

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「 授权简介 」)	<p>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」</p> <p><input type="checkbox"/> 「一般授权书」 (General Power of Attorney) (若院友已丧失能力则无效)</p> <p><input type="checkbox"/> 「持久授权书」 (若院友已丧失能力, 仍然生效)</p> <p><input type="checkbox"/> 新州信托人及监护人专署</p> <p><input type="checkbox"/> 私人财务经理</p> <p><input type="checkbox"/> 私人信托公司</p> <p><input type="checkbox"/> 亲属 - 请注明关系 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 朋友</p>		
本人同意接受 决定财务及/或法律事务的替代抉择人 - 额外联络人 的责任。		日期:	
签署: _____			
备注:			
<input type="checkbox"/> 若 决定财务及/或法律事务的替代抉择人 - 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。

