

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。 簽署： _____	日期：
---	-----

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。

