

|  |
| --- |
| برنامج العناية الإنتقالية  معلومات وإتفاقية الزبون |
| Transition Care Program  Client information and agreement  Arabic |

|  |
| --- |
| لتلقي هذا المنشور في شكل يسهل الاطلاع عليه اتصل بمدير برنامج العناية الإنتقالية في دائرة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 03 9096 1313، وإستخدم خدمة التتابع الوطنية 13 36 77 إذا لزم الأمر.  أعتمد ونشر من قبل حكومة فيكتوريا، 1 Treasury Place, ، ملبورن.  © ولاية فيكتوريا، دائرة الصحة والخدمات الإنسانية أيار/مايو 2019.  باستثناء ما أشير إليه بخلاف ذلك، تعرض الصور في هذا المنشور نماذج وإعدادات توضيحية فقط، ولا تصور بالضرورة الخدمات أو المرافق الفعلية أو المتلقين الفعليين للخدمات. وقد يتضمن هذا المنشور صورا لأشخاص متوفين من السكان الأصليين وسكان جزر مضيق توريس.  متوفر في [برنامج العناية الإنتقالية](https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/rehabilitation-complex-care/transition-care-program) <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/rehabilitation-complex-care/transition-care-program>  (17010012 غطاء) |

|  |
| --- |
| **يُقدّم هذا الكتيّب معلومات مهمّة عن برنامج العناية الإنتقالية ويشرح ما يمكن أن تتوقعه عندما تحصل على العناية.**  **يشرح لك حقوقك ومسؤولياتك وواجباتك في خدمة العناية الإنتقالية.**  **هذا الكتيّب هو أيضاً إتفاق رسمي بينك وبين مقدّم خدمة العناية الإنتقالية كما هو مطلوب وفقاً *لقانون عناية المسنين لعام 1997*.** |

|  |  |
| --- | --- |
| المسؤول عن قضيتك هو/هي: |  |
| ويمكن الإتصال به/ بها على: |  |

**المحتويات**

[ما هو برنامج العناية الإنتقالية 4](#_Toc503779259)

أين سأحصل على برنامج العناية الإنتقالية؟ [4](#_Toc503779260)

[ما هي مدّة بقائي في هذا البرنامج؟ 4](#_Toc503779261)

[من هو/هي مسؤول القضيّة؟ 4](#_Toc503779262)

[ما هي العناية والخدمات المتوفرة في برنامج العناية الإنتقالية؟ 5](#_Toc503779263)

[ما هي أنواع الخدمات غير المشمولة؟ 6](#_Toc503779264)

[قصة الزبون 6](#_Toc503779265)

[ماذا يتوجب عليّ أن أدفع؟ 6](#_Toc503779266)

[ما هي الرسوم؟ 7](#_Toc503779267)

[كيف يتمّ جمع الرسوم؟ 7](#_Toc503779268)

[ماذا لو كانت عنايتي بحاجة للتغيير؟ 7](#_Toc503779269)

[ماذا يحصل لو احتجتُ العودة إلى المستشفى خلال برنامج العناية الإنتقالية؟ 8](#_Toc503779270)

[ما هي حقوقي وواجباتي؟ 8](#_Toc503779271)

[ما هي نوع الخدمة التي أتوقعها؟ 9](#_Toc503779272)

[إلى من يتم تقديم المعلومات بشأني؟ 9](#_Toc503779273)

[ما هي My Aged Care وكيف تؤثر عليّ؟ 10](#_Toc503779274)

[ما هو التخطيط المسبق للرعاية؟ 10](#_Toc503779275)

[ماذا لو كان لديّ شأن أو شكوى؟ 11](#_Toc503779276)

[إذا كانت لديك شكوى: 11](#_Toc503779277)

[إذا كانت لديك آراء: 12](#_Toc503779278)

**ميثاق حقوق رعاية المسنين................................................................................................................................13**

[الموافقة أن تكون على قائمة الانتظار لبرنامج العناية الإنتقالية 15](#_Toc503779279)

[إتفاقية برنامج العناية الإنتقالية الخاصة بي 17](#_Toc503779280)

# ما هو برنامج العناية الانتقالية ؟

يقدّم برنامج العناية الإنتقالية (TCP) العناية والخدمات القصيرة الأجل للأشخاص الأكبر سناً) وأحياناً الأشخاص الأصغر سناً) بعد مغادرتهم المستشفى. ومن خلال تقديم علاج مداومة (مستوى منخفض) والدعم فإن برنامج العناية الإنتقالية يسمح للمسنّين أن يكملوا علاجهم خارج المستشفى بينما يتمّ ترتيب الرعاية المناسبة لهم على المدى الطويل.

للحصول على برنامج العناية الإنتقالية يجب أن يتم تقييمك وإعطائك الموافقة من قبل خدمة التقييم لرعاية المسنين أثناء وجودك في المستشفى.

# أين ساحصل على خدمة العناية الانتقالية ؟

يمكن أن يتمّ تقديم برنامج العناية الإنتقالية إما في إطار الرعاية على أساس توفير سرير (كما هو الحال في مرفق رعاية المسنين أو في مستشفى) أو في منزلك. ويعتمد مكان حصولك على الرعاية بنوعية الرعاية التي تحتاجها.

# ما هي مدة بقائي في هذا البرنامج؟

سيبدأ برنامج العناية الإنتقالية عند مغادرتك المستشفى. معظم الناس سوف يستمرون في البرنامج لمدة تتراوح من أربعة إلى ستة أسابيع. أقصى وقت يمكنك البقاء في البرنامج هو 12 أسبوعا، رغم ذلك في ظروف استثنائية يمكن الموافقة على تمديد الوقت لك إلى حدّ ستة أسابيع أخرى. في هذه الأثناء يعمل معك المسؤول عن قضيتك لتنظيم دعم ملائم في الأجل الطويل.

# من هو / هي المسؤول عن قضيتك ؟

يتمّ تعيين لك عضو من فريق خدمة العناية الإنتقالية، معروف بالمسؤول عن القضيّة، ويقوم بمساعدتك )والشخص الذي يرعاك أو عائلتك( من بداية شروعك في البرنامج إلى نهايته. ويساعدك المسؤول عن قضيتك في وضع الأهداف التي تريد إنجازها.

يُعتبر المسؤول عن قضيتك جزء من الفريق الصحي المهني الذين يعتنون بك.

سيقوم المسؤول عن قضيتك ب:

* + إدارة التقييم الأساسي والمستمر للحاجات التي تريدها
  + تنسيق ومراقبة خطّة الرعاية معك
  + الإتصال مع مقدمي الخدمة ليبقوا على اطلاع بالتغييرات المطلوبة في خطة الرعاية
  + التأكد من أنّ لك الفرصة في أن تشترك بالقرارات التي تؤثر على رعايتك
  + تقديم المعلومات والتثقيف
  + التصرّف كمؤيّد أو داعم بالنيابة عنك عند الضرورة
  + تقديم لك الدعم النفسي وللشخص المولج بعنايتك
  + تطوير خطة الإخراج معك للتأكد من أنّ الرعاية والخدمات التي تحتاجها هي بمكانها عند إخراجك من الستشفى.

# ما هي الرعاية والخدمات المتوفرة في خدمة الرعاية الانتقالية؟

يتعلق نوع العناية التي تتلقاها بماذا تريد وأين يمكنك الحصول على خدمة العناية الإنتقالية. على سبيل المثال، يعتبر نوع الرعاية التي تحتاجها في البيت مختلفة عن الخدمة التي تحتاجها إذا كنت في إطار رعاية على أساس توفير سرير. إنّ خدمة العناية الإنتقالية ليست شكل من أشكال التأهيل. يمكن أنّ تتضمّن الخدمات:

* + إدارة القضية
  + التمريض
  + خدمة الرعاية المنزلية، مثل خدمات التنظيف
  + مساعدة في الطعام
  + المساعدة في الإستحمام
  + تنظيم المواعيد )من ضمنها النقل(
  + النشاطات الإجتماعية
  + علاج المداومة يوفره موظفو الصحّة المتحدة مثل أخصائي العلاج الطبيعي
  + الأدوات لسلس البول )التحكّم بالوظائف الجسدية(
  + معدات، على النحو الموصى به من قبل المعالج الطبيعي أو المعالج المهني، مثل كرسي للجلوس عند الإستحمام
  + فترة راحة في المنزل

من غير المحتمل في أنك ستحتاج إلى جميع هذه الخدمات. يتناقش معك موظفو المستشفى وموظفو خدمة العناية الإنتقالية عن نصيحتهم فيما يتعلق بالأهداف التي تحددها بنفسك )أو ممثلك(، وماذا يمكن تقدمته بالتمويل المتوفر. وسوف تشارك بتطوير خطّة الرعاية التي ستستعرض الخدمات التي ستقدّم. ويقوم المسؤول عن قضيتك بمراجعة هذه الخطّة معك باستمرار.

يُدرج في المبادئ التوجيهية لبرنامج العناية الإنتقالية الوطنية جميع أنواع العناية المحدّدة والخدمات التي يمكن تقديمها. [المبادئ التوجيهية لبرنامج العناية الإنتقالية 2015](https://agedcare.health.gov.au/programs-services/flexible-care/transition-care-programme-guidelines)  <https://agedcare.health.gov.au/programs-services/flexible-care/transition-care-programme-guidelines>. إذا كنت بحاجة إلى نسخة ورقية من المبادئ التوجيهية يُرجى الطلب من مسؤول قضيتك.

# ما هي انواع الخدمات الغير مشمولة؟

إذا كنت بحاجة إلى خدمات طبية عامة مثل خدمات علم الأمراض (الباثولوجيا) أو الأشعة أو موعد مع طبيبك العام (GP)، يمكن لموظفي برنامج العناية الإنتقالية المساعدة في مواعيدك. إن تكاليف هذه الخدمات لا يغطيها برنامج العناية الإنتقالية، إلا أن تكاليف الطبيب العام ستُغطى بالكامل من خلال حسومات جدول الإستحقاقات الطبية إذا كنت تتلقى الرعاية على أساس توفير سرير.

عندما تكون هناك حاجة إلى سيارة إسعاف للنقل من العناية الانتقالية إلى مرفق دائم أو المنزل أو العودة إلى المستشفى فإن تكلفة سيارة الإسعاف هي من مسؤولية العميل. بالنسبة للمشتركين في سيارة الإسعاف والمتقاعدين سيتم تغطية هذه التكلفة ولكن غير المتقاعدين وغير الأعضاء سوف يحصلون على فاتورة لتكلفة النقل.

بالإضافة إلى ذلك، لا تُحسب تكلفة الدواء من الصيدلية (وصفة طبيّة) في برنامج العناية الإنتقالية ويُطلب منك أن تدفعها على حدى. إذا كنت في مستوى شبكة الأمان الخاصة بك، رجاءً أخبر المسؤول عن قضيتك.

# قصة الزبون

كانت داون في المستشفى بعد سقوطها الذي أدى إلى كسر معصمها. بعد ثلاثة أيام في المستشفى تلقت أسبوعين في برنامج العناية الإنتقالية على أساس توفير سرير. تعاني داون من مرض باركنسون، الذي ربما ساهم في سقوطها، وهي تعيش وحدها. وكانت تجربتها في برنامج العناية الإنتقالية إيجابية وذكرت أنها لا تريد أي شيء.

كانت داون تريد في البداية العودة إلى منزلها، ولكنها عرفت أنها سوف تحتاج إلى مساعدة كبيرة حيث كان معصمها في دعامة. وعلى الرغم من أن لديها ثلاثة أولاد يعيشون جميعاً على بعد حوالي ساعة ونصف، إلا أنها لا تريد أن تزعجهم لأن من الصعب عليهم توفير مستوى الرعاية التي تحتاجها.

عندما إنتهى برنامج العناية الإنتقالية بقيت مع صديقة لفترة من الوقت بمساعدة من الخدمات الخاصة. داون الآن موجودة في المنزل وقام موظفو برنامج العناية الإنتقالية بترتيب المعدات والدعم الذي تحتاجه حتى تتمكن من العيش بشكل مستقل وآمن قدر الإمكان.

# ماذا يتوجب علي ان ادفع ؟

تتلقى خدمة الرعاية الإنتقالية الدعم المالي من حكومة فكتوريا وحكومات أستراليا، والتي تغطي معظم تكاليف البرنامج؛ ولكن، مطلوب منك أن تدفع رسم المساهمة لتكاليف رعايتك.

لا يُغطي التأمين الخاص للصحة تكاليف خدمة العناية الإنتقالية.

لا يعفى المتلقون من دائرة شؤون المحاربين (DVA) من هذه الرسوم إلا إذا كنت سجين حرب.

# ما هي قيمة الرسوم؟

إنّ الرسم الأقصى تحدده الحكومة الأسترالية ويُحسب كالآتي:

* + زبائن متلقو الخدمة في المنزل – المعدل اليومي 17.5 بالمئة من معاش التقاعد للفرد الحالي
  + زبائن متلقو الخدمة في سرير في بيت لرعاية المسنين – المعدل اليومي 85 بالمئة من معاش التقاعد للفرد الحالي

إذا لم يكن باستطاعتك دفع الرسم، رجاءً تحدث مع المسؤول عن قضيتك. إذا قدّمت طلب لتخفيض الرسم من الممكن أن يُطلب منك أن تقدّم إثبات عن مدخولك وعن وضعك المالي.

لا يمكن رفض خدمتك في حال لم يكن بإستطاعتك الدفع لضائقة مالية تمرّ بها. يمكن مراجعة ومناقشة الرسوم مع المسؤول عن قضيتك في أيّ وقت.

# كيف يتم جمع الرسوم؟

تُقدم لك المعلومات عن كيفية وجوب دفع رسومك. عادةً تتلقى فاتورة عند البدء في البرنامج.

إذا كنت غير قادر على دفع رسومك في الوقت المحدد يرجى مناقشة هذا الأمر مع المسؤول عن قضيتك

# ماذا لو كانت عنايتي بحاجة للتغيير؟

من المتوقع أنّ حاجات عنايتك ستتغيّر عندما تتلقى خدمة العناية الإنتقالية. بما أنّ صحتك تحتاج للتغيير قد تتطلب خدمات أقل أو مختلفة. وسيُراجع هذا بانتظام مع مسؤول قضيتك (أو فريق العناية(.

إذا زادت حاجتك للرعاية وللعناية بشكل ملحوظ، يقوم المسؤول عن قضيتك بالتحدث معك فيما إذا كانت خدمة العناية الإنتقالية يمكن أنّ تقدّم لك الرعاية التي تريدها. يتحدث أيضاً المسؤول عن قضيتك مع الأشخاص المولجين الإهتمام بك، للعمل على قيام خدمة العناية الإنتقالية بمساعدتك بشكل أفضل. يمكن أن يتضمن ذلك تغيير برنامج خدمة العناية الإنتقالية من المنزل إلى برنامج خدمة العناية الإنتقالية على أساس توفير سرير.

إذا لم تستطع خدمة العناية الإنتقالية أن تلبي حاجاتك للرعاية، تنتهي خدمة العناية الإنتقالية ويعمل المسؤول عن قضيتك معك لتأمين ترتيبات بديلة. ويتمّ تأكيد هذه الترتيبات خطياً.

# ماذا يحدث لو احتجت الى العودة للمستشفى خلال برنامج العناية الانتقالية ؟

في حال احتجتَ دخول المستشفى ليوم أو لليلة يمكنكَ عندها الرجوع إلى برنامج خدمة العناية الإنتقالية عندما تخرج من المستشفى.

إذا كنتَ بحاجة للبقاء وقت أطول في المستشفى تنتهي خدمة العناية الإنتقالية.

إذا احتجتَ العودة إلى خدمة العناية الإنتقالية عندها على المستشفى أن يدقق من أنّ هناك مكان متوفرّ وما إذا كان على خدمة تقييم رعاية المسنين أن تعيد تقييمك.

# ما هي حقوقي وواجباتي؟

عندما تتلقى خدمة العناية الإنتقالية تتمتّع بحق:

* + التعامل معك كفرد، يتمتع بمقام واحترام
  + دعمك في اجراءات عمليات اتخاذ القرارات ويقوم أحد الأشخاص بالتكلم نيابةً عنك إذا أردتَ ذلك
  + معرفة المعلومات لمساعدتك في إتخاذ القرارات عن عنايتك
  + المشاركة في التصميم واتخاذ القرارات عن رعايتك
  + التحدّث بحريّة، وبثقة بالنفس، مع المسؤول عن قضيتك عن أيّة ظاهرة من متطلبات عنايتك
  + الحصول على مترجم وخدمات ثقافية مناسبة

وعليك مسؤوليات تجاه:

* + المشاركة بنشاط في تحقيق أهداف خطة رعايتك
  + قبول المسؤولية الشخصية لنشاطاتك وخياراتك، حتى لو كانت هذه يمكن أن تتضمن عنصر خطر.
  + التحدث مع المسؤول عن قضيتك عن حاجاتك للرعاية وأيّة تغييرات يمكن استعمالها لخطة عنايتك
  + احترام حقوق الآخرين الذين هم موظفون لتقديم رعايتك ومعاملتهم بنفس المقام الذي تتمناه لنفسك
  + جعل منزلكم مكان آمن وصحيّ تستقبلون به الموظفون الذين يخدمونكم عندما يقومون بعملهم.

)سيُصار إلى تقييم منزلك للتأكد من أنّه آمن والمعدات الموصى عنها مركبّة بشكل يناسب احتياجاتك. إذا كانت هناك مخاوف مستمرة عن أمور الأمان، لن يكون باستطاعة خدمة العناية الإنتقالية من تقديم الخدمات في منزلك.(

# ما هي نوعية الخدمة التي اتوقعها ؟

يحق لك أن تتلقى مستوى عالي من الرعاية من خدمة العناية الإنتقالية، كما هو منصوص عنه في المبادئ التوجيهية لحكومات الولاية والكومنولث.

وهذا يضمن:

* + تقديم العناية من موظفين تتوفر لديهم الخبرة والمؤهلات
  + تقديم البرنامج بجو آمن، وأكثر بيئة عائلية )عندما تقدم خدمة العناية الإنتقالية بإطار أساس سرير).
  + تقديم العناية بنمط مرن، ومتجاوب وفي وقته
  + مراجعة البرنامج بانتظام للمصادقة بأنه أكثر متجاوب لحاجات متلقي الخدمات
  + تركز خدمة العناية الإنتقاليةعلى النوعية بشكل مستمر، بما في ذلك سماع الآراء المختلفة، ومراجعة أيّة شكاوى وتطبيق المبادئ التوجيهية لخدمة العناية الإنتقالية.

# الى من يتم تقديم المعلومات بشأني؟

إن المعلومات التي تتعلّق بصحتك، وبحاجات عنايتك، وخدماتك مطلوبمشاركتها مع الطبيب العام، ومع مهنيين آخرين بالصحة، ومع مقدمي الخدمة المختصين حتی یتم استیفاء احتیاجات خطة الرعایة الخاصة بك.

تُطلب أيضاً المعلومات من قبل دائرة الصحة في الكومنولث ودائرة الصحة والخدمات الإنسانية في فيكتوريا لأغراض التمويل والتقييم.

عندما تعطي أنتَ أو الشخص المولج برعايتك/مديرك الموافقة لإتفاقية خدمة العناية الإنتقالية، تكون بذلك تعطي الموافقة لخدمة العناية الإنتقالية لكيّ تقدّم التفاصيل المتعلقة بشخصك والمعلومات عن صحتك والعناية التي تتلقاها لهؤلاء الأشخاص والمنظمات.

تُستخدم معلوماتك الشخصية ويتم الكشف عنها تبعاً لقوانين الخصوصية المناسبة.

إنّ حقوقك محمية طبقاً ل:

* + قانون الكومنولث لرعاية المسنين لعام 1997، قانون رعاية المسنين (الأحكام الانتقالية) لعام 1997، والمبادئ المنصوص عليها في القوانين
  + الميثاق الفيكتوري لحقوق ومسؤوليات الإنسان لعام 2006
  + قانون الخصوصية وحماية البيانات الفيكتوري لعام 2014
  + قانون السجلات الصحية الفيكتوري لعام 2001

قانون الخصوصية للكومنولث لعام 1988

# ماهي My Aged Care وكيف تؤثر علي؟

أثناء وجودك في برنامج العناية الإنتقالية، قد يناقش المسؤول عن قضيتك معك الخدمات التي يمكن أن تدعمك على المدى المتوسط ​​والطويل. وبموافقتك، ستتم الإحالة إلى هذه الخدمات، والتي يحتاج بعضها الإحالة إلى My Aged Care.

إن My Aged Care هي نقطة دخول مركزية في نظام خدمة رعاية المسنين في أستراليا، وخاصة بالنسبة للخدمات التي تمول جزئياً أو كلياً من قبل الحكومة الأسترالية. كما أن My Aged Care هي جزء من عدد من التغييرات التي تقوم بها الحكومة الأسترالية لنظام خدمة رعاية المسنين لضمان حصول الناس على المعلومات وتسهيل العثور على الخدمات والوصول إليها.

تتألف My Aged Care من مركز اتصال (1800 200 422) وموقع إلكتروني. يعمل مركز الاتصال من الساعة 8.00 صباحاً حتى 8.00 مساءً من الاثنين إلى الجمعة ومن الساعة 10.00 صباحاً حتى 2.00 ظهراً أيام السبت؛ يمكن للموظفين في مركز الاتصال مساعدتك في أي أسئلة قد تكون لديك. عنوان الموقع هو http://www.myagedcare.gov.au. سيشارك المسؤول عن قضيتك في المناقشات معك للتأكد من إمكانية وجود خطة رعاية جيدة استعداداً لإخراجك من برنامج العناية الإنتقالية.

# ما هو التخطيط المسبق للرعاية؟

التخطيط المسبق للرعاية هو عملية التخطيط لصحتك وعنايتك الشخصية المستقبلية حيث يتم التعرّف على القيم والمعتقدات والتفضيلات الخاصة بك حتى يتمكنوا من توجيه صنع القرار السريري في المستقبل إذا لم تتمكن من اتخاذ القرارات أو التعبير عنها.

ينطوي التخطيط المسبق للرعاية على وضع خطة للرعاية الصحية والعناية الشخصية في المستقبل إذا فقدت القدرة على اتخاذ القرار حتى تتناسب الرعاية التي تتلقاها مع ما تريد.

يمكن للمسؤول عن قضيتك :

* إجراء محادثة معك حول التخطيط المسبق للرعاية
* تزویدك بمعلومات حول التخطيط المسبق للرعاية
* مساعدتك على استكشاف ما هو مهم بالنسبة لك في الحياة
* دعمك لإجراء محادثة مع طبيبك العام والأسرة والأصدقاء حول ما هو مهم بالنسبة لك في الحياة
* مساعدتك على فهم الخطوات في إعداد وإضفاء الطابع الرسمي على توجيه الرعاية المسبق.

من خلال التعبير عن رغباتك في خطة الرعاية المسبقة، يمكنك تمكين الفريق المعالج وعائلتك وأصدقائك لاتخاذ قرارات مستنيرة بالنيابة عنك، وهي القرارات التي كنت ستتخذها، في الوقت الذي لا يمكنك القيام بذلك بنفسك.

## قانون تخطيط العلاج الطبي وقراراته لعام 2016

منذ 12 آذار/مارس 2018، يوفر *قانون تخطيط العلاج الطبي وقرارته لعام 2016* إطاراً لاتخاذ القرارات بشأن العلاج الطبي. وهذا يشمل السماح للناس باتخاذ القرارات مسبقاً، وذلك من خلال توجيه الرعاية المسبق، بشأن العلاج الطبي الذي يريدونه أو لا يريدونه في المستقبل في حال لم يعد لديهم القدرة على اتخاذ تلك القرارات.

ستكون قادراً على:

* + إنشاء توجيه للقيّم يحدد تفضيلاتك وقيمك
  + إنشاء توجيه تعليمي يوافق على أو يرفض العلاج الطبي
  + تعیین صانع قرار للعلاج الطبي لاتخاذ القرارات بالنیابة عنك عندما لا تكون قادراً علی ذلك.
  + تعيين شخص داعم لدعم اتخاذك للقرارات وليمثل مصالحك.

\* سوف يستمر في الإطار الجديد الاعتراف بوثائق التخطيط المسبق للرعاية المقدمة قبل 12 آذار/مارس 2018 (التوكيل الدائم - شهادة العلاج الطبي ورفض العلاج).

لمزيد من المعلومات، يرجى [زيارة صفحة موقع مكتب المحامي العام](http://www.publicadvocate.vic.gov.au/power-of-attorney)  <http://www.publicadvocate.vic.gov.au/power-of-attorney>.

# ماذا لو كان لدي شأن او شكوى؟

لك الحق في أن تقدم شكوى وأن تتخذ الخطوات لمعالجة أيّة شؤون.

إذا كان لديك شكوى او اهتمام لك الحق في:

* إثارته بدون خوف من عقوبة
* حلّ المسألة في أقصر وقت ممكن
* إِختَر مؤيد لكي يستأنف إلى المستويات العليا للإدارة.

تعمل خدمة العناية الإنتقالية للتأكد من أنّ الشكاوى والشؤون قد تمَّ التعامل معها بفورية وبسريّة. ونشجعك لتناقش هذه الأمور مع المسؤول عن قضيتك.

# اذا كانت لديك شكوى؟

تعطى لك المعلومات عن كيفية معالجة شؤونك.

عند الإمكانية من الأفضل أن تتكلم أولاً مع المسؤول عن قضيتك عن شكواك. ولكن، يمكن أن تقرر أن ترفع شكواك إلى مدير خدمة العناية الإنتقالية. في الحالتين يتم التعامل مع شكواك بفورية.

مدير خدمة العناية الإنتقالية في خدمة صحتك هو:

|  |  |
| --- | --- |
| الإسم: |  |
| الهاتف: |  |

إذا لم يكن باستطاعتك أن ترفع شأنك مع خدمة العناية الإنتقالية أو أنك غير راضِ عن نتائج شكواك، يمكنك أن ترفع المسألة مع مؤيّد المريض أو موظف الإتصال لخدمة صحتك. إذا بقيت غير مقتنع بالنتائج، هناك منظمة خارجية يمكن الإتصال بها لمعالجة شؤونك.

في فكتوريا، يكون *مفوض الخدمات الصحيّة* هو المسؤول عن تلقي أو حلّ مواضيع الشكاوى حول مقدمي الخدمات الصحيّة. إنّ المفوّض هو مسؤول أيضاً عن تلقي وحلّ الشكاوى التى تتعلق بخدمة العناية الإنتقالية.

## مكتب مفوض الشكاوى الصحية

هاتف: **1300 582 113**

حيث أنّ خدمة العناية الإنتقالية هي جزئياً مدعومة مادياً من الكومنولث لخدمة المسنين، يبقى لك الحق أيضاً في الوصول إلى *مخطط شكاوى رعاية المسنين* عن أيّة شؤون.

## مفوضية جودة وسلامة رعاية المسنين

الهاتف: **1800 951 822**

إذا أردت الحصول على معلومات، أو مساعدة أو تريد شخص يتكلم نيابةً عنك، يمكنك الإتصال بالخط الوطني للدفاع عن رعاية المسنين (National Aged Care Advocacy Line). وهذه الخدمة مجانية وسرّية للأشخاص الذين يتلقون خدمات رعاية المسنين.

## الخط الوطني للدفاع عن رعاية المسنين

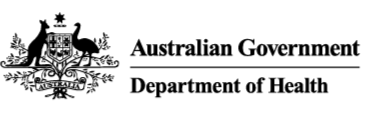
الهاتف: **1800 700 600** (مكالمة مجانية)أو إذا اتصلت من الهاتف الخلوي، اتصل **ﺑ**

**الخط الوطني للدفاع عن رعاية المسنين على الرقم 03 6902 3066**

# اذا كانت لديك اراء:

نرسل لك نموذج رضى الزبون في آخر البرنامج. هذا النموذج يعطيك الفرصة لتخبرنا عن تجربتك حول خدمة العناية الإنتقالية. ونرحب باقتراحاتك حول كيفية تطوير خدمتك وخدمة الزبائن المستقبليين.

# ميثاق حقوق رعاية المسنين



لديّ الحق في:

1. رعاية وخدمات آمنة وعالية الجودة؛
2. أن تتم معاملتي بكرامة واحترام؛
3. أن يتم تقدير ودعم هويتي وثقافتي وتنوعي.
4. العيش دون سوء المعاملة والإهمال؛
5. أن يتم إعلامي بالرعاية والخدمات المُقدّمة لي بطريقة أفهمها؛
6. الوصول إلى جميع معلوماتي، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بحقوقي ورعايتي وخدماتي؛
7. التحكم برعايتي وحياتي الشخصية والاجتماعية واتخاذ الخيارات بشأنها، بما في ذلك حيث تنطوي الخيارات على مخاطر شخصية؛
8. التحكم في الجوانب الشخصية لحياتي اليومية وشؤوني المالية وممتلكاتي واتخاذ القرارات بشأنها؛
9. استقلاليّتي
10. أن يتم الاستماع إليّ وفهمي.
11. أن يكون لديّ شخص من اختياري، بما في ذلك مدافع عن رعاية المسنين، يدعمني أو يتحدث نيابة عني
12. التقدّم بشكوى خالية من الانتقام، ومعالجة شكاوي بشكل عادل وسريع؛
13. الخصوصية الشخصية وأن يتم حماية معلوماتي الشخصية؛
14. ممارسة حقوقي دون أن يؤثر سلبا على الطريقة التي أُعامل بها.

## المستهلكين

لدى المستهلكين خيار التوقيع على ميثاق حقوق رعاية المسنين (الميثاق). يمكن للمستهلكين الحصول على الرعاية والخدمات حتى لو اختاروا عدم التوقيع.

إذا قرر مستهلك التوقيع على الميثاق، فإنه يعترف بأن مقدم الخدمة الخاص به قد أعطاه نسخة من الميثاق، وساعده على فهم:

* المعلومات حول حقوق المستهلك فيما يتعلق بخدمة رعاية المسنين؛ و
* المعلومات حول حقوق المستهلك بموجب الميثاق.

|  |  |
| --- | --- |
| توقيع المستهلك (أو الشخص المفوّض) (في حالة اختيار التوقيع) |  |
| الاسم الكامل للمستهلك |  |
| الاسم الكامل للشخص المفوّض  (إن وجد) |  |

## مقدمو الخدمات

بموجب قانون رعاية المسنين، يتعيّن على مقدمي الخدمات مساعدة المستهلكين على فهم حقوقهم ومنح كل مستهلك فرصة معقولة للتوقيع على الميثاق. يجب على مقدمي الخدمات تزويد المستهلكين بنسخة من الميثاق تحدد:

* توقيع موظف مقدم الخدمات؛
* التاريخ الذي أعطى فيه مقدم الخدمات نسخة من الميثاق للمستهلك؛ و
* التاريخ الذي أعطى فيه مقدم الخدمات للمستهلك (أو للشخص المفوّض الخاص به) الفرصة للتوقيع على الميثاق؛
* توقيع المستهلك (أو الشخص المفوّض) (إذا اختاروا التوقيع)؛ و
* الاسم الكامل للمستهلك (والشخص المفوّض، إن وجد).

سيحتاج مقدم الخدمات إلى الاحتفاظ بنسخة من الميثاق الموّقع لسجلاته.

|  |  |
| --- | --- |
| التوقيع والاسم الكامل لموظف مقدم الخدمات |  |
| إسم مقدم الخدمات |  |
| التاريخ الذي مُنح فيه المستهلك نسخة من الميثاق |  |
| التاريخ الذي مُنح فيه المستهلك (أو الشخص المفوّض) الفرصة للتوقيع على الميثاق |  |



# الموافقة أن تكون على قائمة الانتظار لبرنامج العناية الإنتقالية

* + 1. أخوّل خدمة برنامج العناية الإنتقالية لتقديم بياناتي الشخصية ومعلومات عن صحتي والرعاية التي أتلقاها في إطار برنامج العناية الإنتقالية إلى دائرة الصحة في الحكومة الأسترالية ودائرة الصحة والخدمات الإنسانية في فيكتوريا لأغراض التمويل والتقييم.
    2. أوافق على أن يقوم موظفو برنامج العناية الإنتقالية بمناقشة احتياجات الصحة والرعاية والخدمات الخاصة بي مع طبيبي العام وغيره من المهنيين الصحيين ومقدمي الخدمات والأشخاص الإضافيين التاليين:

|  |
| --- |
| أدرج أشخاص إضافيين: |
|  |

* + 1. أنا أدرك أن جميع الخطوات المعقولة ستتخذ لحماية خصوصيتي وسريتي وفقاً لقوانين الخصوصية المعمول بها عند المناقشة مع مقدم الرعاية أو الممثل الخاص بي أو تلقي المعلومات منه/منها فيما يتعلق بإحتياجاتي للرعاية والخدمة.
    2. أنا أدرك أن الدخول لبرنامج العناية الإنتقالية من المستشفى سيكون في أقرب وقت يتوفر فيه مكان شاغر وفي غضون 28 يوماً من حصولي على الموافقة من قبل خدمة تقييم رعاية المسنين. وسوف يتم إبلاغي في أقرب وقت يمكن فيه تأكيد الدخول والإعتراف به وقد يكون هذا في وقت قصير. وإذا لم ينشأ مكان شاغر في غضون 28 يوماً، فإنني أدرك أن خدمة تقييم رعاية المسنين قد تحتاج إلى إعادة تقييمي.
    3. أنا أدرك أنني سأحصل علی خطة رعایة وخطة إخراج خطیة تشرح بالتفصيل الخدمات التي سیتم تقديمھا لي في إطار برنامج العناية الإنتقالية.
    4. أنا أدرك أنني سأدفع رسوماً، وهي موضحة في "اتفاقية برنامج العناية الإنتقالية".
    5. أنا أدرك أن برنامج العناية الإنتقالية هو برنامج محدود الفترة وأن الفترة محددة بالأهداف التي يتعين تحقيقها. وسيساعدني المسؤول عن قضيتي في الوصول إلى ترتيبات الرعاية أو الخدمات الطويلة الأجل المتاحة التي تناسب احتياجاتي.

أنا أدرك أنه يحق لي تقديم شكوى، دون خوف من الإنتقام، بشأن توفير العناية الانتقالية، ويمكن أن أقوم بذلك من خلال مناقشة هذه المسائل مع المسؤول عن قضيتي أو مدير برنامج العناية الإنتقالية في المقام الأول أو الاتصال بمكتب مفوض شكاوى رعاية المسنين أو مكتب مفوض الشكاوى الصحية.



|  |  |
| --- | --- |
| توقيع متلقي الرعاية أو ممثله المرشح: |  |
| شُهدت من قِبل (إذا تم التوقيع عليها من قبل ممثل مرشح): |  |
| التاريخ: |  |

يجب التوقيع على هذه الإتفاقية من قبل متلقي الرعاية. في بعض الظروف، يجوز للممثل المرشح التوقيع نيابة عن متلقي الرعاية. وإذا لم يكن من الممكن الحصول على موافقة كتابية، يجوز للممثل المرشح أن يوقع بتوجيه من متلقي الرعاية ويجب أن يُشهد على هذا التوجيه. وفي هذه الحالة، يرجى إكمال ما يلي:

|  |  |
| --- | --- |
| لماذا لم يتمكن متلقي الرعاية من التوقيع؟ |  |
| اسم الشخص الذي قام بالتوقيع: |  |
| العلاقة بمتلقي رعاية **TCP** (مثل الزوج/الزوجة أو شخص مسؤول): |  |
| اسم الشاهد**:** |  |

**نسخة ﻟ**: [ضع علامة 'X' حسب الاقتضاء]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| زبون TCP: |  | ملف زبون الخدمة الصحية: |  |



# إتفاقية برنامج العناية الإنتقالية الخاصة بي

**نسخة ﻟ:** [ضع علامة 'X' حسب الاقتضاء]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| زبون TCP: |  | ملف زبون الخدمة الصحية: |  | دائرة الشؤون المالية للخدمة الصحية: |  |

## 1. إتفاق رعاية برنامج العناية الانتقالية (TCP) بين:

|  |  |
| --- | --- |
| مقدم خدمة**TCP** : |  |
| متلقي الرعاية: |  |

* + 1. أقر بأنني قرأت أو تم شرح لي محتويات كتيب TCP لمعلومات واتفاقية الزبون وأوافق على تلقي [ضع علامة 'X' حسب الاقتضاء]:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| على أساس السرير**:**  و أو |  | على أساس المنزل**:** |  |

برنامج العناية الإنتقالية (**TCP**)في:

|  |
| --- |
| **الموقع:** |

* + 1. أنا أدرك أن خطة الرعاية وخطة الإخراج المكتوبة تشكلان جزءاً من هذه الاتفاقية ويمكن تعديلها مع مرور الوقت على النحو المتفق عليه بصورة متبادلة.
    2. أنا أدرك أن موافقتي التي ستكون على قائمة الانتظار تشكّل جزءاً من هذه الاتفاقية.
    3. أنا أدرك أنه يمكن إعادة النظر في هذه الاتفاقية في أي وقت وتغييرها بموافقة متبادلة. سوف يتم إخطاري خطياً بأي تغيير.
    4. أنا أدرك أن بإمكان أي من الطرفين إنهاء هذه الاتفاقية في أي وقت. إذا أنهت خدمة برنامج العناية الإنتقالية هذه الاتفاقية، سيتم إعلامك خطياً.

## 2. ترشيح الشخص المسؤول عن دفع رسوم برنامج العناية الإنتقالية

|  |  |
| --- | --- |
| بالنسبة لمتلقي الرعاية: | >الإسم< |
| أنا، (الشخص المسؤول): | >الإسم< |



أنا أفهم وأوافق على ما يلي:

* + 1. أنا الشخص المسؤول عن دفع رسوم برنامج العناية الإنتقالية لمتلقي الرعاية المشار إليه أعلاه.
    2. تحدد الحكومة الأسترالية رسوم برنامج العناية الإنتقالية (إحذف التي لا تنطبق):

17.5 في المائة من معاش رعاية المسنين المنفرد الأساسي للخدمة القائمة على المنزل

85 في المائة من معاش رعاية المسنين المنفرد الأساسي للخدمة القائمة على السرير

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * + 1. سأدفع رسم الرعاية اليومية البالغ: | دولار | للرعاية القائمة على المنزل أي ما يعادل أسبوعياً: | دولار |
| * + 1. سأدفع رسم الرعاية اليومية البالغ: | دولار | للرعاية القائمة على السرير أي ما يعادل أسبوعياً: | دولار |

للوقت الذي يتم فيه تقديم برنامج العناية الانتقالية.

* + 1. سوف أدفع تكاليف الصيدلية المتكبدة خلال برنامج العناية الإنتقالية القائم على السرير.
    2. هذا هو رسم يومي يشمل عطلة نهاية الأسبوع والأيام التي يمكن أن لا يتم فيها تقديم الخدمات.
    3. سوف **أتلقى فواتير** من:

|  |
| --- |
| <المؤسسة> |

* + 1. يمكن مراجعة الرسوم في أي وقت إذا تم طلب ذلك.
    2. يرجى الملاحظة أنه لا يتم تغطية الرسوم من قبل ميديكير أو التأمين الصحي الخاص أو دائرة شؤون المحاربين (DVA).



التفاصيل الشخصية للشخص المسؤول عن رسوم برنامج العناية الإنتقالية:

|  |  |
| --- | --- |
| الاسم الكامل: |  |
| العنوان البريدي: |  |
| رقم الهاتف: |  |
| عنوان البريد الإلكتروني: |  |
| العلاقة مع متلقي الرعاية: |  |

صدرت الفاتورة من قبل:[ضع علامة 'X' حسب الاقتضاء]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| بريد عادي: |  | بريد إلكتروني: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| توقيع متلقي الرعاية أو ممثله المرشح: |  |
| شُهدت من قبل (إذا تم التوقيع عليها من قبل ممثل مرشح): |  |
| التاريخ: |  |

يجب التوقيع على هذه الإتفاقية من قبل متلقي الرعاية. في بعض الظروف، يجوز للممثل المرشح التوقيع نيابة عن متلقي الرعاية. وإذا لم يكن من الممكن الحصول على موافقة كتابية، يجوز للممثل المرشح أن يوقع بتوجيه من متلقي الرعاية ويجب أن يُشهد على هذا التوجيه. وفي هذه الحالة، يرجى إكمال ما يلي:

|  |  |
| --- | --- |
| لماذا لم يتمكن متلقي الرعاية من التوقيع؟ |  |
| اسم الشخص الذي قام بالتوقيع: |  |
| العلاقة بمتلقي رعاية **TCP** (مثل الزوج/الزوجة أو شخص مسؤول): |  |
| اسم الشاهد**:** |  |



## 3. تكاليف الصيدلية (تنطبق فقط على متلقي الرعاية من برنامج العناية الإنتقالية القائم على السرير)

یجب أن يتم دفع ثمن جمیع الأدویة الموصوفة بوصفة طبیة ومستلزمات الصیدلة بدون وصفة طبية من قبل متلقي الرعاية أو الشخص المرشح کمسؤول عن دفع ھذه التكالیف. يرجى الملاحظة أنه لا يمكن تقديم إعفاءات لأن المورد هو صيدلية مجتمعية.

|  |  |
| --- | --- |
| الشخص المسؤول عن الدفع: |  |

أنا (المذكور أعلاه) الشخص المسؤول عن دفع حساب الصيدلية ل (متلقي الرعاية) وأدرك وأوافق على ما يلي:

* + 1. سيتم استلام فاتورة لقاء تكلفة الدواء الصادر إلى متلقي الرعاية أثناء وجوده/وجودها في برنامج العناية الانتقالية القائم على السرير.
    2. سوف يتم احتساب الدواء بسعر التجزئة / PBS / أو شبكة الأمان (حسب الاقتضاء) وسيتم توفيره من:

|  |
| --- |
| <إسم الصيدلية> |

تمّ إرسال الفاتورة من الصيدلية مع تفاصيل الدفع:

|  |
| --- |
| <عنوان الصيدلية> |

التفاصيل الشخصية للشخص المسؤول عن حساب الصيدلية:

|  |  |
| --- | --- |
| الاسم الكامل: |  |
| العنوان البريدي: |  |
| رقم الهاتف: |  |
| عنوان البريد الإلكتروني: |  |
| العلاقة مع متلقي الرعاية: |  |

صدرت الفاتورة من قبل:[ضع علامة 'X' حسب الاقتضاء]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| بريد عادي: |  | بريد إلكتروني: |  |

نسخة إلى:[ضع علامة 'X' حسب الاقتضاء]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| زبون TCP: |  | ملف زبون الخدمة الصحية: |  | دائرة الشؤون المالية للخدمة الصحية: |  |