

居住在有资格代销能源的社区居住设施、退休村和
分层管理物业内的家庭可以使用本申请表。

\$313.50



如果你或与你居住在同一地址的人确诊存在面对极端高温或低温环境无能力自我调节体温的病症，新南威尔士州医疗能源费返款计划（NSW Medical Energy Rebate）可以帮助你支付电费。你必须提供医疗诊断书，证明你无法自我调节体温，才符合获取这项返款的资格条件。

“能源代销”是指一户家庭收到的电费账单/结算单不是来自其自主选择电力零售商，而是来自其所在的社区居住设施、退休村或分层管理物业处直接或授权发出的费用账单。如果你收到的电费账单直接来自能源零售商，可与他们联系申请返款。

新南威尔士州规划、工业和环境部（NSW Department of Planning, Industry and Environment）确认你符合资格条件后，会将返款直接存入你指定的银行账户。

在线申请：www.service.nsw.gov.au/transaction/apply-medical-energy-rebate-supply-customers

开始申请之前

在开始填写本申请表之前，请确保你已准备好以下资料：

你的客户编号（CRN - 联邦民政服务部编号），或你的退伍军人事务部（DVA）编号；

你的个人资料和联系详情；

与本申请表一起上传一份由医生签名并填写的执业医师声明书（PDF 或 JPEG 格式）。

执业医师声明书见第 5 页；

你的银行账户资料，用于电子转账；

您最近收到的一份电费账单副本（可接受账单/结算单的 PDF 格式文件或清晰图片文件）。
（关于账单/结算单的要求见第 2 页“重要信息”部分。）

检查清单

资格条件

你必须符合下列条件才有资格申请返款：

目前是新南威尔士州居民；

是符合能源代销商资格可以出售能源的社区居住设施（须已在新南威尔士州公平交易厅登记注册）、退休村（须已在新南威尔士州公平交易厅登记注册）或分层管理物业（须已在新南威尔士州土地事务登记服务处注册）的居民；

是申请人的主要居住地点电力账户的持有人；

填写递交一份本部门规定的有效申请表。申请表必须经注册执业医师（非申请人本人）签名，证明账单上列明的账户持有人或另一名在同一地址居住的人员因病无能力自我调节体温（符合条件的病症见第 6 页“医疗证明”部分）；同时

持有联邦民政服务部或退伍军人事务部发出的养老抚恤金领取者优惠卡（Pensioner Concession Card），或联邦民政服务部健康保健卡（Health Care Card），或退伍军人事务部金卡（DVA Gold Card）。

联邦高龄医疗保健卡（Commonwealth Seniors Health Card）持有者没有资格申请这项返款。如果你持有 CSHC 卡，则有资格获得高龄人士能源费返款（Seniors Energy Rebate），在线申请可访问：

<https://www.service.nsw.gov.au/transaction/apply-seniors-energy-rebate>

申请表：能源代销商客户

重要信息

本项返款每个财政年度向每户家庭支付一次，符合资格条件的申请人将会收到付款。

本部门将根据收到申请的日期按序处理。

每个财政年度都需重新申请返款，递交新的申请表和规定的费用账单副本。

返款申请期为每年的7月1日至次年6月30日（财政年度）。我们必须**在每年的6月30日之前收到你的申请，才能评估你是否有资格获取该财政年度的返款。**

你必须在申请表中包括一份由具备相关资格的社区居住设施、退休村或分层管理物业管理部直接授权发出的电费账单副本。账单上必须包括社区物业设施或能源代销商的联系详情、你的姓名、地址和地号/单元号。账单必须列出在当前财政年度7月1日之后抄读的计量表读数或用量，**同时**账单不能超过三个月。账单必须正规打印，手写账单将不获受理。

如果你代表他人或受人委托递交本申请，必须附上一份经认证的委托授权书副本。

获取更多信息

了解详情可访问新南威尔士州政府服务中心（Service NSW）网站：

www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance 或者

联系新南威尔士州能源事务管理署能源费返款计划团队，电话：02 8073 9255

隐私声明

规划、工业和环境部（Department of Planning, Industry and Environment，以下简称“本部门”，地址：4 Parramatta Square, 12 Darcy Street, Parramatta NSW 2150）遵照《1998年隐私及个人信息保护法》（Privacy and Personal Information Protection Act 1998）规定管理通过本表格收集的个人以及医疗健康资料和信息。

本部门出于处理能源费返款申请（包括评估你的资格条件）、向你支付返款（如果你符合条件）、管理能源费返款计划以及对该计划审计审核（也可能包括调查客户体验）等目的而需要收集个人以及医疗健康资料。

你在填写本表格的过程中可能需要提供其他人的个人信息以及/或者他们的医疗健康资料。在提供这些信息之前，你必须征得有关人员的同意，允许你向本部门披露他们的信息，并可根据隐私声明的规定得到使用。

本部门将会向申请表中署名的医生披露相关的个人以及医疗健康资料，以核实填报于本申请表中的各项信息是否准确无误。本部门可能向受聘对返款计划实施审计审核工作的第三方机构披露你的个人以及医疗健康资料。除非法律授权，否则本部门不会向任何他人披露通过本申请收集的个人以及医疗健康资料。

申请本项返款完全属于自愿行为。但是，你一旦决定申请，则必须提供所有本部门直接向你索取的个人以及医疗健康资料，用于处理你的申请，除非另有说明。

在本表格中提供个人以及医疗健康资料的人员都有权向本部门要求调取查阅这些信息，同时也有权要求本部门更新或修改这些信息。查询详情可发送电邮至：rebates@energysaver.nsw.gov.au

申请表：能源代销商客户

填写申请表格注意事项

- 请用英文大写字母工整填写表格。
- 申请人姓名必须与列印在你的能源费账单/结算单上的姓名相同。
- 申请人住址必须是申请人的主要居住地点。
- 申请人必须是银行收款账户的持有人。

申请人详情

CRN 编号 (联邦民政服务部) :

DVA 编号 (退伍军人事务部) :

名:

姓:

居住社区/退休村名称或分层管理物业编号:

地号/单元号:

路名/街名:

区:

邮政编码:

联系电话:

电邮信箱:

邮政地址 (如与以上住址不同) :

区:

邮政编码:

申请人银行账户资料

银行名称:

账户名称: (例如: Mr S Smith)

BSB 号码:

账号:

如果你符合资格条件, 本部门会将返款存入你指定的银行账户。

申请表：能源代销商客户

同意他人代表你办理申请（可选填）

如果你希望委托其他人代表你办理本申请，请完成这一部分，否则无需填写。

我指定 _____，为本人的代理人。

该人的联系电话是 _____。本人同意代理人有权：

- 与有规划、工业和环境部联系，协助办理本申请。
- 澄清本表格中提供的任何资料和信息，协助办理本申请。

我已与上述指定代理人确认，他们同意代表我行事。我同时也已向他们告知，他们的资料将按照本申请表列明的隐私声明规定获得收集和管理。

我明白，我可以随时联系返款计划团队，电话 02 8073 9255 或电邮 rebates@energysaver.nsw.gov.au，撤销本同意。

申请人声明和授权

本人（填写申请人全名）， _____ 住址（填写
主要居住地点地址） _____：

- 我已阅读并理解本申请表中的所有信息，包括检查清单 (Checklist) 和隐私声明 (Privacy Notice)。
- 本申请表中填报的所有资料，据本人所知所信，均属真实并且准确无误。
- 如果本表格中提供的资料有任何变动，我有责任通知规划、工业和环境部。
- 我同意遵照要求提供与评估我的资格条件有关的其他资料和信息。
- 我明白，本份申请表自签署之日起在与申请事务相关的财政年度期间始终有效，直至我联系规划、工业和环境部要求予以撤销。
- 我已随本申请表附上一份最近期的能源费用账单/结算单副本。
- 我明白，规划、工业和环境部将使用联邦民政服务部的电子确认服务系统 (Services Australia eServices) 调查我的联邦民政服务部客户资料以及我持有的优惠卡状态，从而确定我是否有资格申请返款。

同意联系（可选填）

我同意规划、工业和环境部可与我联系，了解我办理返款申请的体验。

委托授权书（受托人签署本申请）

我已随本申请表附上一份经认证的委托授权书副本。

申请人签名： _____

日期： _____

医疗能源费返款



申请表：能源代销商客户

医疗声明

病患详情

病患姓名：

病患住址：

病患日常联系电话：

如有要求，我同意可向新南威尔士州规划、工业和环境部披露与本申请相关的病历记录，以便该部门履行管理返款计划的责任。我已阅读并理解《隐私声明》。

病患签名：

日期：

执业医生详情

本部分必须由病患的医生填写。

医生姓名：

医生注册号码：

病患接受评估地点（医院/诊所）：

病患接受评估地点（医院/诊所）电话：

医疗评估

符合这项返款条件的病患必须经过注册执业医师诊断评估，同时病患接受同一名医生治疗的时间不能少于三个月。医生必须确认：

- 病患无法自我调节体温；并且
- 病患确诊患有四种第一类病症中的一种，同时患有三种第二类病症中的一种，（符合条件的病症详情见列表）。

执业医师声明

我证明，病患无能力自我调节体温。我为病患提供医药治疗已有至少三个月。/病患居住于新南威尔士州边远地区，接受皇家飞行医疗队（Royal Flying Doctor Service）治疗已有至少三个月。病患确诊至少有一种第一类病症以及一种第二类病症：

符合条件的第一类病症（至少勾选一项）	请勾选
自主神经功能紊乱（自主神经系统因严重脊髓损伤、脑卒中、脑损伤和神经退行性疾病等受到破坏而导致疾病）。	
皮肤完整性受损或排汗功能丧失（如体表有超过 20% 的严重烧伤、严重炎症性皮肤病和一些罕见的排汗紊乱）。	
在极端环境温度下生理功能客观化降低（如晚期多发性硬化症）。	
对极端环境温度过度敏感，导致疼痛、其他不适增加或并发症风险增加（如复杂的区域疼痛综合征和晚期外周血管疾病）。	
符合条件的第二类病症（至少勾选一项）	请勾选
严重行动障碍，包括四肢瘫痪或高位截瘫，特别是高于胸中水平（T7）瘫痪，导致交感神经系统控制丧失，从而无法自我调节体温。	
排汗、心率或血压自我调节功能显著缺失。	
在极端环境温度下出现生理功能丧失或临床状况明显恶化。	

隐私声明

我特此声明，本申请表中填报的所有资料，据本人所知所信，均属真实并且准确无误。

我同意新南威尔士州规划、工业和环境部可与我联系，确认本表格中提供的个人以及医疗信息的准确性。

执业医师签名：

日期：

递交申请表

请将填妥的申请表通过电子邮件发送至：rebates@energysaver.nsw.gov.au 或

邮寄至：NSW Medical Energy Rebate, PO Box 435, Parramatta NSW 2124。

如果邮寄申请表，**请勿使用订书钉或胶带装订文件。**