

आवेदन फॉर्म: खुदरा विक्रेता के ग्राहक

यह फॉर्म उन निवासियों के द्वारा प्रयोग किए जाने के लिए है जो अपनी पसंद के बिजली के खुदरा विक्रेता से बिजली का बिल प्राप्त करते हैं।

\$285



एनएसडब्ल्यू मेडिकल एनर्जी रिबेट आपके बिजली के बिलों का भुगतान करने में आपकी उस स्थिति में मदद करता है, जब यह पाया जाता है कि आप या आपके साथ रहने वाला कोई व्यक्ति घर पर वातावरण के अत्यधिक गर्म या ठंडे तापमान के संपर्क में आने पर शरीर के तापमान को स्वयं नियमित करने में असमर्थ है। रिबेट का पात्र होने के लिए, आपको इस चिकित्सक द्वारा यह पहचाने जाने की आवश्यकता होगी कि आप अपने शरीर के तापमान को स्वयं नियमित करने में असमर्थ हैं।

यदि इस रिबेट के बारे में आपके कोई प्रश्न हैं, तो अपने एनर्जी के खुदरा विक्रेता से संपर्क करें।

## शुरू करने से पहले

इस आवेदन को भरने से पहले कृपया सुनिश्चित करें कि आपके पास निम्नलिखित चीजें हैं:

आपका ग्राहक रेफरेंस नम्बर (सीआरएन- सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया द्वारा जारी किया गया) या आपका डिपार्टमेंट ऑफ़ वेटरन्स' अफ़ेयर्स (DVA) का नम्बर

आपका व्यक्तिगत विवरण और संपर्क विवरण

इस फॉर्म के साथ अपलोड करने के लिए एक स्वास्थ्य-व्यवसायी द्वारा भरा गया व हस्ताक्षर किया गया घोषणा पत्र (PDF/JPEG format) (स्वास्थ्य व्यवसायी का घोषणा-पत्र नीचे पृष्ठ 5 पर है)

आपकी एनर्जी के खुदरा विक्रेता का विवरण।

## जाँचसूची

### पात्रता के मापदंड

इस रिबेट का पात्र होने के लिए आपको निम्नलिखित शर्तें पूरी करनी होंगी:

वर्तमान में आप एनएसडब्ल्यू में रह रहे हैं

आपको खुदरा विक्रेता का ग्राहक होना चाहिए, और आवेदक के मुख्य निवास स्थान पर बिजली की आपूर्ति के लिए बिजली का खाता आप के नाम पर होना चाहिए

डिपार्टमेंट द्वारा प्रदान किया गया एक वैध आवेदन फॉर्म जमा करें, जिस पर किसी पंजीकृत चिकित्सक (जो आवेदक नहीं है) ने हस्ताक्षर किए हों; यह सत्यापित करने के लिए कि जिस ग्राहक का नाम बिल पर लिखा है वह या उसी पते पर रहने वाला कोई अन्य व्यक्ति अपने शरीर के तापमान को स्वयं नियमित करने में असमर्थ है जैसा कि पृष्ठ 7 पर योग्यता की शर्तों में स्पष्ट किया गया है, और

आपके पास (सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया//DVA द्वारा दिया गया पेंशनर कन्सेशन कार्ड, सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया हेल्थ केयर कार्ड है, या DVA गोल्ड कार्ड है।

कॉमनवेल्थ सीनियर्स हेल्थ कार्ड (CSHC) धारक इस रिबेट को प्राप्त करने के पात्र नहीं हैं। यदि आपके पास सीएसएचसी (CSHC) है तो आप इसकी बजाय सीनियर्स एनर्जी रिबेट के लिए <https://www.service.nsw.gov.au/transaction/apply-seniors-energy-rebate> पर ऑनलाइन आवेदन कर सकते हैं।

आवेदन फॉर्म: खुदरा विक्रेता के ग्राहक

## महत्वपूर्ण जानकारी

पात्र आवेदकों के लिए रिबेट की गणना दैनिक दर पर की जाती है और यह आपके बिजली के खुदरा विक्रेता द्वारा आपका आवेदन प्राप्त किए जाने की दिनांक से लागू होती है। रिबेट आपके बिजली के खाते में जमा किया जाएगा और आपके बिल में दर्शाया जाएगा। आपको प्रति वर्ष \$285, या लगभग \$71 प्रति तिमाही प्राप्त होंगे। यदि आप पात्र बने रहते हैं तो रिबेट आपके खाते पर लागू होता रहेगा। यदि आप अपना बिजली का खुदरा विक्रेता बदलते हैं तो आपको एक नया आवेदन देना होगा, जिसके साथ आपको अपने डॉक्टर से हस्ताक्षर करवा कर एक नया मेडिकल डिक्लेरेशन भी देना होगा।

अपने 'मेडिकल एनर्जी रिबेट' के संबंध में कोई भी प्रश्न आपको पहले अपने खुदरा विक्रेता से पूछने चाहिए।

**यदि आप इस आवेदन को पॉवर ऑफ़ एटोर्नी के अंतर्गत जमा कर रहे हैं तो आपको इस आवेदन के साथ पॉवर ऑफ़ एटोर्नी की एक प्रमाणित प्रति संलग्न करनी होगी।**

## अधिक जानकारी

सर्विस एनएसडब्ल्यू की वेबसाइट [www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance](http://www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance) पर जाएं या

सर्विस एनएसडब्ल्यू को फ़ोन करें: 137 788

## गोपनीयता का नोटिस

डिपार्टमेंट ऑफ़ प्लानिंग, इंडस्ट्री एंड एनवायरनमेंट (डिपार्टमेंट) 4 Parramatta Square, 12 Darcy Street, Parramatta NSW 2150 में स्थित है और हम आपकी व्यक्तिगत जानकारी का प्रबंधन *प्राइवैसी एंड पर्सनल इंफ़ोर्मेशन प्रोटेक्शन एक्ट 1998* के अंतर्गत करते हैं।

आपका एनर्जी का खुदरा विक्रेता और डिपार्टमेंट आपकी व्यक्तिगत जानकारी एकत्र कर रहे हैं ताकि वे एनर्जी में रिबेट के लिए आपके आवेदन को संसाधित कर सकें, (इसमें आपकी पात्रता का निर्धारण करना शामिल है), यदि आप पात्र हैं तो आपको रिबेट का भुगतान कर सकें, एनर्जी पर रिबेट की योजना को लागू कर सकें और रिबेट कार्यक्रम को ऑडिट कर सकें, इसमें ग्राहक के अनुभवों की जानकारी का सर्वेक्षण करना शामिल हो सकता है। इस फॉर्म को पूरा करने में आप किसी अन्य व्यक्ति की व्यक्तिगत जानकारी प्रदान कर सकते हैं। इससे पहले कि आप जानकारी प्रदान करें, आपको उस व्यक्ति की जानकारी अपने एनर्जी के खुदरा विक्रेता और डिपार्टमेंट को देने और इस गोपनीयता के नोटिस के अनुसार डिपार्टमेंट द्वारा इसका प्रयोग किए जाने के लिए उस व्यक्ति की सहमति लेनी होगी।

यह निर्धारित करने के लिए कि आप रिबेट के पात्र हैं या नहीं, आपका एनर्जी का खुदरा विक्रेता आपका CRN या DVA नंबर सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया को देगा। आपका एनर्जी का खुदरा विक्रेता और डिपार्टमेंट रिबेट का ऑडिट करने में लगे किसी तीसरे पक्ष को भी आपकी व्यक्तिगत जानकारी दे सकते हैं। आपका एनर्जी का खुदरा विक्रेता और डिपार्टमेंट आपकी व्यक्तिगत जानकारी किसी और को तब तक नहीं बताएंगे जब तक कि ऐसा करने के लिए उसे कानून द्वारा अधिकृत न किया गया हो।

इस रिबेट के लिए आवेदन करना स्वैच्छिक है। लेकिन, यदि आप आवेदन करते हैं तो, जब तक कि कोई अन्य टिप्पणी न लिखी हो, आपके आवेदन को संसाधित करने के लिए आपके खुदरा विक्रेता द्वारा आपसे माँगी गई सारी व्यक्तिगत जानकारी आपको अपने एनर्जी के खुदरा विक्रेता को देनी होगी।

डिपार्टमेंट के पास आपके बारे में जो व्यक्तिगत जानकारी है, आपको उसे प्राप्त करने का अधिकार है। आपको इस बात का अनुरोध करने का भी अधिकार है कि डिपार्टमेंट उस जानकारी को नवीनतम या संशोधित करे। अधिक जानकारी के लिए [rebates@energysaver.nsw.gov.au](mailto:rebates@energysaver.nsw.gov.au) पर ईमेल भेजें।

आवेदन फॉर्म: खुदरा विक्रेता के ग्राहक

## इस फॉर्म को भरना

- कृपया फॉर्म को अंग्रेजी में भरें और बड़े अक्षरों (CAPITAL letters) का प्रयोग करें।
- आवेदक का नाम आपके एनर्जी के बिल पर छपे हुए नाम से मिलना चाहिए।
- आवेदन में दिया गया पता, आवेदक का मुख्य निवास स्थान होना चाहिए।

## आवेदक का विवरण

सीआरएन-CRN (सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया):

DVA संख्या:

नाम का पहला शब्द:

कुलनाम:

गली का पता:

सबर्ब:

पोस्टकोड:

संपर्क करने के लिए फ़ोन नंबर:

ईमेल का पता:

डाक का पता (यदि गली के पते से भिन्न है):

सबर्ब:

पोस्टकोड:

## बिजली के खुदरा विक्रेता का विवरण

बिजली के खुदरा विक्रेता का नाम:

बिजली के खाताधारक का नाम:

बिजली के खाते का नम्बर:

राष्ट्रीय मीटर की पहचान का (NMI) नम्बर:

आपका NMI नंबर आपके बिजली के बिल पर लिखा होता है। यह अंक 4 से शुरू होता है और इसमें 11 अंक होते हैं, लेकिन कोई अक्षर या चिह्न (symbols) नहीं होता है। यदि आपको अपना NMI नंबर बिल पर नहीं मिल रहा है तो कृपया इस आवेदन के साथ अपने पूरे बिल की प्रति भेजें और हम आपके लिए NMI नंबर लिख देंगे।

आवेदन फॉर्म: खुदरा विक्रेता के ग्राहक

## किसी व्यक्ति के लिए आपकी ओर से कार्य करने की सहमति (वैकल्पिक)

इस अनुभाग को सिर्फ तभी भरें यदि आप चाहते हैं कि कोई अन्य व्यक्ति इस आवेदन के संबंध में आपकी ओर से कार्रवाई कर सके।

मैं,

को अधिकृत करता हूँ जिससे निम्नलिखित बातों के लिए

फोन से

पर संपर्क किया जा सकता है:

- इस आवेदन को संसाधित करने में सहायता करने के लिए वह मेरी ओर से मेरे एनर्जी के खुदरा विक्रेता से बात कर सके
- इस आवेदन को संसाधित करने में सहायता करने के लिए इस फॉर्म में प्रदान की गई किसी भी जानकारी को स्पष्ट करके बता सके।

मैंने उपरोक्त नामित व्यक्ति से इस बात की पुष्टि कर ली है कि वह मेरी ओर से कार्रवाई करने के लिए सहमत हैं और मैंने उन्हें बता दिया है कि उनकी जानकारी को इस फॉर्म में दिए गए गोपनीयता के नोटिस के अनुसार एकत्र किया जाएगा और उसका प्रबंधन किया जाएगा।

मैं समझता/समझती हूँ कि यह सहमति केवल इस आवेदन के संबंध में कार्रवाई करने के लिए दी गई है और यह सहमति मेरी तरफ से कार्य करने के लिए या मेरे खुदरा विक्रेता के साथ मेरे बिजली के खाते के संबंध में कार्य करने के लिए नहीं दी गई है।

मैं समझता/समझती हूँ कि मैं अपने एनर्जी के खुदरा विक्रेता से संपर्क करके किसी भी समय अपनी इस सहमति को वापस ले सकता/सकती हूँ।

## आवेदक द्वारा की जाने वाली घोषणा और अधिकार देने के बारे में वक्तव्य

मैं (नाम लिखें),

(निवास के प्रमुख स्थान

का पता लिखें) का/की निवासी

:

- मैंने इस आवेदन फॉर्म में दी गई सभी जानकारी, जिसमें जाँचसूची और गोपनीयता का नोटिस शामिल हैं, पढ़ और समझ ली है
- घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी, मेरे ज्ञान के अनुसार, सत्य और सही है
- समझता/समझती हूँ कि इस फॉर्म में मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी में होने वाले किसी भी परिवर्तन के बारे में अपने खुदरा विक्रेता को सूचित करना मेरी ज़िम्मेदारी है
- मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए यदि अतिरिक्त जानकारी माँगी जाती है तो मैं उस जानकारी को प्रदान करने के लिए सहमत हूँ
- मैं समझता/समझती हूँ कि मैं अपने एनर्जी के खुदरा विक्रेता से संपर्क करके किसी भी समय अपनी इस सहमति को वापस ले सकता/सकती हूँ।
- मैं समझता/समझती हूँ कि मेरा एनर्जी का खुदरा विक्रेता सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया में पृष्ठताछ करने के लिए सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया की इ-सर्विसेज़ का इस्तेमाल करेगा और सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया में मेरे ग्राहक विवरण और कन्सेशन कार्ड की स्थिति की जाँच करेगा, जिससे मेरा खुदरा विक्रेता यह निर्धारित कर सके कि मैं रिबेट पाने के लिए पात्र हूँ या नहीं।

**पॉवर ऑफ अटॉर्नी (जब आवेदन पर पॉवर ऑफ अटॉर्नी के अंतर्गत हस्ताक्षर किए गए हैं)**

मैंने इस आवेदन के साथ पॉवर ऑफ अटॉर्नी की प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न की है।

आवेदक के हस्ताक्षर:

दिनांक:

आवेदन फॉर्म: खुदरा विक्रेता के ग्राहक

## चिकित्सीय घोषणा

### रोगी का विवरण

रोगी का नाम:

रोगी का पता:

दिन के समय रोगी से संपर्क करने के लिए नंबर:

मैं इस आवेदन से संबंधित अपने मेडिकल रिकॉर्ड आवेदक के एनर्जी के खुदरा विक्रेता और डिपार्टमेंट को देने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ, यदि उन्हें इस रिबेट को देने और लागू कर पाने की अपनी ज़िम्मेदारी को पूरा करने के लिए उनकी आवश्यकता है। मैंने गोपनीयता का नोटिस पढ़ और समझ लिया है।

रोगी के हस्ताक्षर:

दिनांक:

### चिकित्सा-व्यवसायी का विवरण

यह भाग रोगी के चिकित्सा-व्यवसायी को भरना होगा।

चिकित्सा-व्यवसायी का नाम:

प्रोवाइडर नम्बर:

उस स्थान का नाम जहाँ रोगी की जाँच की गई (अस्पताल/क्लिनिक/चिकित्सक का क्लीनिक):

उस स्थान का फ़ोन नंबर जहाँ रोगी की जाँच की गई (अस्पताल/क्लिनिक/चिकित्सक का क्लीनिक):

आवेदन फॉर्म: खुदरा विक्रेता के ग्राहक

## चिकित्सीय निर्धारण

इस रिबेट के मापदंडों को पूरा करने के लिए, उस पंजीकृत चिकित्सा-व्यवसायी को रोगी के बारे में आंकलन करना होगा, जो कम से कम 3 महीने से उसका इलाज कर रहा है, कि:

- रोगी में अपने शरीर के तापमान को स्वयं नियमित करने की क्षमता नहीं है, और
- रोगी तालिका में दी गई प्राइमरी योग्यता की चार शर्तों में से किसी एक शर्त को और सेकंडरी योग्यता की तीन शर्तों में से किसी एक शर्त को पूरा करता है।

## चिकित्सा-व्यवसायी के द्वारा घोषणा

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी अपने शरीर के तापमान को स्वयं नियमित करने में असमर्थ है। मैं कम से कम 3 महीने से रोगी का इलाज कर रहा/रही हूँ, इस रोगी का इलाज एनएसडब्ल्यू के किसी दूर-दराज़ के और क्षेत्रीय स्थानों में रॉयल फ्लाइंग डॉक्टर सर्विस द्वारा कम से कम 3 महीने से किया जा रहा है, और वह (रोगी) कम से कम एक प्राइमरी योग्यता और एक सेकंडरी योग्यता की शर्तें पूरी करता/करती है, जैसा कि इस तालिका में दर्शाया गया है:

प्राइमरी योग्यता की शर्तें (कम से कम एक का चयन करें)	निशान लगाने के लिए खानें
ऑटोनोमिक सिस्टम डिस्फंक्शन (चिकित्सा स्थितियाँ जिनमें ऑटोनोमिक सिस्टम क्षतिग्रस्त हो गया है, जैसे कि मेरुरज्जु में गंभीर चोट लग जाना, स्ट्रोक, मस्तिष्क में चोट और न्यूरोडीजेनेरेटिव विकार)।	
त्वचा की कार्य-क्षमता कम हो जाना या पसीना आने की क्षमता खो देना (जैसे बहुत सारी त्वचा का जल जाना अर्थात् शरीर का 20% से अधिक भाग जल जाना, त्वचा में गंभीर रूप से सूजन आ जाना और पसीना आने से संबंधित कुछ विरले विकार)।	
वातावरण के तापमान में बहुत अधिक बदलाव हो जाने पर शरीर के कार्य करने की क्षमता में कमी (जैसे बढ़ा हुआ मल्टीपल स्केलेरोसिस)।	
वातावरण के तापमान में अधिक बदलाव हो जाने पर अतिसंवेदनशीलता जिससे दर्द या अन्य परेशानी बढ़ जाती है या जटिलताओं का खतरा बढ़ जाता है [जैसे किसी स्थान पर जटिल दर्द सिंड्रोम और शरीर के किसी भाग में (मस्तिष्क व हृदय के अलावा) रक्त पहुँचाना कम हो जाने के रोग का बढ़ जाना।	
सेकंडरी योग्यता की शर्तें (कम से कम एक का चयन करें)	निशान लगाने के लिए खानें
चल-फिर सकने की क्षमता में गंभीर कमी, जैसा कि क्वाड्रिप्लेजिया या गंभीर उच्च-स्तरीय पैराप्लेजिया में होता है, विशेष रूप से मध्य-थोरेसिक स्तर (T7) से ऊपर, जिसके परिणामस्वरूप सिम्पैथेटिक नर्वस सिस्टम कंट्रोल को नुकसान पहुँचाने के कारण शरीर के तापमान के स्व-नियमन में समस्या होती है।	
पसीना आने, हृदय गति या रक्तचाप के स्वायत्त नियमन में महत्वपूर्ण कमी।	
वातावरण में तापमान के बहुत अधिक बदलाव आ जाने पर शरीर के कार्य कर पाने की क्षमता में कमी या क्लिनिकल स्थिति में महत्वपूर्ण वृद्धि।	

## गोपनीयता का वक्तव्य

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य और सही है।

मैं इस बात के लिए सहमति देता/देती हूँ कि आवेदक का एनर्जी का खुदरा विक्रेता और डिपार्टमेंट इस फॉर्म में प्रदान की गई व्यक्तिगत और स्वास्थ्य संबंधी जानकारी के सही होने की पुष्टि करने के लिए मुझसे संपर्क कर सकते हैं।

चिकित्सा-व्यवसायी के हस्ताक्षर:

दिनांक:

## इस फॉर्म को जमा करना

अपना भरा हुआ फॉर्म अपने एनर्जी के खुदरा विक्रेता के पास भेजें।