

یہ فارم ان رہائشیوں کے استعمال کے لیے ہے جنہیں اپنی چنی ہوئی کمپنی سے انرجی کا بل آتا ہے۔

\$285



NSW میڈیکل انرجی ریپیٹ اس صورت میں آپ کو بجلی کے بل ادا کرنے میں مدد دیتی ہے کہ آپ یا آپ کے ساتھ رہنے والے شخص کے لیے یہ تشخیص ہوئی ہو کہ ماحول کے شدید گرم یا شدید ٹھنڈے درجہ حرارت میں آپ/وہ اپنا جسمانی درجہ حرارت خود برقرار رکھنے کے قابل نہیں ہیں۔ آپ کے اس رعایت کا اہل ہونے کے لیے یہ طبی تشخیص ضروری ہے کہ آپ اپنا جسمانی درجہ حرارت خود برقرار رکھنے کے قابل نہیں ہیں۔

اگر اس رعایت کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہو تو اپنی انرجی کی کمپنی سے رابطہ کریں۔

آغاز سے پہلے

یہ درخواست مکمل کرنے سے پہلے یقینی بنائیں کہ آپ کے پاس:

آپ کا کسٹمر ریفرنس نمبر (سروسز آسٹریلیا کا جاری کردہ CRN) - ہے یا آپ کا ڈیپارٹمنٹ آف ویٹریز ایفیزرز (DVA) نمبر ہے

آپ کی ذاتی تفصیلات اور رابطہ تفصیلات ہیں

میڈیکل پریکٹیشنر (ڈاکٹر) کا دستخط شدہ اور مکمل کیا ہوا اقرار نامہ جو اس فارم کے ساتھ اپ لوڈ کیا جائے گا (PDF/JPEG فارمیٹ میں) (میڈیکل پریکٹیشنر کا اقرار نامہ نیچے صفحہ 5 پر ہے)

آپ کی انرجی کی کمپنی کی تفصیلات۔

چیک لسٹ

اہلیت کے تقاضے

اس رعایت کا اہل ہونے کے لیے ضروری ہے کہ:

آپ اس وقت NSW کے رہائشی ہوں

آپ ریٹیل کسٹمر (کمپنی کے گاہک) ہوں اور درخواست گزار کی بنیادی رہائشگاہ تک بجلی کی سپلائی کے لیے بجلی کا اکاؤنٹ آپ کے نام پر ہو

آپ ڈیپارٹمنٹ آف فرام کردہ درست درخواست فارم جمع کروائیں جس پر کسی رجسٹرڈ میڈیکل پریکٹیشنر یعنی ڈاکٹر نے (جو خود درخواست گزار نہ ہو) دستخط کر کے تصدیق کی ہو کہ بل پر رہائشگاہ میں رہنے والے جس گاہک یا دوسرے شخص کا نام لکھا ہے، وہ خود اپنے جسم کا درجہ حرارت برقرار رکھنے کے قابل نہیں ہے، جو صفحہ 7 پر طبی اقرار نامے میں اہلیت کی شرائط کی وضاحت کے مطابق ہو، اور

آپ کے پاس سروسز آسٹریلیا/DVA کا جاری کردہ پنشنر کنسیشن کارڈ ہو یا سروسز آسٹریلیا کا ہیلتھ کیئر کارڈ یا DVA گولڈ کارڈ ہو۔

کامن ویلتھ سینیٹرز ہیلتھ کارڈ (CSHC) رکھنے والے لوگ اس رعایت کے لیے اہل نہیں ہیں۔ اگر آپ کے پاس CSHC کارڈ ہو تو آپ اس رعایت کی بجائے یہاں آن لائن سینیٹرز انرجی ریپیٹ کی درخواست دے سکتے ہیں:

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

اہم معلومات

اہل درخواست گزاروں کے لیے رعایت کا حساب ایک یومیہ شرح پر لگایا جاتا ہے اور آپ کی بجلی کی کمپنی کو آپ کی درخواست ملنے کی تاریخ سے رعایت شروع ہوتی ہے۔ رعایت کی رقم آپ کے بجلی کے اکاؤنٹ میں ڈال دی جائے گی اور آپ کے بل پر دکھائی جائے گی۔ آپ کو سال میں \$285 یا ہر سہ ماہی میں تقریباً \$71 ملیں گے۔

اگر آپ بدستور اہل رہیں تو رعایت آپ کے اکاؤنٹ پر لاگو ہوتی رہے گی۔ اگر آپ بجلی کی کمپنی بدلیں تو آپ کو نئی درخواست مکمل کرنی ہو گی اور اپنے ڈاکٹر سے نیا دستخط شدہ طبی اقرار نامہ بھی حاصل کرنا ہوگا۔

اپنی میڈیکل انرجی ریپیٹ کے متعلق سوالات کے لیے پہلے اپنی کمپنی سے رابطہ کریں۔

اگر آپ پاور آف اٹارنی یعنی مختار نامے کے تحت یہ درخواست جمع کروا رہے ہیں تو آپ کو اس درخواست کے ساتھ پاور آف اٹارنی کی مصدقہ کاپی لگانی ہو گی۔

مزید معلومات

یہاں Service NSW کی ویب سائٹ دیکھیں: www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance

Service NSW کو کال کریں: 137 788

پرائیویسی نوٹس

NSW ڈیپارٹمنٹ آف پلاننگ، انڈسٹری اینڈ انوائرنمنٹ (ڈیپارٹمنٹ)، پتہ 4 Parramatta Square, 12 Darcy Street, Parramatta NSW 2150، آپ کی ذاتی تفصیلات کے انتظام کے لیے پرائیویسی اور ذاتی تفصیلات کے تحفظ کے ایکٹ 1998 کا پابند ہے۔

آپ کی بجلی کی کمپنی اور ڈیپارٹمنٹ ان مقاصد سے آپ کی ذاتی تفصیلات اکٹھی کر رہے ہیں کہ بجلی پر رعایت کے لیے آپ کی درخواست پر کام کریں (جس میں آپ کی اہلیت پر غور کرنا بھی شامل ہے)، اگر آپ اہل ہوں تو آپ کو رعایت کی رقم ادا کریں، انرجی ریپیٹس سکیم کا نظم و نسق کریں اور ریپیٹ پروگرام کا آڈٹ کریں جس میں گاہکوں سے ان کے تجربات کے متعلق سروے کرنا شامل ہے۔ اس فارم کو مکمل کرتے ہوئے آپ کسی اور شخص کی ذاتی تفصیلات فراہم کر سکتے ہیں۔ ہمیں یہ تفصیلات دینے سے پہلے ضروری ہے کہ آپ اس شخص سے اس کی معلومات اپنی بجلی کی کمپنی اور ڈیپارٹمنٹ کو دینے اور اس پرائیویسی نوٹس کے مطابق ان معلومات کے استعمال کی اجازت لیں۔

آپ کی بجلی کی کمپنی آپ کا CRN یا DVA نمبر سروسز آسٹریلیا کو یہ طے کرنے کے لیے دے گی کہ آیا آپ رعایت لینے کے اہل ہیں۔ آپ کی بجلی کی کمپنی اور ڈیپارٹمنٹ آپ کی ذاتی تفصیلات کسی تیسرے فریق کو دے سکتے ہیں جسے رعایت کا آڈٹ انجام دینے کے لیے مقرر کیا گیا ہو۔ آپ کی بجلی کی کمپنی اور ڈیپارٹمنٹ آپ کی ذاتی تفصیلات اس صورت کے علاوہ کسی کو نہیں دیں گے کہ قانون نے اس کی اجازت دی ہو۔

اس رعایت کے لیے درخواست دینا لوگوں کی مرضی پر منحصر ہے۔ تاہم اگر آپ درخواست دینے کا فیصلہ کریں تو سوائے اس کے کہ کچھ اور بتایا گیا ہو، وہ تمام ذاتی تفصیلات آپ کی بجلی کی کمپنی کو فراہم کرنا ضروری ہو گا جو آپ کی درخواست پر کارروائی کے لیے آپ سے براہ راست طلب کی گئی ہیں۔

آپ کو اپنی وہ ذاتی تفصیلات دیکھنے کا حق ہے جو ڈیپارٹمنٹ کے پاس ہوں۔ آپ کو یہ درخواست کرنے کا بھی حق ہے کہ ڈیپارٹمنٹ ان معلومات کو تازہ کرے یا ان میں تبدیلی کرے۔ مزید تفصیلات کے لیے یہاں ای میل کریں:

rebates@energysaver.nsw.gov.au

یہ فارم مکمل کرنے کا طریقہ

- براہ مہربانی یہ فارم مکمل کرتے ہوئے بڑے انگریزی حروف استعمال کریں۔
- درخواست گزار کا نام بالکل وہی ہونا ضروری ہے جو آپ کے انرجی کے بل/انوائس پر لکھا ہے۔
- ضروری ہے کہ درخواست میں لکھا گیا پتہ درخواست گزار کا بنیادی رہائشی پتہ ہو۔

درخواست گزار کی تفصیلات

CRN (سروسز آسٹریلیا):

DVA نمبر:

نام کا پہلا حصہ:

نام کا آخری حصہ:

سٹریٹ:

سیرب:

پوسٹ کوڈ:

رابطے کے لیے فون نمبر:

ای میل ایڈریس:

خط لکھنے کا پتہ (اگر یہ اوپر لکھے پتے سے مختلف ہو تو):

سیرب:

پوسٹ کوڈ:

بجلی کی کمپنی کی تفصیلات

بجلی کی کمپنی کا نام:

بجلی کا اکاؤنٹ رکھنے والے کا نام:

بجلی کے اکاؤنٹ کا نمبر:

نیشنل میٹر انڈینٹیفائر (NMI) نمبر:

آپ کا NMI نمبر آپ کے بجلی کے بل پر لکھا ہوتا ہے۔ یہ 4 سے شروع ہوتا ہے اور اس میں 11 ہندسے ہوتے ہیں، کوئی حروف یا علامات نہیں ہوتیں۔ اگر آپ اپنا NMI نمبر نہ دیکھ سکتے ہوں تو براہ مہربانی اس درخواست کے ساتھ اپنے مکمل بل کی کاپی بھیج دیں اور ہم آپ کے لیے یہ نمبر درخواست میں شامل کر دیں گے۔

اپنی نمائندگی کے لیے کسی اور شخص کو استعمال کرنے پر رضامندی (یہ حصہ بھرنا لازمی نہیں)

یہ حصہ صرف تب مکمل کریں کہ آپ اس درخواست کے سلسلے میں کسی اور شخص کو اپنی نمائندگی کے لیے استعمال کرنا چاہتے ہوں۔

میں کو

جن سے فون نمبر پر رابطہ کیا جا سکتا ہے، اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ

- اس درخواست پر کارروائی میں مدد کے لیے میری طرف سے میری بجلی کی کمپنی سے بات کریں
- اس درخواست پر کارروائی میں مدد کے لیے اس فارم میں دی گئی معلومات کی وضاحت کریں۔

میں نے مندرجہ بالا نامزد شخص سے تصدیق حاصل کر لی ہے کہ وہ میری نمائندگی کے لیے رضامند ہے اور میں نے اسے بتایا ہے کہ اس کی تفصیلات کا حصول اور انتظام اس فارم میں شامل پرائیویسی نوٹس کے مطابق کیا جائے گا۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ یہ رضامندی صرف اس درخواست کے سلسلے میں کام کرنے کے لیے دی گئی ہے اور یہ اجازت میری کمپنی کے ساتھ میرے بجلی کے اکاؤنٹ کی نمائندگی یا اس کے سلسلے میں نہیں دی گئی ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں کسی بھی وقت اپنی بجلی کی کمپنی سے رابطہ کر کے یہ اجازت واپس لے سکتا/سکتی ہوں۔

درخواست گزار کا اقرار نامہ اور اجازت دینے کا بیان

میں (یہاں اپنا نام لکھیں)، ساکن (بنیادی رہائشی پتہ)

:

- نے چیک لسٹ اور پرائیویسی نوٹس سمیت اس درخواست فارم میں لکھی تمام معلومات پڑھ اور سمجھ لی ہیں
- اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ اس درخواست میں فراہم کردہ تمام معلومات میرے بہترین علم کے مطابق سچ اور درست ہیں
- سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس فارم میں فراہم کردہ معلومات میں کوئی تبدیلی آنے کی صورت میں اپنی بجلی کی کمپنی کو اطلاع دینا میری ذمہ داری ہے
- درخواست کیے جانے پر اپنی اہلیت کے متعلق مزید معلومات دینے پر رضامند ہوں
- سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ دستخط ہو جانے کے بعد یہ درخواست مؤثر رہے گی، سوائے اس کے کہ میں اپنی بجلی کی کمپنی سے رابطہ کر کے درخواست واپس لے لوں
- سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری بجلی کی کمپنی سروسز آسٹریلیا سے میری بطور کسٹمر تفصیلات اور کنسیشن کارڈ کے حوالے سے میرے متعلق معلومات لینے کے لیے سروسز آسٹریلیا کی eServices استعمال کرے گی تاکہ ڈیپارٹمنٹ یہ طے کر سکے کہ آیا میں رعایت لینے کے لیے اہل ہوں۔

پاور آف اٹارنی یعنی مختار نامہ (جب درخواست پر پاور آف اٹارنی کے تحت دستخط کیے گئے ہوں)

میں نے اس درخواست کے ساتھ پاور آف اٹارنی کی مصدقہ کاپی لگا دی ہے۔

تاریخ:

درخواست گزار کے دستخط:

میڈیکل ڈیکلیریشن (طبی اقرار نامہ)

مریض کی تفصیلات

مریض کا نام:

مریض کا پتہ:

مریض کا دن کے وقت رابطہ نمبر:

اگر اس رعایت کی فراہمی اور انتظام کے لیے یہ درخواست گزار کی انرجی کی کمپنی اور ڈیپارٹمنٹ کی ذمہ داریوں کے تحت ضروری ہو تو میں اس درخواست کے سلسلے میں اپنے طبی ریکارڈز انہیں دیے جانے پر رضامند ہوں۔ میں نے پرائیویسی نوٹس پڑھ اور سمجھ لیا ہے۔

تاریخ:

مریض کے دستخط:

میڈیکل پریکٹیشنر (ڈاکٹر) کی تفصیلات

یہ حصہ مریض کا ڈاکٹر مکمل کرے۔

ڈاکٹر کا نام:

پرووائیڈر نمبر:

اس جگہ کا نام جہاں مریض کو دیکھا گیا تھا (ہسپتال/کلینک/پریکٹس):

اس جگہ کا فون نمبر جہاں مریض کو دیکھا گیا تھا (ہسپتال/کلینک/پریکٹس):

طبی جائزے کے بعد رائے

اس رعایت کے تقاضے پورے کرنے کے لیے ضروری ہے کہ وہ رجسٹرڈ طبی ماہر مریض کا جائزہ لے کر رائے دے جس نے کم از کم تین ماہ مریض کا علاج کیا ہو، جس دوران مریض:

- اپنے جسم کا درجہ حرارت خود برقرار رکھنے کے قابل نہ ہو، اور
- ٹیبل میں درج اہلیت کی چار بنیادی شرائط میں سے ایک شرط اور تین ثانوی شرائط میں سے ایک شرط پوری کرتا ہو۔

میڈیکل پریکٹیشنر ڈیکلیریشن (ڈاکٹر کا اقرار نامہ)

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ یہ مریض اپنے جسم کا درجہ حرارت برقرار رکھنے کے قابل نہیں ہے۔ میں نے کم از کم 3 مہینے مریض کا علاج کیا ہے / NSW کے دور دراز اور ریجنل علاقے میں رائل فلائنگ ڈاکٹر سروس نے اس مریض کا علاج کم از کم 3 مہینے کیا ہے، اور مریض اس ٹیبل میں درج کم از کم ایک بنیادی اور ایک ثانوی شرط پوری کرتا ہے:

اہلیت کی بنیادی شرائط (کم از کم ایک شرط چنیں)	نشان لگانے کے لیے خانہ
آٹونومک عصبی نظام کی خرابی (ایسی طبی کیفیات جن میں آٹونومک نظام کو نقصان پہنچ چکا ہو جیسے حرام مغز کی شدید چوٹ، سٹروک، دماغی چوٹ اور دماغ میں اعصابی خلیات کے بتدریج ضیاع کی وجہ سے بیماریاں)۔	
جلد کی مضبوطی میں کمی یا پسینہ آنے کی اہلیت ختم ہو جانا (جیسے جسم کے 20% سے زیادہ حصے کا شدید جل جانا، جلد کی شدید سوزش پیدا کرنے والی بیماریاں اور پسینے کے فعل میں خرابی کی کچھ شانونادر قسمیں)۔	
شدید ماحولیاتی درجہ حرارت پر جسمانی فعل میں حقیقی کمی (جیسے advanced multiple sclerosis)۔	
شدید ماحولیاتی درجہ حرارت کے لیے نہایت حساس ہونا جس کی وجہ سے درد یا کسی اور طرح کی بے آرامی بڑھ جائے یا پیچیدگیوں کا خطرہ بڑھ جائے (جیسے ایک عضو میں پیچیدہ دائمی درد کا مرض، اور دماغ اور دل کے علاوہ دوسرے اعضا کو خون کی فراہمی میں شدید کمی)۔	
اہلیت کی ثانوی شرائط (کم از کم ایک شرط چنیں)	نشان لگانے کے لیے خانہ
حرکت کی اہلیت کا شدید فقدان جیسے گردن سے نیچے پورے جسم کے فالج یا ٹانگوں اور نچلے دھڑ کے فالج میں ہوتا ہے، بالخصوص کمر کے درمیانی حصے (T7) سے اوپر، جس کے نتیجے میں شارکی نظام عصبی کا کنٹرول ختم ہو جانے کی وجہ سے انسان اپنا جسمانی درجہ حرارت برقرار نہ رکھ سکتا ہو۔	
پسینہ آنے، دل کی دھڑکن یا بلڈ پریشر کے خود بخود درست چلنے والے فعل میں شدید کمی کا ثبوت۔	
شدید ماحولیاتی درجہ حرارت میں جسمانی فعل میں کمی یا بیماری کی کیفیت میں نمایاں شدت آنے کا ثبوت۔	

پرائیویسی کا بیان

میں اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ اس درخواست میں دی گئی تمام معلومات میرے بہترین علم کے مطابق درست اور سچ ہیں۔ میں رضامند ہوں کہ درخواست گزار کی انرجی کی کمپنی اور ڈیپارٹمنٹ اس فارم میں فراہم کردہ ذاتی تفصیلات اور صحت کی تفصیلات کے درست ہونے کی تصدیق کرنے کے لیے مجھ سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

تاریخ:

میڈیکل پریکٹیشنر کے دستخط:

یہ فارم جمع کروانے کا طریقہ

مکمل کیا ہوا فارم اپنی بجلی کی کمپنی کو بھیجیں۔