

**Application for Admission
(Residential Care) 入住療養院申請**

Applicant's Last Name:

First Name:

申請人中文姓名:

FOR OFFICE USE

Date form received:

Ref No:

In order to help us to review your application and determine if our homes can meet your personal needs, please do the following steps:

- Complete this application form (RS6005);
- Complete Nomination of Authority & Contact Details form (RS6009) and
- submit both forms together with related supporting documents.

為了幫助我們審查您的申請,並確定我們的療養院服務能滿足您的個人需求,請按照以下步驟:

- 填寫此申請表格(RS6005)
- 填寫提名授權和聯繫方式表格(RS6009),
- 連同相關支持文件一起提交。

A guide to completing your application

完成申請的指南

How do I submit my application?

Please send your completed application to 60 Weldon Street, Burwood NSW 2134 or email to applications@anhf.org.au

What happens next?

We will contact you to acknowledge receipt of your application. Our team will call you to discuss your application. If the nursing home you selected is able to meet your needs but does not have an appropriate bed available, we will place your application on a waiting list. Please do not hesitate to contact us on (02) 9784 0863 if you have any questions.

如何提交申請？

- 完成申請表後，請交回 60 Weldon Street, Burwood NSW 2134 或發送電子郵件至 applications@anhf.org.au

接下來發生什麼？

- 我們將與您聯繫以確認收到您的申請。
- 我們的團隊會打電話給您討論您的申請。
- 如果您選擇的療養院能夠滿足您的需求，但該沒有合適的床位，您的申請將被列入候補名單。
- 如果您有任何問題，請隨時與我們聯繫: (02) 9784 0863 或發送電子郵件至 applications@anhf.org.au



Application Date:

申請日期：

Part A Which facilities are you interested in?

您對哪間療養院感興趣？

1. Bernard Chan Nursing Home 陳秉達療養院 (Burwood)

2. Chow Cho-Poon Nursing Home 周藻泮療養院(Earlwood)

3. Huang Ying Jung Nursing Home 黃應榮療養院(Gordon)

4. Lucy Chieng Aged Care Centre 錢梁秀容療養院(Hurstville)

5. ANHF Thornleigh Nursing Home(Thornleigh)

Please list all nursing homes in order of preference of your choice, e.g. 3,1, 2, 5, 4

請按您選擇的優先順序列出所有療養院，例如 3, 1, 2, 5, 4

Part B: About applicant: your personal information

關於申請人：您的個人信息

Mr 先生 Mrs 太太 Ms 女士

Gender 性別 Male 男 Female 女

Family Name
姓

First Names
名

Chinese Name
中文姓名

Date of Birth
出生日期

Religion
宗教

Place of Birth
出生地點

Language
語言

Address 地址

Suburb 地區

Postcode 郵區編碼

Home Phone 家居電話

Mobile Phone 手提電話

Email 電郵地址

Referred by 介紹人



<p>Name of Person Responsible for Care 護理負責人</p> <p>Last Name:</p> <p>First Name:</p> <p>中文姓名:</p>	<p>Relationship of the Person Responsible for Care to the Applicant 護理負責人與申請人的關係</p> <p><input type="checkbox"/> Father 父親 <input type="checkbox"/> Mother 母親 <input type="checkbox"/> Husband 丈夫 <input type="checkbox"/> Wife 妻子 <input type="checkbox"/> Daughter 女兒 <input type="checkbox"/> Son 兒子 <input type="checkbox"/> Relative 親戚 <input type="checkbox"/> Other: _____</p>
<p>Mobile Phone 手提電話</p>	<p>Preferred Contact Person 首選聯絡人:</p> <p><input type="checkbox"/> Applicant 申請人 <input type="checkbox"/> Person responsible for care 護理負責人</p>
<p>Respite Care 暫息護理 <input type="checkbox"/></p> <p>Respite Care Referral Code 暫息護理推薦碼</p> <hr/> <p>Please attach a copy of your assessment – ACCR assessment/Support Plan 請附上您的老年護理全面評估/支持計劃</p>	<p>Permanent Care 永久療養院護理 <input type="checkbox"/></p> <p>Permanent Residential Care referral code 永久療養院護理推薦碼</p> <hr/> <p>Please attach a copy of your assessment – ACCR assessment/Support Plan 請附上您的老年護理全面評估/支持計劃</p>

Part C: Your aged care history 您的老年護理歷史

1. Have you ever been a permanent resident in an aged care facility?

您曾經是其他療養院的永久居民嗎?

Yes 是 Name of previous provider 之前療養院名稱 _____

No 否

2. Are you currently living in another aged care facility?

您目前在另一間療養院住嗎? Yes 是 No 否

Name of provider 療養院名稱 _____

Date of admission 入住日期 _____

3. You currently live with 您目前是和誰一起住?

spouse/partner 配偶 dependent child 受撫養子女 family 家人

friends 朋友 by yourself 獨居

4. What is your current type of accommodation 您目前的住宿類型?

Full owned private accommodation 全部擁有的私人住宿

Partly owned private accommodation 部分擁有的私人住宿

Private accommodation owned by family/friend/other

家人/朋友/其他人擁有的私人住所

Rented property 租屋

Retirement village 安老社區

Hospital 醫院

Others 其他 _____



5. Are you currently receiving home care services?

您目前正在接受家居護理服務嗎? No 否 Yes 是

If Yes, is it provided by ANHF Home Care Service

如果是, 是否由澳華養老提供嗎? No 否 Yes 是

If your service is not provided by ANHF, please list the provider's name: 如您的服務不是由澳華養老提供, 請列出提供者的名稱: _____

Please tick the services you are receiving 請勾選您正在接受的家居護理服務

Home Care Package 家居護理配套服務

Commonwealth Home Support Program (e.g. Seniors Wellness Centres or Domestic Assistance) 聯邦家居支援服務 (如: 長者活動中心, 家居支援)

6. Is your Spouse/Partner Applying at the same time 您的配偶/伴侶是否同時申請?
(a separate application form is required for each individual) 每個人都需要單獨申請

No 否 Yes 是

Spouse/Partner Name 配偶/伴侶姓名: _____

Please provide his/her Reference Code if known 如果知道請提供他/她的參考代碼

For example 如: XX/XX (M) _____

7. Does your spouse/partner already reside in our aged care facility?

您的配偶/伴侶是否已經居住在我們的療養院? No 否 Yes 是

(Please state the facility name 請提供療養院的名稱: _____)

Part D: Financial Details 財政資料

Financial Status 財政狀況

Full Pensioner 全福利金領受者 Part Pensioner 半福利金領受者

Self-funded Retiree (non-Pensioner) 自費退休人士(非福利金領受者)

If you are a full /part pensioner, please tick below: 如是全/半福利金領受者, 請在下面勾選:

Centrelink – Services Australia 澳大利亞民政部

DVA (non-means tested) 非入息審查

DVA (means tested) 入息審查

Overseas 外國福利金

Please provide a copy of your [Income and Assets Determination letter from Service Australia](#) that is issued within 3 months before admission to assist us working out your accommodation costs and fee. 請您提供一份在入院前 3 個月內由澳大利亞民政部簽發的收入和資產確定函的副本, 以便我們幫助您計算住宿費用。

If you are a self-funded retiree (non-pensioner), please indicate if you will undertake the [Means-test assessment with Services Australia](#): 如果您是自費退休人士(非福利金領受者), 請說明您是否願意接受澳大利亞民政部的經濟狀況調查評估。

Yes 是

No 否

If you won't, you will be required to complete a means-non-disclosed statement. 如果您不這樣做, 您將需要填寫一份將不會披露經濟狀況的聲明。

Please refer to Services Australia website for details: 詳情請參閱澳大利亞民政部網站 <https://www.servicesaustralia.gov.au/residential-aged-care-means-assessment?context=23391>



Pension number 福利金號碼	DVA number 退伍軍人福利金號碼
Card expiry date 到期日	Card expiry date 到期日

Part E: Medical Details 醫療資料

Current GP's Name 現任家庭醫生名字	Phone 電話號碼
-------------------------------	------------

Dementia Diagnosis 腦退化症的確證 Yes 是 No 否

Medicare no.	Ref no.	Expiry Date 過期日
--------------	---------	-----------------

Private Health Fund (if have) 私人健康保險（如有）：Yes 是 No 否
Membership no. 會員號碼

Part F: Request for Priority Admission 優先錄取請求

If you feel you have any reason for priority admission on financial, social, medical or any other grounds, please give details below: 如果您認爲您有任何理由出於經濟、社會、醫療或任何其他理由認爲要優先錄取，請在下面提供詳細資訊：



Part G ANHF Privacy Policy 澳華療養院基金私隱政策

We respect and maintain the privacy and confidentiality of our staff, volunteers, applicants, care recipients and tenants. This includes privacy and confidentiality of their personal and sensitive information, of their person and of their environment and belongings.

We also maintain the privacy and confidentiality of carers, authorised representatives, and visitors to our organisation and service sites.

We comply with all privacy related laws, regulations and the Australian Privacy Principles (APPs). We will take all reasonable steps to protect the personal information we hold from misuse and loss, and from unauthorised access, modification or disclosure.

We will only collect information directly from you with your consent. Your personal information will be managed authorised staff and personnel of ANHF. Your information is stored in a password protected database and will not be provided to any 3rd parties other than health services providers consent by you. If you would like to learn more on how we collect, keep and safeguard your information, please contact us in writing.

We would like to remind you to avoid sharing your personal information on the phone or by email, unless you are certain that the person contacting you is an ANHF staff with genuine and legitimate intention. When in doubt, please contact us for verification.

The Australian Competition and Consumer Commission provides useful information on how to protect yourself against scams on their SCAMwatch site <https://www.scamwatch.gov.au/>.

基金尊重及保障員工、義工、申請人士、護理對象及租客之私隱及保密權利，包括個人敏感資料、個人情況、個人環境及個人財物。

基金亦保障機構範圍及服務地點內之照顧者、獲授權人士及訪客之私隱及保密權利。

基金依循所有與私隱有關之法例、規章及「澳洲私隱綱領」（Australian Privacy Principles）之法則，亦採取所有合理步驟保障基金儲存之個人資料不被濫用或遺失，也不在未經授權下被取得、修改或透露。

本機構只在你同意下才會收集你的個人資料，所有資料由獲授權職員或人士處理，並儲存於必須經密碼開啓之數據庫內，絕不向第三者透露。若需透露予醫護人員，亦須經你事先同意。若要進一步了解基金如何收集、儲存及保障你的個人資料，請書面知會本機構。

謹提醒各位：除肯定與你接觸之人士為有真確及合法意向之澳華療養院基金職員外，應避免使用電話或電郵發送個人資料。若有任何懷疑，請聯絡本機構查證。

請參看「澳洲商業競爭及消費者專署」（Australian Competition and Consumer Commission）網址 SCAMwatch 網址 <https://www.scamwatch.gov.au/>

（中文僅供參考）



Part H Applicant Signature 申請人簽名	
Signature 簽名	Date 日期
Or 或	
<p>If the applicant is unable to sign, the signature that appears below must be the same person who was listed as the person responsible for care on form RS6009 Nomination of Authority & Contact Details. A copy of such authorisation must be provided.</p> <p>如果申請人無法簽名，護理負責人（即為表格[RS6009 委托及授權人聯絡資料]列為護理負責人的同一人）可以代簽, 同時必須提供授權副本。</p>	
Name (Authorised Person): 姓名（授權人）：	Relationship/Authority 關係/權限 <input type="checkbox"/> Enduring Guardian / NSW Public Trustee & Guardian / NSW Civil and Administrative Tribunal Authorised Substitute Decision Maker *持久監護人 / 新州公共信託人及監護人專署 / 新州民事和行政法庭授權決策替代者* *please supply a copy of Enduring Guardianship documentation *請提供一份持久監護人委託文件 <input type="checkbox"/> Spouse or De facto Spouse 配偶或同居伴侶 <input type="checkbox"/> Unpaid Carer 無薪照顧者 <input type="checkbox"/> Relative – please specify relationship 親屬 – 請註明關係 _____ <input type="checkbox"/> Friend 朋友
Signature (Authorised Person): 簽名（授權人）：	Date: 日期:



RS6009 – Nomination of Authority & Contact Details (E)_V3.0

Facility:	Wing / Room Number:	
Resident's First Name:		Family Name:
Resident's Name in Chinese:		Preferred Name:
This nomination form is effective from:	From _____ To _____ or <input type="checkbox"/> Until further Notice	
<input type="checkbox"/> New Authority (Complete all sections)	<input type="checkbox"/> Amended Authority (Complete Page 1 of this form; and any sections that have changed.)	

Description of Authorities

Substitute Decision-Maker

When a person cannot make decisions on their own or with support, they might need to have a substitute decision-maker appointed.

The role of a substitute decision-maker is to make decisions on behalf of the person they represent.

The legal effect of a decision made by a substitute decision-maker is the same as if the person had made the decision themselves.

Who is in substitute decision-making?

The following courts and tribunals can appoint substitute decision-makers:

- The Guardianship Division of the [NSW Civil and Administrative Tribunal](#) (NCAT).
- The Supreme Court of NSW.
- The Mental Health Review Tribunal can appoint substitute decision-makers for legal and financial decisions only.

NSW Civil and Administrative Tribunal (NCAT) appoints substitute decision-makers for people aged 16 years and over who cannot make decisions on their own or with support and need a legally appointed substitute decision-maker. This may be because:

- there are no appropriate or safe informal decision-making arrangements in place
- there is conflict
- the person objects to decisions that are being considered or made, and is at risk
- there is a legal reason, such as consent to medical or dental treatment.

NSW Trustee and Guardian, including the Public Guardian, can be appointed by one of these courts or tribunals as a substitute decision-maker.

What types of substitute decision-makers are there?

There are two broad areas where substitute decisions-makers can be appointed:

- Health and lifestyle decisions.
- Financial and legal decisions.



Health and lifestyle decisions

Substitute decision-making for health and lifestyle decisions is called guardianship. Health and lifestyle decisions can include decisions such as where a person lives, what health care and services they receive, and what medical and dental treatment they have.

Financial and legal decisions

Substitute decision-making for financial and legal decisions is called financial management. Financial and legal decisions can include decisions about a person's everyday spending, bills and debts, and assets.

How are substitute decision-makers appointed?

While a person has capacity, they can:

- create an Enduring Power of Attorney, a legal document that sets out who they want to make their future financial and legal decisions if they lose capacity to make those decision for themselves in the future
- create an Enduring Guardianship, a legal document that sets out who they want to make their future health and lifestyle decisions if they lose capacity to make those decisions for themselves in the future.

If a person did not appoint an Enduring Guardian or Attorney and no longer has capacity to do so, or if the Enduring Guardian or Attorney is not able to make decisions in the best interests of the person they represent, an application to NCAT should be considered.

From 1st December 2024, only Substitute Decision Makers with Restrictive Practices authority can give [consent to the use of restrictive practices](#). Anyone with a genuine concern for a person can apply to the Guardianship Division of NCAT to have a guardian and / or financial manager appointed. Information about this process is available on [NCAT's website](#).

Confidentiality Information

ANHF complies with the standards set out in the National Privacy Principles as defined in the Privacy Amendment (Private Sector) Act 2000. Therefore, we will

- only collect personal information if it is required to enable us to provide accommodation and care for our residents.
- only use or disclose information for the purpose for which it was collected and in ways that you would reasonably expect, unless you consent to it being used or disclosed in another way.
- not use the information for direct marketing purposes, nor disclose it to others for direct marketing purposes. We will take all reasonable steps to protect the personal information we hold from misuse and loss, and from unauthorised access, modification and disclosure.

Full details of our Privacy Policy can be found in <https://www.anhf.org.au/contact-us/privacy-policy/>

I agree to authorise the following person(s) to represent me in managing health, lifestyle, financial or legal decisions of my affairs while I am residing in the residential aged care facility.

Resident's Signature:

Date:

OR

Resident's Substitute Decision Maker (SDM)'s Signature:

Resident's Substitute Decision Maker (SDM)'s Name (Please Print):

Date:



--	--	--

Please ensure each authority is signed by the authorised person who accepts his/her responsibility.

A. Substitute Decision Maker (SDM) for Health and Lifestyle decisions - Primary Contact

This is the person we will contact for care issues and incidents notifications. Except in an emergency, this person will give consent for medical and dental treatment if the resident does not have the capacity to consent.

Note: *If a valid Advance Care Directive has been provided it will be used first to determine treatment.*

Who Can Be A Substitute Decision Maker

A **substitute decision-maker (SDM)** for health and lifestyle decisions can be:

- A person responsible – only if the decision is about consent to medical or dental treatment.
- An enduring guardian – someone the person themselves appointed while they had capacity.
- A private guardian – someone appointed by a court or tribunal if the person did not appoint an Enduring Guardian while they had capacity.
- The Public Guardian (part of NSW Trustee and Guardian) – appointed as the guardian of last resort by a court or tribunal.
- NCAT appointed Substitute Decision Maker - if the decision is about consent to medical or dental treatment
- NCAT appointed Restrictive Practice Substitute Decision Maker – if the decision is about consent to restrictive practice.

*Note; The term **Next of Kin** has no legal standing. A **Substitute Decision-Maker (SDM)** under the NSW Guardianship Act 1987 is ranked in the following orders:*

- A legally appointed Guardian (which includes Enduring Guardian or NSW Public Trustee & Guardian appointed by you – see **Description of Authorities**).
- If there is no guardian, a spouse or de-facto spouse with whom you have a close continuing relationship (includes same sex partners).
- If there is no spouse or de facto spouse an unpaid carer who is now providing support or provided support before you entered residential care.
- If there is no unpaid carer a relative or friend who has a close and continuing personal relationship with you.

First Name:		Family Name:	
Or Organisation:			
Address Line 1:			
Address Line 2:			
Suburb:		Postcode:	
Phone:		Mobile:	
Email:			
Description of Substitute Decision Maker:	<input type="checkbox"/> Guardian (please supply copy of proof) <input type="checkbox"/> NSW Public Trustee & Guardian (please supply copy of proof) <input type="checkbox"/> NCAT appointed Substitute Decision Maker (please supply copy of proof) <input type="checkbox"/> Spouse or De facto Spouse		



Please tick appropriate box(s)	<input type="checkbox"/> Unpaid Carer <input type="checkbox"/> Relative – please specify relationship _____ <input type="checkbox"/> Friend
I agree to accept responsibility as a <i>Substitute Decision Maker for Health and Lifestyle decisions – Primary Contact.</i> Signature: _____	Date:
Other Remarks:	
<input type="checkbox"/> Tick this box if there is more than 1 <i>Substitute Decision Maker for Health and Lifestyle decisions</i> and complete the next section. <input type="checkbox"/> Tick this box if the <i>Substitute Decision Maker for Health and Lifestyle decisions – Primary Contact</i> requires support for languages other than English. If so, please specify the language required for spoken / written _____	



B. Substitute Decision Maker (SDM) for Health and Lifestyle decisions – Additional Contact –
This person will only be contacted for incident notifications or consent for medical and dental treatment if (1) the *Substitute Decision Maker for Health and Lifestyle decisions – Primary Contact* is unavailable AND (2) if the resident does not have the capacity to consent.

First Name:		Family Name:	
Or Organisation:			
Address Line 1:			
Address Line 2:			
Suburb:		Postcode:	
Phone:		Mobile:	
Email:			
Description of Substitute Decision Maker: Please tick appropriate box(s)	<input type="checkbox"/> Guardian (please supply copy of document as evidence) <input type="checkbox"/> NSW Public Trustee & Guardian (please supply copy of document as evidence) <input type="checkbox"/> NCAT appointed Substitute Decision Maker (please supply copy of document as evidence) <input type="checkbox"/> Spouse or De facto Spouse <input type="checkbox"/> Unpaid Carer <input type="checkbox"/> Relative – please specify relationship _____ <input type="checkbox"/> Friend		
I agree to accept responsibility as a <i>Substitute Decision Maker for Health and Lifestyle decisions – Additional Contact.</i>		Date:	
Signature: _____			
Other Remarks:			
<input type="checkbox"/> Tick this box if <i>Substitute Decision Maker for Health and Lifestyle decisions – Additional Contact</i> requires support for languages other than English. If so, please specify the language required for spoken / written _____			



C. Substitute Decision Maker (SDM) for Financial and/or Legal matters – Primary Contact

This is the person we will contact and to whom we will send all correspondence and consents relating to financial matters, including fees, RADs and monthly statements. All financial matters should be referred to:-

Myself (the Resident) OR My Representative (below)

A substitute decision-maker for financial and/or legal decisions can be:

- an attorney appointed through a Power of Attorney while the person had capacity
- a private financial manager – someone appointed by a court or tribunal if the person did not appoint an Enduring Power of Attorney while they had capacity
- a private trustee company
- NSW Trustee and Guardian – appointed as the financial manager of last resort by a court or tribunal.

First Name:		Family Name:	
Or Organisation:			
Address Line 1:			
Address Line 2:			
Suburb:		Postcode:	
Phone:		Mobile:	
Email:			
Type of Authority Held: (Refer to Description of Authorities on Page 1 of this form).	Please tick appropriate box(s) and attach a copy of evidence if relevant. See Description of Authorities for more information. <input type="checkbox"/> General Power of Attorney (Not valid if the resident has lost capacity) <input type="checkbox"/> Enduring Power of Attorney (Remains in force if the resident has lost Capacity) <input type="checkbox"/> NSW Public Trustee & Guardian <input type="checkbox"/> Private Financial Manager <input type="checkbox"/> Private Trustee Company <input type="checkbox"/> Relative – please specify relationship _____ <input type="checkbox"/> Friend		
I agree to accept responsibility as a Substitute Decision Maker for Financial and/or Legal matters – Primary Contact.		Date:	
Signature: _____			
Other Remarks:			



- Tick this box if there is more than 1 **Substitute Decision Maker for Financial and/or Legal matters** and complete the next section.
- Tick this box if the **Substitute Decision Maker for Financial and/or Legal matters – Primary Contact requires** support for languages other than English. If so, please specify the language required for spoken / written _____.

D. Substitute Decision Maker (SDM) for Financial and/or Legal matters - Additional Contact – This person will only be contacted for consent for financial or legal matters/consents if (1) the Substitute Decision Maker for Financial and/or Legal matter – Primary Contact is unavailable AND (2) if the resident does not have the capacity to consent.

First Name:		Family Name:	
Or Organisation:			
Address Line 1:			
Address Line 2:			
Suburb:		Postcode:	
Phone:		Mobile:	
Email:			

Type of Authority Held: (Refer to **Description of Authorities** on Page 1 of this form).

- Please tick appropriate box(s) and attach a copy of evidence if relevant. See **Description of Authorities** for more information.
- General Power of Attorney (Not valid if the resident has lost capacity)
 - Enduring Power of Attorney (Remains in force if the resident has lost Capacity)
 - NSW Public Trustee & Guardian
 - Private Financial Manager
 - Private Trustee Company
 - Relative – please specify relationship _____
 - Friend

I agree to accept responsibility as a **Substitute Decision Maker for Financial and/or Legal matters – Additional Contact**.

Date:

Signature: _____

Other Remarks:

- Tick this box if the **Substitute Decision Maker for Financial and/or Legal matters – Additional Contact** requires support for languages other than English. If so, please specify the language required for spoken / written _____.



E. Other Interested Parties / Advocates

List below any other people or organisations who may have an interest in your affairs.

Contact / Advocate 1

First Name:		Family Name:	
Or Organisation:			
Address Line 1:			
Address Line 2:			
Suburb:		Postcode:	
Phone:		Mobile:	
Email:			
Type of Authority Held:	<input type="checkbox"/> Professional – please specify _____ <input type="checkbox"/> Private – please specify relationship _____		

I agree to be a contact / an advocate for the resident.	Date:
Signature: _____	

Other Remarks:

Contact / Advocate 2

First Name:		Family Name:	
Or Organisation:			
Address Line 1:			
Address Line 2:			
Suburb:		Postcode:	
Phone:		Mobile:	
Email:			
Type of Authority Held:	<input type="checkbox"/> Professional – please specify _____ <input type="checkbox"/> Private – please specify relationship _____		

I agree to be a contact / an advocate for the resident.	Date:
Signature: _____	

Other Remarks:



F. Mailing Contact

I would like all my mails, EXCEPT ANHF financial documents, sent to:-

Myself (the Resident) **OR** My Representative

If your representative is the same as the **Substitute Decision Maker for Health & Lifestyle decisions** or the **Substitute Decision Maker for Financial and/or Legal Matters** please indicate here

- Substitute Decision Maker for Health & Lifestyle decisions – Primary Contact
- Substitute Decision Maker for Health & Lifestyle decisions – Additional Contact
- Substitute Decision Maker for Financial and/or Legal Matters – Primary Contact
- Substitute Decision Maker for Financial and/or Legal Matters – Additional Contact

If none of the above, please add contact details below

First Name:		Family Name:	
Or Organisation:			
Address Line 1:			
Address Line 2:			
Suburb:		Postcode:	
Phone:		Mobile:	
Email:			

OFFICE USE:

Updated in Finance on _____ By _____ Date _____

Updated in PCS on _____ By _____ Date _____



RS6009 - 委託受託人及聯絡資料 (版本 3)

院舍:	翼樓 / 房間號碼:	
院友名字 (First Name) :	姓:	
院友中文名字:	選擇稱謂:	
本委任表格生效日期:	自 _____ 至 _____ 或 <input type="checkbox"/> 直至另行通知	
<input type="checkbox"/> 委託新受託人 (填寫所有項目)	<input type="checkbox"/> 更改受託人 (填寫本表格第一頁及其他任何須更改的地方)	

受權簡介

替代抉擇人 (Substitute Decision-Maker)

當一位人士無法自行或在支援下作出抉擇，或許需要委任一位替代抉擇人。

替代抉擇人的角色就是為代表的人士作出抉擇。

替代抉擇人所作的決定其法律效果等同由委託人自行決定的法律效果。

誰可參與替代抉擇的安排?

下列法院及審裁處可委任替代抉擇人：

- 「新州民事及行政事務審裁處」 (NSW Civil and Administrative Tribunal—簡稱 NCAT) 屬下的「監護人事務部」 (Guardianship Division)
- 新州高等法院 (The Supreme Court of NSW)
- 「精神健康覆檢審裁處」 (Mental Health Review Tribunal) 只可就法律及財務決定委任替代抉擇人

「新州民事及行政事務審裁處」為十六歲或以上無法自行或在支援下作出抉擇而又需要合法替代抉擇人的人士委任替代抉擇人。此等委任或因下列原因：

- 當時並無適當或安全穩妥的非正式抉擇安排
- 存在矛盾
- 該人士反對正在考慮中或已作出的抉擇，並該人士正身處風險。
- 需要合法理由，例如同意醫護或牙科治療。

任何上述法院或審裁處可委任「新州信託人及監護人專署」 (NSW Trustee and Guardian)，包括「公共監護人事務部」作為替代抉擇人。

替代抉擇人有那些類別?

可在兩大範疇內委任替代抉擇人：

- 在健康及生活模式上的抉擇
- 在財務及法律事務上的抉擇



健康及生活模式上的抉擇

在健康及生活模式上的替代抉擇稱為「監護權」。健康及生活模式抉擇包括決定該人士居住的地方、所獲得的健康護理和服務，以及接受那些醫療護理及牙科治療。

財務及法律事務上的抉擇

在財務及法律事務上的抉擇稱為財務管理。財務及法律事務抉擇包括決定該人士的日常支出、賬單、債項及資產。

如何委任替代抉擇人？

當該人士仍有能力時，可以：

- 釐定「持久授權書」（Enduring Power of Attorney）。「持久授權書」是一份法律文件，釐定將來若該人士沒有能力自行在財務或法律事務上作出決定時，指定誰可代為抉擇。
- 釐定「持久監護權」（Enduring Guardianship）。「持久監護權」是一份法律文件，釐定將來若該人士沒有能力自行在健康及生活模式上作出決定時，指定誰可代為抉擇。

若該人士並無委任任何「持久監護人」（Enduring Guardian）或「法定代理人」（Attorney）或沒有能力作出委任事宜，或已委任之「持久監護人」或「法定代理人」不能作出對其代表人士最有利之抉擇，則須考慮向「新州民事及行政事務審裁處」作出申請。

自二零二四年十二月一日起，只有獲授權處理約束措施之替代抉擇人才可同意使用約束措施。任何人士若擔心或憂慮某人士之情況，可向「新州民事及行政事務審裁處」屬下之「監護人事務部」申請監護人及/或委任一位財務經理。申請過程詳見「[新州民事及行政事務審裁處](#)」網址。

資料保密

澳華療養院基金依循「2000年私隱（私人範疇）修訂法例」（Privacy Amendment (Private Sector) Act 2000）釐定的「全國私隱綱領」（National Privacy Principles），所以我們：

- 只收集為院友提供住宿及護理所需資料
- 除經你同意將資料用於其他用途或透露外，我們只會按收集資料的目的或你按常理預期的情況下才使用或透露這些資料。
- 不會將這些資料用作市場推廣，也不會向他人透露作市場推廣之用。我們會採取所有合理步驟保障基金持有的個人資料，確保不被濫用或流失、杜絕未經授權而接觸、更改或透露資料。

基金私隱政策詳見 <https://www.anhf.org.au/contact-us/privacy-policy/>

本人同意授權下列人士在本人於院舍居住期間代表本人處理健康,生活模式,財務或法律事宜。

院友簽署：

日期：

或

院友之替代抉擇人簽署：

院友之替代抉擇人姓名（正楷）：

日期：



請確保每一位受託人簽署確認接受被委託之責任。

A. 決定健康及生活模式的替代抉擇人—主要聯絡人

這是一位我們會聯絡有關護理事宜及通知事故的人士。除緊急情況外，這位人士將在院友沒有能力自行作出任何同意時，代為同意醫護及牙科治療的安排。

注意：若已提供有效之「預立護理指引」（Advance Care Directive），則按指引決定治療方法。

誰可作為替代抉擇人

在健康及生活模式上作為**替代抉擇人**的人士可以是：

- 受託人 – 只可同意醫護治療或牙科治療
- 持久監護人 – 在該人士仍有能力時已委任的人士
- 私人監護人 – 若該人士在有能力時並無委任持久監護人，則由法院或審裁處代為委任
- 「公共監護人事務部」（新州信託人及監護人專署其中一部門） – 在沒有其他可行方法時由法院或審裁處委任
- 由「新州民事及行政事務審裁署」委任的替代抉擇人 – 若須就醫護或牙科治療作出抉擇
- 由「新州民事及行政事務審裁署」委任的「約束措施替代抉擇人」 – 若須就同意施行約束措施作出抉擇

註：「近親」（Next of Kin）一辭並無法律約束力。按「1987 新州監護權法例」（NSW Guardianship Act 1987）「替代抉擇人」先後次序釐定如下：

- 一位按法律委任的監護人（包括由你委任的持久監護人或你自「新州信託人及監護人專署」委任的人士 – 參看「授權簡介」（Description of Authorities）。
- 若並無監護人，則為與你有持續緊密關係的配偶或伴侶（包括同性伴侶）。
- 若並無配偶或伴侶，則為現在或在你入住院舍前支援你的無薪照顧者。
- 若並無無薪照顧者，則為與你有持續緊密關係的一位親屬或朋友。

名（First Name）：		姓：	
或機構名稱：			
地址（第 1 行）：			
地址（第 2 行）：			
地區（Suburb）：		郵政號碼：	
電話：		手機：	
電郵：			
替代抉擇人類別： 請在合適方格內打鉤 ✓	<input type="checkbox"/> 監護人（請提供證明文件副本） <input type="checkbox"/> 新州信託人及監護人專署（請提供證明文件副本）		



	<input type="checkbox"/> 由「新州民事及行政事務審裁處」委任的替代抉擇人（請提供證明文件副本） <input type="checkbox"/> 配偶或同居伴侶 <input type="checkbox"/> 無薪照顧者 <input type="checkbox"/> 親屬 – 請註明關係 _____ <input type="checkbox"/> 朋友
本人同意接受 決定健康及生活模式的替代抉擇人—主要聯絡人 的責任。 簽署： _____	日期：
備註：	
<input type="checkbox"/> 若超過一位 決定健康及生活模式的替代抉擇人 ，則在方格內打鉤並填寫下一部分。 <input type="checkbox"/> 若 決定健康及生活模式的替代抉擇人—主要聯絡人 需要英語外的語言支援，則在此方格內打鉤。若有此需要，請註明所需口述/書面語言： _____	



B. 決定健康及生活模式的替代抉擇人 - 額外聯絡人 - 只在 (1) 無法聯絡決定健康及生活模式的替代抉擇人 - 主要聯絡人, 不能知會所發生的事故或在醫護及牙科治療上無法取得其同意時, 及 (2) 院友沒有能力自行作出同意時才會聯絡這位人士。

名 (First Name) :		姓:	
或機構名稱:			
地址 (第 1 行) :			
地址 (第 2 行) :			
地區 (Suburb) :		郵政號碼:	
電話:		手機:	
電郵:			
替代抉擇人類別: 請在合適方格內打鉤 ✓	<input type="checkbox"/> 監護人 (請提供證明文件副本) <input type="checkbox"/> 新州信託人及監護人專署 (請提供證明文件副本) <input type="checkbox"/> 由「新州民事及行政事務審裁處」委任的替代抉擇人 (請提供證明文件副本) <input type="checkbox"/> 配偶或同居伴侶 <input type="checkbox"/> 無薪照顧者 <input type="checkbox"/> 親屬 - 請註明關係 _____ <input type="checkbox"/> 朋友		
本人同意接受決定健康及生活模式的替代抉擇人 - 額外聯絡人的責任。	日期:		
簽署: _____			
備註:			
<input type="checkbox"/> 若決定健康及生活模式的替代抉擇人 - 額外聯絡人需要英語外的語言支援, 則在此方格內打鉤。若有此需要, 請註明所需口述/書面語: _____			



C. 決定財務及 / 或法律事務的替代抉擇人 – 主要聯絡人

這是一位我們會聯絡及發出所有與財務（包括費用、可退還住宿按金及月結單）有關的通訊及同意事宜的人士。所有財務事宜須由下列人士處理：

本人（院友） 或 本人代表（如下）

財務及 / 或法律事務替代抉擇人可以是：

- 在該人士仍有能力時透過授權書委任的法定代理人
- 私人財務經理 – 若該人士在有能力時並無委任持久監護人，則由法院或審裁處代為委任
- 私人信託公司
- 新州信託人及監護人專署 – 在沒有其他可行方法時由法院或審裁處委任為財務經理

名 (First Name) :		姓:	
或機構名稱:			
地址 (第 1 行) :			
地址 (第 2 行) :			
地區 (Suburb) :		郵政號碼:	
電話:		手機:	
電郵:			

替代抉擇人類別： （參看本表格第一頁的「授權簡介」）	請在合適方格內打鉤✓。若有需要，請附證明文件副本。 詳見「 授權簡介 」 <input type="checkbox"/> 「一般授權書」（General Power of Attorney）（若院友已喪失能力則無效） <input type="checkbox"/> 「持久授權書」（若院友已喪失能力，仍然生效） <input type="checkbox"/> 新州信託人及監護人專署 <input type="checkbox"/> 私人財務經理 <input type="checkbox"/> 私人信託公司 <input type="checkbox"/> 親屬 – 請註明關係 _____ <input type="checkbox"/> 朋友
-------------------------------	---

本人同意接受 決定財務及 / 或法律事務的替代抉擇人 – 主要聯絡人 的責任。	日期:
簽署: _____	

備註:

- 若超過一位**決定財務及 / 或法律事務的替代抉擇人**，則在方格內打鉤並填寫下一部分。
- 若**決定財務及 / 或法律事務的替代抉擇人 – 主要聯絡人**需要英語外的語言支援，則在此方格內打鉤。若有此需要，請註明所需口述 / 書面語言：



--

D. 決定財務及 / 或法律事務的替代抉擇人 - 額外聯絡人 - 只在 (1) 無法聯絡決定財務及 / 或法律事務的替代抉擇人 - 主要聯絡人在財務上或法律上取得其意見/同意時, 及 (2) 院友沒有能力自行作出同意時才會聯絡這位人士。

名 (First Name) :		姓:	
或機構名稱:			
地址 (第 1 行):			
地址 (第 2 行):			
地區 (Suburb) :		郵政號碼:	
電話:		手機:	
電郵:			
替代抉擇人類別: (參看本表格第一頁的「授權簡介」)	請在合適方格內打鉤✓。若有需要, 請附證明文件副本。 詳見「 授權簡介 」 <input type="checkbox"/> 「一般授權書」 (General Power of Attorney) (若院友已喪失能力則無效) <input type="checkbox"/> 「持久授權書」 (若院友已喪失能力, 仍然生效) <input type="checkbox"/> 新州信託人及監護人專署 <input type="checkbox"/> 私人財務經理 <input type="checkbox"/> 私人信託公司 <input type="checkbox"/> 親屬 - 請註明關係 _____ <input type="checkbox"/> 朋友		
本人同意接受 決定財務及 / 或法律事務的替代抉擇人 - 額外聯絡人 的責任。 簽署: _____			日期: _____
備註:			
<input type="checkbox"/> 若 決定財務及 / 或法律事務的替代抉擇人 - 額外聯絡人 需要英語外的語言支援, 則在此方格內打鉤。若有此需要, 請註明所需口述/書面語言: _____			



E. 其他有意參與人士 / 代言人

在下面列出任何可能有意參與你個人事務的人士或機構。

第一位聯絡人 / 代言人

名 (First Name) :		姓:	
或機構名稱:			
地址 (第 1 行) :			
地址 (第 2 行) :			
地區 (Suburb) :		郵政號碼:	
電話:		手機:	
電郵:			
替代抉擇人類別:	<input type="checkbox"/> 專業人士 — 請註明 _____ <input type="checkbox"/> 私人 — 請註明關係 _____		
本人同意作為上述院友之聯絡人 / 代言人。	簽署:	日期:	

備註:

第二位聯絡人 / 代言人

名 (First Name) :		姓:	
或機構名稱:			
地址 (第 1 行) :			
地址 (第 2 行) :			
地區 (Suburb) :		郵政號碼:	
電話:		手機:	
電郵:			
替代抉擇人類別:	<input type="checkbox"/> 專業人士 — 請註明 _____ <input type="checkbox"/> 私人 — 請註明關係 _____		
本人同意作為上述院友之聯絡人 / 代言人。	簽署:	日期:	

備註:



F. 通訊

請將本人所有通訊（與基金有關之財務文件除外）寄往：-

本人（院友） 或 本人代表

若你的代表與**健康及生活模式替代抉擇人**或**財務及/或法律事務替代抉擇人**為同一人，請指明：

- 決定健康及生活模式的替代抉擇人 – 主要聯絡人
- 決定健康及生活模式的替代抉擇人 – 額外聯絡人
- 決定財務及 / 或法律事務的替代抉擇人 – 主要聯絡人
- 決定財務及 / 或法律事務的替代抉擇人 – 額外聯絡人

若不屬上述人士，請在下面加上聯絡資料

名 (First Name) :		姓:	
或機構名稱:			
地址 (第 1 行) :			
地址 (第 2 行) :			
地區 (Suburb) :		郵政號碼:	
電話:		手機:	
電郵:			

辦公室用：

Updated in Finance on _____ By _____ Date _____

Updated in PCS on _____ By _____ Date _____

Disclaimer: The translated version is for reference only. In case of any discrepancy in meaning, the original version (English) will be adhered to.

免責聲明：譯文只供參考之用。內容若有異則以原文（英文版本）為本。



RS6009 - 委托受托人及联络资料 (版本 3)

院舍:	翼楼/ 房间号码:	
院友名字 (First Name) :	姓:	
院友中文名字:	选择称谓:	
本委任表格生效日期:	自 _____ 至 _____ 或 <input type="checkbox"/> 直至另行通知	
<input type="checkbox"/> 委托新受托人 (填写所有项目)	<input type="checkbox"/> 更改受托人 (填写本表格第一页及其他任何须更改的地方)	

受权简介

替代抉择人 (Substitute Decision-Maker)

当一位人士无法自行或在支援下作出抉择，或许需要委任一位替代抉择人。

替代抉择人的角色就是为代表的人士作出抉择。

替代抉择人所作的决定其法律效果等同由委托人自行决定的法律效果。

谁可参与替代抉择的安排?

下列法院及审裁处可委任替代抉择人:

- 「新州民事及行政事务审裁处」 (NSW Civil and Administrative Tribunal—简称 NCAT) 属下的「监护人事务部」 (Guardianship Division)
- 新州高等法院 (The Supreme Court of NSW)
- 「精神健康覆检审裁处」 (Mental Health Review Tribunal) 只可就法律及财务决定委任替代抉择人

「新州民事及行政事务审裁处」为十六岁或以上无法自行或在支援下作出抉择而又需要合法替代抉择人的人士委任替代抉择人。此等委任或因下列原因:

- 当时并无适当或安全稳妥的非正式抉择安排
- 存在矛盾
- 该人士反对正在考虑中或已作出的抉择，并该人士正身处风险。
- 需要合法理由，例如同意医护或牙科治疗。

任何上述法院或审裁处可委任「新州信托人及监护人专署」 (NSW Trustee and Guardian)，包括「公共监护人事务部」作为替代抉择人。

替代抉择人有那些类别?

可在两大范畴内委任替代抉择人:

- 在健康及生活模式上的抉择
- 在财务及法律事务上的抉择



健康及生活模式上的抉择

在健康及生活模式上的替代抉择称为「监护权」。健康及生活模式抉择包括决定该人士居住的地方、所获得的健康护理和服务，以及接受那些医疗护理及牙科治疗。

财务及法律事务上的抉择

在财务及法律事务上的抉择称为财务管理。财务及法律事务抉择包括决定该人士的日常支出、账单、债项及资产。

如何委任替代抉择人？

当该人士仍有能力时，可以：

- 厘定「持久授权书」（Enduring Power of Attorney）。「持久授权书」是一份法律文件，厘定将来若该人士没有能力自行在财务或法律事务上作出决定时，指定谁可代为抉择。
- 厘定「持久监护权」（Enduring Guardianship）。「持久监护权」是一份法律文件，厘定将来若该人士没有能力自行在健康及生活模式上作出决定时，指定谁可代为抉择。

若该人士并无委任任何「持久监护人」（Enduring Guardian）或「法定代理人」（Attorney）或没有能力作出委任事宜，或已委任之「持久监护人」或「法定代理人」不能作出对其代表人士最有利之抉择，则须考虑向「新州民事及行政事务审裁处」作出申请。

自二零二四年十二月一日起，只有获授权处理约束措施之替代抉择人才可[同意使用约束措施](#)。任何人士若担心或忧虑某人士之情况，可向「新州民事及行政事务审裁处」属下之「监护人事务部」申请监护人及/或委任一位财务经理。申请过程详见[「新州民事及行政事务审裁处」网址](#)。

资料保密

澳华疗养院基金依循「2000年私隐（私人范畴）修订法例」（Privacy Amendment (Private Sector) Act 2000）厘定的「全国私隐纲领」（National Privacy Principles），所以我们：

- 只收集为院友提供住宿及护理所需资料
- 除经你同意将资料用于其他用途或透露外，我们只会按收集资料的目的或你按常理预期的情况下才使用或透露这些资料。
- 不会将这些资料用作市场推广，也不会向他人透露作市场推广之用。我们会采取所有合理步骤保障基金持有的个人资料，确保不被滥用或流失、杜绝未经授权而接触、更改或透露资料。

基金私隐政策详见 <https://www.anhf.org.au/contact-us/privacy-policy/>

本人同意授权下列人士在本人于院舍居住期间代表本人处理健康,生活模式,财务或法律事宜。

院友签署：		日期：
或		
院友之替代抉择人签署：	院友之替代抉择人姓名（正楷）：	日期：



请确保每一位受托人签署确认接受被委托之责任。

A. 决定健康及生活模式的替代抉择人—主要联络人

这是一位我们会联络有关护理事宜及通知事故的人士。除紧急情况外，这位人士将在院友没有能力自行作出任何同意时，代为同意医护及牙科治疗的安排。

注意：若已提供有效之「预立护理指引」（Advance Care Directive），则按指引决定治疗方法。

谁可作为替代抉择人

在健康及生活模式上作为**替代抉择人**的人士可以是：

- 受托人 - 只可同意医护治疗或牙科治疗
- 持久监护人 - 在该人士仍有能力时已委任的人士
- 私人监护人 - 若该人士在有能力时并无委任持久监护人，则由法院或审裁处代为委任
- 「公共监护人事务部」（新州信托人及监护人专署其中一部门） - 在没有其他可行方法时由法院或审裁处委任
- 由「新州民事及行政事务审裁署」委任的替代抉择人— 若须就医护或牙科治疗作出抉择
- 由「新州民事及行政事务审裁署」委任的「约束措施替代抉择人」— 若须就同意施行约束措施作出抉择

注：「近亲」（Next of Kin）一辞并无法律约束力。按「1987 新州监护权法例」（NSW Guardianship Act 1987）「替代抉择人」先后次序厘定如下：

- 一位按法律委任的监护人（包括由你委任的持久监护人或你自「新州信托人及监护人专署」委任的人士 — 参看「授权简介」（Description of Authorities）。
- 若并无监护人，则为与你持续紧密关系的配偶或伴侣（包括同性伴侣）。
- 若并无配偶或伴侣，则为现在或在你入住院舍前支援你的无薪照顾者。
- 若并无无薪照顾者，则为与你持续紧密关系的一位亲属或朋友。

名（First Name）：		姓：	
或机构名称：			
地址（第 1 行）：			
地址（第 2 行）：			
地区（Suburb）：		邮政号码：	
电话：		手机：	
电邮：			
替代抉择人类别： 请在合适方格内打钩 ✓	<input type="checkbox"/> 监护人（请提供证明文件副本） <input type="checkbox"/> 新州信托人及监护人专署（请提供证明文件副本）		



	<input type="checkbox"/> 由「新州民事及行政事务审裁处」委任的替代抉择人（请提供证明文件副本） <input type="checkbox"/> 配偶或同居伴侣 <input type="checkbox"/> 无薪照顾者 <input type="checkbox"/> 亲属 - 请注明关系 _____ <input type="checkbox"/> 朋友
本人同意接受 决定健康及生活模式的替代抉择人—主要联络人 的责任。 签署： _____	日期：
备注：	
<input type="checkbox"/> 若超过一位 决定健康及生活模式的替代抉择人 ，则在方格内打钩并填写下一部分。 <input type="checkbox"/> 若 决定健康及生活模式的替代抉择人—主要联络人 需要英语外的语言支援，则在此方格内打钩。若有此需要，请注明所需口述/书面语言： _____	



B. 决定健康及生活模式的替代抉择人 - 额外联络人 - 只在 (1) 无法联络 **决定健康及生活模式的替代抉择人 - 主要联络人**，不能知会所发生的事故或在医护及牙科治疗上无法取得其同意时，及 (2) 院友没有能力自行作出同意时才会联络这位人士。

名 (First Name) :		姓:	
或机构名称:			
地址 (第 1 行) :			
地址 (第 2 行) :			
地区 (Suburb) :		邮政号码:	
电话:		手机:	
电邮:			
替代抉择人类别: 请在合适方格内打钩 ✓	<input type="checkbox"/> 监护人 (请提供证明文件副本) <input type="checkbox"/> 新州信托人及监护人专署 (请提供证明文件副本) <input type="checkbox"/> 由「新州民事及行政事务审裁处」委任的替代抉择人 (请提供证明文件副本) <input type="checkbox"/> 配偶或同居伴侣 <input type="checkbox"/> 无薪照顾者 <input type="checkbox"/> 亲属 - 请注明关系 _____ <input type="checkbox"/> 朋友		
本人同意接受 决定健康及生活模式的替代抉择人 - 额外联络人 的责任。			日期:
签署: _____			
备注:			
<input type="checkbox"/> 若 决定健康及生活模式的替代抉择人 - 额外联络人 需要英语外的语言支援，则在此方格内打钩。若有此需要，请注明所需口述/书面语: _____			



C. 决定财务及/或法律事务的替代抉择人—主要联络人

这是一位我们会联络及发出所有与财务（包括费用、可退还住宿按金及月结单）有关的通讯及同意事宜的人士。所有财务事宜须由下列人士处理：

本人（院友） 或 本人代表（如下）

财务及/或法律事务替代抉择人可以是：

- 在该人士仍有能力时透过授权书委任的法定代理人
- 私人财务经理 - 若该人士在有能力时并无委任持久监护人，则由法院或审裁处代为委任
- 私人信托公司
- 新州信托人及监护人专署 - 在没有其他可行方法时由法院或审裁处委任为财务经理

名（First Name）：		姓：	
----------------	--	----	--

或机构名称：	
--------	--

地址（第 1 行）：	
------------	--

地址（第 2 行）：	
------------	--

地区（Suburb）：		邮政号码：	
-------------	--	-------	--

电话：		手机：	
-----	--	-----	--

电邮：	
-----	--

替代抉择人类别： （参看本表格第一页的「授权简介」）	请在合适方格内打钩✓。若有需要，请附证明文件副本。 详见「 授权简介 」 <input type="checkbox"/> 「一般授权书」（General Power of Attorney）（若院友已丧失能力则无效） <input type="checkbox"/> 「持久授权书」（若院友已丧失能力，仍然生效） <input type="checkbox"/> 新州信托人及监护人专署 <input type="checkbox"/> 私人财务经理 <input type="checkbox"/> 私人信托公司 <input type="checkbox"/> 亲属 - 请注明关系 _____ <input type="checkbox"/> 朋友
-------------------------------	---

本人同意接受 决定财务及/或法律事务的替代抉择人—主要联络人 的责任。 签署：_____	日期：
--	-----

备注：

- 若超过一位**决定财务及/或法律事务的替代抉择人**，则在方格内打钩并填写下一部分。
- 若**决定财务及/或法律事务的替代抉择人—主要联络人**需要英语外的语言支援，则在此方格内打钩。若有此需要，请注明所需口述/书面语言：_____



--

D. 决定财务及/或法律事务的替代抉择人 - 额外联络人 - 只在 (1) 无法联络 *决定财务及/或法律事务的替代抉择人* - 主要联络人在财务上或法律上取得其意见/同意时, 及 (2) 院友没有能力自行作出同意时才会联络这位人士。

名 (First Name) :		姓:	
或机构名称:			
地址 (第 1 行):			
地址 (第 2 行):			
地区 (Suburb) :		邮政号码:	
电话:		手机:	
电邮:			
替代抉择人类别: (参看本表格第一页的「 <i>授权简介</i> 」)	请在合适方格内打钩✓。若有需要, 请附证明文件副本。 详见「 <i>授权简介</i> 」 <input type="checkbox"/> 「一般授权书」 (General Power of Attorney) (若院友已丧失能力则无效) <input type="checkbox"/> 「持久授权书」 (若院友已丧失能力, 仍然生效) <input type="checkbox"/> 新州信托人及监护人专署 <input type="checkbox"/> 私人财务经理 <input type="checkbox"/> 私人信托公司 <input type="checkbox"/> 亲属 - 请注明关系 _____ <input type="checkbox"/> 朋友		
本人同意接受 <i>决定财务及/或法律事务的替代抉择人 - 额外联络人</i> 的责任。	日期:		
签署: _____			
备注:			
<input type="checkbox"/> 若 <i>决定财务及/或法律事务的替代抉择人 - 额外联络人</i> 需要英语外的语言支援, 则在此方格内打钩。若有此需要, 请注明所需口述/书面语言: _____			



E. 其他有意参与人士 / 代言人

在下面列出任何可能有意参与你个人事务的人士或机构。

第一位联络人 / 代言人

名 (First Name) :		姓:	
或机构名称:			
地址 (第 1 行) :			
地址 (第 2 行) :			
地区 (Suburb) :		邮政号码:	
电话:		手机:	
电邮:			
替代抉择人类别:	<input type="checkbox"/> 专业人士 — 请注明 _____ <input type="checkbox"/> 私人 — 请注明关系 _____		
本人同意作为上述院友之联络人 / 代言人。		签署:	日期:

备注:

第二位联络人 / 代言人

名 (First Name) :		姓:	
或机构名称:			
地址 (第 1 行) :			
地址 (第 2 行) :			
地区 (Suburb) :		邮政号码:	
电话:		手机:	
电邮:			
替代抉择人类别:	<input type="checkbox"/> 专业人士 — 请注明 _____ <input type="checkbox"/> 私人 — 请注明关系 _____		
本人同意作为上述院友之联络人 / 代言人。		签署:	日期:

备注:



F. 通讯

请将本人所有通讯（与基金有关之财务文件除外）寄往：-

本人（院友） **或** 本人代表

若你的代表与 **健康及生活模式替代抉择人或财务及/或法律事务替代抉择人** 为同一人，请指明：

- 决定健康及生活模式的替代抉择人 - 主要联络人
- 决定健康及生活模式的替代抉择人 - 额外联络人
- 决定财务及/或法律事务的替代抉择人 - 主要联络人
- 决定财务及/或法律事务的替代抉择人 - 额外联络人

若不属上述人士，请在下面加上联络资料

名 (First Name) :		姓:	
或机构名称:			
地址 (第 1 行) :			
地址 (第 2 行) :			
地区 (Suburb) :		邮政号码:	
电话:		手机:	
电邮:			

办公室用:

Updated in Finance on _____ By _____ Date _____

Updated in PCS on _____ By _____ Date _____

Disclaimer: The translated version is for reference only. In case of any discrepancy in meaning, the original version (English) will be adhered to.

免责声明：译文只供参考之用。内容若有异则以原文（英文版本）为本。

