  |
| --- |
| Geçiş Sürecinde Bakım Programı uygulanan yerde |
|  |

 |  | ☐An icon of a home**Evde bakım** |

##### Bakımı alacak kişi:

###### Her kutuyu okuduğunu ve işaretlediğini 🅇 kabul eder.

###### Bu formu bakımı alacak kişi olarak veya bu kişinin temsilcisi olarak (ör. bakıcısı, eşi) onun adına doldurabilirsiniz:

☐ Programın parçası olacak

Geçiş Sürecinde Bakım Programına başlamak üzere bekleme listesinde olanları da içerir

☐ Bilgilerinin nasıl paylaşıldığını anlar

Bilgiler sağlık profesyonelleriyle, My Aged Care ile ve hükümetle paylaşılacaktır

☐ Haklarının ne olduğunu bilir

Buna, Yaşlı Bakım Hakları Sözleşmesi kapsamındaki hakları dâhildir

☐ Sorumluluklarının ne olduğunu bilir

Buna, bakım planı ve çıkış planı hazırlamak için dosya yöneticileriyle çalışmak dâhildir

☐ Kendilerinin veya hizmet sağlayıcılarının, değişiklikte bulunmak üzere bu anlaşmayı gözden geçirebileceklerini anlar

Hem hizmet sağlayıcısı hem de bakımı alacak kişi değişiklikleri yazılı olarak kabul etmelidir

☐ Kendileri tarafından veya hizmet sağlayıcısı tarafından programın her an sonlandırılabileceğini anlar

Kendileri veya hizmet sağlayıcısı programı sonlandırmayı seçerse, dosya yöneticisi diğer bakım seçenekleri sunabilir ve bildirimde bulunulması gereken sürenin karşılanmasını sağlar

# Geçiş Sürecinde Bakım Programı anlaşmasıÜcretler ve ödemeler

##### Ücretler ve faturalar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Günlük bakım ücretiniz |  | Faturaların geleceği yer |
| $ |  |  |

##### Ücret ve ödemeler anlaşması

###### Kabul etmek için her kutuyu okuyun ve işaretleyin 🅇

###### Bu formu bakımı alacak kişi olarak veya bu kişinin temsilcisi olarak (ör. bakıcısı, eşi) onun adına doldurabilirsiniz:

☐ Geçiş Sürecinde Bakım Programının ücretini ödeyecek kişi benim

☐ Günlük ücretin hafta sonları gibi hizmet almayacağım günleri de kapsadığını anlıyorum

☐ Ödeyemeyecek durumdaysam dosya yöneticimden Geçiş Sürecinde Bakım Programının ücretlerini gözden geçirmesini isteyebileceğimi biliyorum

☐ Ücretlerin Medicare, özel sağlık sigortası veya Gazi İşleri Bakanlığı tarafından karşılanmadığını anlıyorum

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yalnızca yatakta bakım için**☐ Gerekli reçeteli ilaç ücretlerini ödeyeceğimProgramda olduğunuzda reçeteli ilaçlarınızın faturası size gönderilir☐ İlaç maliyetlerinin seçtiğim eczane tarafından belirleneceğini anlıyorum

|  |
| --- |
| Eczanenin adı |
|  |

|  |
| --- |
| Eczanenin adresi |
| Açık adresi |
|  |
| Banliyö veya semt |
|  |
| Eyalet, posta kodu |
|  |

 |

# Geçiş Sürecinde Bakım Programı anlaşmasıSon bilgiler ve imza

##### Ücreti ödeyen kişinin bilgileri

###### Büyük harflerle doldurun

|  |
| --- |
| Tam adı |
|  |

######

|  |
| --- |
| Adresi |
| Açık adresi |
|  |
| Banliyö veya semt |
|  |
| Eyalet, posta kodu |
|  |

######

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Telefon numarası |  | E-posta adresi |
|  |  |  |

##### Faturaları almak istediğim yöntem:

###### Yalnızca bir seçeneği işaretleyin 🅇

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ Posta** |  | **☐ E-posta** |

##### İmza ve tarih

###### Bu formu bakımı alacak kişi olarak veya bu kişinin temsilcisi olarak (ör. bakıcısı, eşi) onun adına imzalayabilirsiniz.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| İmza |  | Tarih |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yalnızca temsilciler**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bakımı alacak kişi neden imzalayamıyor? |  | Onunla ilişkiniz nedir? (ör. bakıcı, eş) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tanıklık eden (imza) |  | Tarih |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| Anlaşma bir çalışanla birlikte tamamlandı (imza / unvan / yazılı isim) |
|  |