



استمارة وضع الرعاية المُلطفة

الجزء أ بيانات متلقي الرعاية

1. اسم متلقي الرعاية:

اسم الشخص:

اسم العائلة:

2. تاريخ الميلاد:

3. الجنس:

أنثى

ذكر

غير ذلك

4. إثبات هوية متلقي الرعاية أو الـ Aged Care Gateway ID:

5. رقم بطاقة Medicare:

6. رقم بطاقة DVA (إذا وجدت):

متطلبات وضع الرعاية المُلطفة

7. هل تم استكمال تقييم طبي (الجزء ب من هذه الاستمارة) قبل 3 شهور على الأقل، وبعد مدة أقصاها 14 يوم، من تاريخ بدء متلقي الرعاية خدمة الرعاية السكنية لتلقي الرعاية الدائمة (غير مؤقتة)؟

نعم. إذهب إلى السؤال رقم 8

كلا، لا يجوز تقييم متلقي الرعاية من أجل الحصول على الرعاية المُلطفة. تنتهي الاستمارة هنا.

8. هل تم توافر جميع متطلبات الأهلية؟

نعم. انتقل إلى السؤال رقم 9

كلا، متلقي الرعاية غير مؤهل للحصول على وضع الرعاية المُلطفة. تنتهي الاستمارة هنا.

9. تاريخ بدء الرعاية الدائمة (غير المؤقتة):

متى تُستخدم هذه الاستمارة

يجب أن يستخدم مقدمو الخدمة المعتمدون هذه الاستمارة لالتماس قرار من وزارة الصحة ورعاية المسنين

الوزارة (Department of Health and Aged Care (the (department)) أن الشخص الراغب في بدء رعاية المسنين السكنية الدائمة (غير المؤقتة) لديه وضع الرعاية المُلطفة. سيحظى الشخص الحاصل على الرعاية المُلطفة على تصنيف من الفئة 1 (Class 1) حسب التصنيف الوطني الأسترالي لرعاية المسنين (AN-ACC) (الالتحاق بالرعاية المُلطفة).

معلومات هامة

يتعين على الطبيب الممارس أو الممرض الممارس إكمال الجزء ب (التقييم الطبي) من هذه الاستمارة في مدة لا تزيد عن 3 شهور قبل حلول تاريخ بدء متلقي الرعاية خدمة الرعاية السكنية، وفي مدة أقصاها 14 يوم بعد ذلك التاريخ، كي يتمكن الشخص المعني من تلقي الرعاية السكنية الدائمة (غير مؤقتة). لا يجوز تقييم متلقي الرعاية من أجل تلقي الرعاية المُلطفة في حال تم تقييمه الطبي خارج هذه الفترات الزمنية.

اقرأ الصفحتين 4 و5 للحصول على متطلبات الأهلية لوضع الرعاية المُلطفة الكاملة.

إكمال هذه الاستمارة

يعد مقدم الخدمة المعتمد مسؤولاً عن هذه الاستمارة، بما في ذلك الحصول على موافقة متلقي الرعاية (أو الموافقة من الممثل المفوض)، والتأكد من أن الجزء ب (التقييم الطبي) قد تم استكماله ضمن الفترة الزمنية المطلوبة. يجب ألا يكون الطبيب الممارس أو الممرض الممارس موظفًا أو متعاقدًا مع مقدم الخدمة المعتمد. يتعين على مقدم الخدمة المعتمد التأكد من استيفاء كافة متطلبات الأهلية قبل إرسال الاستمارة إلى الوزارة. سترد الاستمارات غير المكتملة.

قدمت الوزارة ترجمات بلغات أجنبية لاستمارة وضع الحالة المُلطفة لمساعدة متلقي الرعاية على فهم محتوياتها. غير أن الترجمات باللغات الأجنبية لا تُعد استمارات معتمدة لأغراض المادة 27 من مبادئ المساءلة (Accountability Principles 2014). وتطلب الوزارة من مقدمي الخدمات المعتمدين ومتلقي الرعاية ملء النسخة الأصلية من الاستمارة باللغة الإنجليزية.

جميع الأسئلة الإلزامية ما لم يُذكر خلاف ذلك. يمكنك تعبئة هذه الاستمارة على جهاز الكمبيوتر الخاص بك باستخدام Adobe Acrobat Reader، أو يمكنك طباعتها. إذا كان لديك استمارة مطبوعة:

- استخدم قلمًا أسودًا أو أزرقًا
- اكتب بالحروف العريضة BLOCK LETTERS.

إعادة هذه الاستمارة

أعد هذه الاستمارة عن طريق إرفاقها بطلب الرعاية المُلطفة عبر استخدام بوابة My Aged Care Service Provider Portal في غضون 14 يومًا من إشعار دخول متلقي الرعاية عبر سجل بدء رعاية المسنين.

للمزيد من المعلومات عن هذه الاستمارة أو عن سياسة الخصوصية لدينا اتصل بنا على رقم 1555 6289 (02) أو على رقم الاتصال المجاني 1800 020 103، أو على البريد الإلكتروني ANACCOperations@health.gov.au، أو أكمل استمارة الاستفسارات عبر الإنترنت على www.health.gov.au/about-us/contact-us/generalenquiries.

اقرأ الصفحتين 4 و5 للحصول على متطلبات الأهلية لوضع الرعاية المُلطفة الكاملة.

الخصوصية ومعلوماتك الشخصية

معلوماتك الشخصية محمية بموجب القانون، بما في ذلك قانون الخصوصية لعام 1988 (Privacy Act 1988) ومبادئ الخصوصية الأسترالية (Australian Privacy Principles). تقوم الوزارة بجمع المعلومات الشخصية في هذه الاستمارة للغرض الأساسي وهو تحديد وضع الرعاية الملطفة للأفراد الذين يبدؤون رعاية المسنين السكنية.

ويجوز للوزارة أن تتبادل المعلومات التي يتم جمعها بهذه الاستمارة مع الأطباء والمرضى الممارسين وموظفي خدمة رعاية المسنين السكنية حيث يقيم الفرد أو يعتزم الإقامة، بحيث يمكن تقديم الرعاية المناسبة لظروف الشخص واحتياجاته، بما في ذلك استخدام الأموال على النحو المطلوب بموجب قانون رعاية المسنين لعام 1997 (Aged Care Act 1997).

بتقديم معلوماتك الشخصية/الحساسة لمقدم خدمة رعاية المسنين السكنية، فإنك توافق على قيام الوزارة بجمع هذه المعلومات عنك من مقدم الخدمة للأغراض المذكورة أعلاه.

كما يخضع الأطباء والمرضى الممارسون ومقدمو خدمات رعاية المسنين، الذين يمكنهم جمع المعلومات الشخصية الواردة في هذه الاستمارة، لواجب الالتزام بالخصوصية.

أقر بأنني قرأت أو تلقيت شرحاً لمحتويات هذه الاستمارة وأوافق على تلقي الرعاية الملطفة في مركز تقديم خدمة رعاية المسنين السكنية المذكور في هذه الاستمارة.

الاسم الكامل:

العلاقة بمتلقي الرعاية (ضع علامة على مربع واحد):

متلقي الرعاية

☐

ممثّل مفوض

☐

التوقيع:

التاريخ:

الاسم الكامل:

المنصب:

التوقيع:

التاريخ:

خدمة NAPS ID:

اسم خدمة رعاية المسنين السكنية:

عنوان خدمة رعاية المسنين السكنية:

رقم هاتف خدمة رعاية المسنين السكنية:

البريد الإلكتروني لمقدم الخدمة المعتمد:

- أصرح أنا أن الشخص قد بدأ خدمة رعاية المسنين السكنية لتلقي الرعاية الملطفة المخطط لها وتقدم له بطريقة تتوافق مع معايير جودة رعاية المسنين Aged Care Quality Standards وتتوافق مع أفضل الممارسات الحالية.
- لقد قرأت وفهمت متطلبات AN-ACC لوضع الرعاية الملطفة الواردة في الصفحتين 4 و 5 من هذه الوثيقة، وأؤكد أن تقدير مدة بقاء متلقي الرعاية على قيد الحياة واحتياجاته للرعاية الملطفة تفي بمتطلبات وضع الرعاية الملطفة.
- أوافق أنا على تزويد الوزير، وزارة الصحة ورعاية المسنين (the Secretary, Department of Health and Aged Care) بالمستندات المتعلقة بالتخطيط وتقديم رعاية ملطفة عالية الجودة تتناسب مع احتياجات متلقي الرعاية، إذا تطلب الأمر.
- أصرح أنا أن المعلومات المسجلة في الجزء أ من استمارة وضع الرعاية الملطفة حقيقية وصحيحة.

توقيع الطبيب الممارس أو الممرض الممارس

16. يجب توقيع الجزء ب من هذه الاستمارة من قبل الطبيب الممارس أو الممرض الممارس المسؤول عن رعاية المريض.

تاريخ التقييم:

الاسم الكامل للطبيب الممارس أو الممرض الممارس:

التوقيع:

التاريخ:

يخص وضع الرعاية الملطفة أولئك الأشخاص الذين يُتوقع بقائهم على قيد الحياة 3 شهور أو أقل ودرجة AKPS تكون 40 أو أقل، والذين يبدوون الرعاية السكنية الدائمة بغرض تلقي رعاية ملطفة مخطط لها.

تستخدم الوزارة هذا التقييم الطبي لتحديد وضع الرعاية الملطفة. إذا لم يتم استيفاء متطلبات Class 1 ورفضت الوزارة طلب وضع الرعاية الملطفة، فسيتم إحالة الفرد لإجراء تقييم AN-ACC القياسي لتحديد تصنيف AN-ACC المناسب له.

يجب أن يتم التوقيع على أي تعديلات على هذا الجزء من الاستمارة من قبل الطبيب الممارس أو الممرض الممارس.

الجزء ب التقييم الطبي

10. الاسم الكامل للمريض:
اسم الشخص:

اسم العائلة:

11. التقييم الطبي:
ما هو تقدير العمر المتبقي للمريض (بالأشهر)؟

ما هي درجة AKPS للمريض؟
(انظر مقياس AKPS في الصفحة 4)

بيانات الطبيب الممارس أو الممرض الممارس

12. بيانات العيادة (يمكن قبول ختم العيادة):
اسم العيادة وعنوانها:

رقم هاتف العيادة:

البريد الإلكتروني:

13. رقم Australian Health Practitioner Regulation Agency ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. رقم Medicare Provider:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15. فئة الممارس (اختر جواب واحد):

طبيب ممارس ☐

ممرض ممارس ☐

متطلبات الأهلية لوضع الرعاية الملطفة

المقدمة

يتضمن نموذج التمويل 13 AN-ACC فئة تمويل متغيرة (casemix) تعكس احتياجات الرعاية المختلفة لمتلقي الرعاية في كل فئة، حيث تمثل الفئة 1 Class و الفئة 13 Class الحد الأقصى لفئات التمويل المتغير.

تتميز الفئة 1 AN-ACC Class «الالتحاق بالرعاية الملطفة» بأن الأفراد الذين يتمتعون بوضع الرعاية الملطفة والذين يبدؤون رعاية المسنين السكنية لغرض تلقي الرعاية الملطفة المخطط لها منفصلون سريريًا ويحتاجون إلى موارد إضافية كبيرة لتلبية احتياجاتهم من الرعاية. كما أنها تتجنب الحاجة إلى إخضاع هؤلاء الأفراد لمعيار عملية تقييم AN-ACC لتحديد فئة AN-ACC الملانمة ومستوى التمويل الذي سيحصل عليه مقدم الرعاية المعتمد لتوفير الرعاية لهم.

هذه الاستثمار مخصصة للأفراد الذين يبدؤون بتلقي رعاية المسنين السكنية، وليس لمتلقي الرعاية الحاليين الذين تتراجع حالتهم مع مرور الوقت ويحتاجون إلى رعاية ملطفة و/أو رعاية نهاية الحياة. إذا أصبح المتلقي الحالي للرعاية الدائمة (دون فئة 1 Class) يحتاج للرعاية الملطفة بعد بدء خدمة رعاية المسنين السكنية، فيمكن لمقدم خدمة الرعاية طلب إعادة تصنيف فئة متلقي الرعاية هذا، مما سيؤدي إلى إجراء تقييم جديد لتحديد تصنيف وتمويل AN-ACC من تاريخ طلب إعادة التصنيف.

الأهلية للحصول على وضع الرعاية الملطفة والتمويل من الفئة 1 من AN-ACC

لكي يتمكن موظف الوزارة تحديد ما إذا كان متلقي الرعاية سيحصل على وضع الرعاية الملطفة، وتصنيف وتمويل AN-ACC Class 1 مطلوب استيفاء جميع ما يلي:

- بدء متلقي الرعاية خدمة الرعاية السكنية ليتلقى رعاية غير مؤقتة على شكل الرعاية الملطفة
- استكمال تقييم طبي قبل 3 أشهر على الأقل من حلول تاريخ بدء المريض بتلقي الرعاية، وخلال مدة أقصاها 14 يوم بعد ذلك التاريخ
- يتضمن التقييم الطبي لمتلقي الرعاية تقديرًا ببقائه على قيد الحياة لثلاثة أشهر أو أقل من تاريخ بدء حصوله على الرعاية الملطفة
- يتضمن التقييم الطبي درجة أداء كارنوفسكي المعدلة في أستراليا (AKPS) (Australia-modified Karnofsky Performance Status) والتي تبلغ 40 أو أقل (انظر مقياس AKPS أدناه).

إذا لم يتم استيفاء متطلبات الأهلية للحصول على وضع الرعاية الملطفة (على سبيل المثال، حصل متلقي الرعاية على درجة 50 AKPS)، فستطبق عملية الإدخال العادية. وتشمل هذه العملية إحالة متلقي الرعاية لإجراء تقييم AN-ACC القياسي لتحديد تصنيفه المناسب حسب AN-ACC.

متطلبات التقييم الطبي

ويجب أن يجري التقييم الطبي إما طبيب ممارس أو ممرض ممارس مستقل عن خدمة رعاية المسنين السكنية (أي غير متعاقدًا أو موظفًا لديهم) ويعمل في نطاق ممارسته، ومسجلًا في الجزء ب من هذه الاستثمار.

AKPS Scale

AKPS هو مقياس لحالة الأداء العام للفرد أو قدرته على أداء أنشطته في حياته اليومية. يقيس AKPS الأداء عبر أبعاد النشاط والعمل والرعاية الذاتية.

تشير درجة AKPS البالغة 100 إلى القدرات البدنية الطبيعية مع عدم وجود دليل على المرض. وكلما انخفضت الدرجة فذلك يشير إلى انخفاض القدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية.

100	طبيعي؛ لا يوجد شكاوى لا دليل على وجود مرض	50	يتطلب مساعدة كبيرة ورعاية طبية متكررة
90	قادر على القيام بنشاط عادي؛ علامات أو أعراض طفيفة للمرض	40	يقضي في السرير أكثر من 50% من وقته
80	يبذل جهدًا في النشاط العادي؛ ظهور بعض علامات أو أعراض للمرض	30	ملازم للفراش تمامًا
70	يعتني بنفسه ولكنه غير قادر على القيام بعمل يتطلب جهدًا	20	ملازم للفراش كليًا ويتطلب رعاية تمريضية مكثفة من قبل المهنيين و/أو الأسرة
60	قادر على تلبية معظم احتياجاته ولكنه يحتاج إلى مساعدة من حين لآخر	10	فاقد الوعي أو بالكاد يمكن إيقاظه

متطلبات أهلية وضع الرعاية الملطفة (تابع)

من المسؤول عن ملء وإرسال استمارة وضع الرعاية الملطفة؟

يتحمل مقدم الخدمة المعتمد المسؤولية الشاملة عن إرسال استمارة وضع الرعاية الملطفة إلى الوزارة.

وعند إرسال هذه الاستمارة، ينبغي أن يتأكد مقدم الخدمة المعتمد مما يلي:

- تم استكمال جميع الأسئلة الإلزامية
- المعلومات الواردة في الاستمارة تستوفي جميع متطلبات الأهلية للحصول على وضع الرعاية الملطفة
- تم الحصول على موافقة متلقي الرعاية أو ممثله المفوض وتسجيلها في الجزء أ من هذه الاستمارة
- تم استكمال الجزء ب بالكامل من قبل طبيب ممارس أو ممرض ممارس بناءً على تقييم طبي تم إجراؤه قبل ما لا يزيد عن 3 شهور من حلول تاريخ دخول متلقي الرعاية إلى خدمة الرعاية السكنية الدائمة (غير مؤقتة)، وخلال مدة أقصاها 14 يوم بعد ذلك التاريخ لغرض تلقي الرعاية الملطفة.

وينبغي إعطاء الفرد و/أو ممثله المفوض نسخة من الاستمارة.

يجب على مقدم الخدمة المعتمد، إذا طلب منه الوزير، تقديم معلومات أو وثائق محددة تتعلق بمتلقي الرعاية الذي يتمتع بوضع الرعاية الملطفة، في غضون 7 أيام بعد يوم تقديم الطلب، على النحو المبين في المادة 27A من مبادئ المساءلة لعام 2014 (Accountability Principles 2014).

تعريفات

Care Recipient ID هو المعرف الفريد المستخدم لدعم مطالبات الإعانات والملحقات لمتلقي الرعاية الفردية. My Aged Care Gateway ID الذي يشار إليه أحياناً باسم «My Aged Care (MAC) ID»، هو معرف My Aged Care الفريد لمتلقي الرعاية. يمكن العثور على كلا المعرفين الفريدين في بوابة مقدمي خدمات رعاية المسنين الخاصة بالخدمات الأسترالية (Service Australia Aged Care Provider Portal).	Care Recipient ID أو Aged Care Gateway ID
National Approved Provider System (NAPS) Service ID هو معرف أصدرته الوزارة بعد تأسيس الخدمة وتخصيص الأماكن.	Service NAPS ID