

एनएसडबल्यू लाइफ़ सपोर्ट रिबेट



आवेदन फ़ॉर्म: ख़ुदरा विक्रेता के ग्राहक

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



एनएसडबल्यू लाइफ़ सपोर्ट रिबेट आपको अपने बिजली के बिलों का भुगतान करने में सहायता करता है, यदि आप या आपके साथ रहने वाला कोई व्यक्ति घर पर किसी स्वीकृत एनर्जी-इंटेंसिव (अत्यधिक ऊर्जा का उपयोग करने वाले) उपकरण का उपयोग करता है।

रिबेट प्राप्त करते रहने के लिए हर 2 साल में एक नया आवेदन करने और आपके डॉक्टर की हस्ताक्षर की हुई चिकित्सा संबंधी घोषणा की आवश्यकता होती है।

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

शुरू करने से पहले

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

आपका व्यक्तिगत विवरण और संपर्क विवरण

इस फ़ॉर्म 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 ख़ुदरा विक्रेता का विवरण।

जाँचसूची

पात्रता के मापदंड

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

वर्तमान में आप एनएसडबल्यू में रह रहे हैं

आपको ख़ुदरा विक्रेता का ग्राहक होना चाहिए, और आपके मुख्य निवास स्थान पर बिजली की आपूर्ति के लिए बिजली का खाता आपके नाम पर होना चाहिए और उस निवास स्थान पर आप या वहाँ रहने वाला कोई अन्य व्यक्ति किसी अनुमोदित जीवन-रक्षक उपकरण का, जिसका विवरण पृष्ठ 7 पर दिया गया है, प्रयोग करता है और

यह सत्यापित करने के लिए कि आवेदक के मुख्य निवास स्थान पर किसी अनुमोदित जीवन-रक्षक उपकरण का प्रयोग किया जाना आवश्यक है, डिपार्टमेंट द्वारा प्रदान किया गया एक वैध आवेदन फ़ॉर्म जमा करना होगा, जिस पर किसी पंजीकृत चिकित्सक (जो आवेदक नहीं है) ने हस्ताक्षर किए हों।

आवेदन फॉर्म: खुदरा विक्रेता के ग्राहक

महत्वपूर्ण जानकारी

पात्र आवेदकों को रिबेट का भुगतान प्रयोग किए गए अनुमोदित जीवन सहायक उपकरण के प्रकार के आधार पर पृष्ठ 7 पर निर्दिष्ट दैनिक दर/दरों पर किया जाता है और यह उस दिनांक से लागू होता है, जिस दिनांक को आपकी बिजली के खुदरा विक्रेता को आपका आवेदन प्राप्त होता है। रिबेट की राशि हर तिमाही आपके बिजली के खाते में जमा की जाएगी और आपके बिल में दर्शाई जाएगी। आपको हर 2 साल में, एक नया आवेदन देना होगा और पृष्ठ 5 और 6 पर दिया गया मेडिकल डिक्लेरेशन अपने डॉक्टर से हस्ताक्षर करवा कर देना होगा। यदि आप अपना खुदरा विक्रेता बदलते हैं तो आपको रिबेट के लिए एक नया आवेदन जमा करना होगा - आप रिबेट के अपने नए आवेदन के साथ उसी मेडिकल डिक्लेरेशन का पुनः प्रयोग कर सकते हैं यदि वह 2 वर्ष से कम पुराना है। अपनी लाइफ़सपोर्ट रिबेट (LifeSupport Rebate) 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 पर जाएँ 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।

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।

कोई व्यक्ति जो इस फॉर्म में व्यक्तिगत या स्वास्थ्य संबंधी जानकारी देता है उसे इस बात का अधिकार है कि वह डिपार्टमेंट से उस जानकारी को प्राप्त कर सके और अनुरोध कर सके कि डिपार्टमेंट उस जानकारी को नवीनतम या संशोधित करे। अधिक जानकारी के लिए rebates@energysaver.nsw.gov.au पर ईमेल भेजें।

एनएसडबल्यू लाइफ़ सपोर्ट रिबेट



आवेदन फ़ॉर्म: ख़ुदरा विक्रेता के ग्राहक

इस फ़ॉर्म को भरना

- कृपया फ़ॉर्म 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

नाम का पहला शब्द:

कुलनाम:

आवास 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 ख़ुदरा विक्रेता का विवरण

बिजली के ख़ुदरा 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

फ़ोन 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 यह आवेदन हस्ताक्षर किए जाने के बाद तब तक वैध रहेगा, जब तक कि मैं अपने खुदरा विक्रेता से संपर्क करके इसे रद्द नहीं कर देता/देती।

पाँवर ऑफ अटॉर्नी (जब आवेदन पर पाँवर ऑफ अटॉर्नी केअंतर्गत हस्ताक्षर किए गए हैं)

मैंने इस आवेदन केसाथ पाँवर ऑफ अटॉर्नी की प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न की है।

आवेदक के हस्ताक्षर:

दिनांक:

एनएसडबल्यू लाइफ़ सपोर्ट रिबेट



आवेदन फॉर्म: खुदरा विक्रेता के ग्राहक

चिकित्सीय घोषणा

रोगी का विवरण

लाइफ़ सपोर्ट उपकरण का प्रयोग करने वाले रोगी का नाम:

रोगी का पता:

दिन के समय रोगी से संपर्क करने के लिए नंबर:

मैं इस आवेदन से संबंधित अपने मेडिकल रिकॉर्ड अपने एनर्जी के खुदरा विक्रेता और डिपार्टमेंट को देने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ, यदि उन्हें इस रिबेट को प्रदान करने और लागू कर पाने की अपनी ज़िम्मेदारी को पूरा करने के लिए इनकी 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 फ़ॉर्म: ख़ुदरा विक्रेता के ग्राहक

रोगी के लिए निर्धारित किया गया स्वीकृत जीवन-रक्षक उपकरण

रोगी के चिकित्सा-व्यवसायी को नीचे दिए गए खानों में से उचित जाँच खाने/खानों को चुनना होगा। स्वीकृत जीवन-रक्षक उपकरण के बारे में अधिक जानकारी के लिए पृष्ठ 7 देखें।

चिकित्सा-व्यवसायी के द्वारा घोषणा

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी को निम्नलिखित का उपयोग करने की आवश्यकता है:

निशान लगाने के लिए खाने	उपकरण	प्रयोग करने संबंधी टिप्पणी
	ऑक्सीजन कॅन्सेंट्रेटर (पूरे समय के लिए)	मशीन का प्रयोग दिन में लगातार 24 घंटे के लिए किया जाता है
	ऑक्सीजन कॅन्सेंट्रेटर (थोड़े समय के लिए)	मशीन का प्रयोग दिन में 24 घंटे से कम समय के लिए किया जाता है (थोड़े समय के लिए)
	पॉज़िटिव एअरवे प्रेशर डिवाइस (पूरे समय के लिए)	मशीन का प्रयोग दिन में लगातार 24 घंटे के लिए किया जाता है
	पॉज़िटिव एअरवे प्रेशर डिवाइस (थोड़े समय के लिए)	मशीन का प्रयोग दिन में 24 घंटे से कम समय के लिए किया जाता है (थोड़े समय के लिए)
	एंटरल फ़ीडिंग पम्प	—
	हृदय के लिए बाहरी पम्प	—
	घर पर डायलिसिस	—
	फ़ोटोथेरेपी	—
	पॉवर से चलने वाली चार पहियों की कुर्सी	रोगी क्वाड्रिप्लेजिक (गर्दन से नीचे पूरे शरीर के पक्षाघात से ग्रस्त) की श्रेणी में होना चाहिए नोट: इसमें मोबिलिटी स्कूटर शामिल नहीं है
	टोटल पैरेंटरल न्यूट्रिशन पम्प	—
	वेंटिलेटर	नोट: इसमें नेब्युलाइज़र, ह्यूमिडिफ़ायर या वेपोराइज़र शामिल नहीं हैं

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 ख़ुदरा विक्रेता और डिपार्टमेंट इस फ़ॉर्म 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:

एनएसडबल्यू लाइफ सपोर्ट रिबेट



आवेदन फॉर्म: खूदरा विक्रेता के ग्राहक

स्वीकृत जीवन-रक्षक उपकरण

उपकरण का प्रकार	उपकरणों के उदाहरण*	Daily rate (excludes GST)
ऑक्सीजन कंसेंट्रेटर (पूरे समय के लिए)	Devilbiss आदि	\$3.11 (मशीन का प्रयोग दिन में लगातार 24 घंटे के लिए किया जाना चाहिए)
ऑक्सीजन कंसेंट्रेटर (थोड़े समय के लिए)	Devilbiss आदि	\$1.85 (मशीन का प्रयोग दिन में 24 घंटे से कम समय के लिए किया जाता है)
पॉज़िटिव एअरवे प्रेशर डिवाइस (पूरे समय के लिए)	लगातार पॉज़िटिव एअरवे प्रेशर, दो-स्तरीय या परिवर्तनशील पॉज़िटिव एअरवे प्रेशर	\$0.71 (मशीन का प्रयोग दिन में लगातार 24 घंटे के लिए किया जाना चाहिए)
पॉज़िटिव एअरवे प्रेशर डिवाइस (थोड़े समय के लिए)	लगातार पॉज़िटिव एअरवे प्रेशर, दो-स्तरीय या परिवर्तनशील पॉज़िटिव एअरवे प्रेशर	\$0.36 (मशीन का प्रयोग दिन में 24 घंटे से कम समय के लिए किया जाता है)
एंटरल फ्रीडिंग पम्प	Kangaroo ePump Companion-Abbott Flexiflow Patrol Enteral Pump	\$0.44
हृदय के लिए बाहरी पम्प	बाँयी ओर के वेंट्रिकुलर में सहायता के लिए (लेफ्ट वेंट्रिकुलर असिस्ट डिवाइस)	\$0.11
घर पर डायलिसिस	हेमोडायलिसिस या पेरिटोनियल स्वचालित साइकलर मशीनें - उदाहरण के लिए: Fresenius, Gambro, Baxter	\$1.54
फोटोथेरेपि उपकरण	नीली रोशनी से थेरेपि	\$3.68
क्वाड्रिप्लिजिकों के लिए पॉवर से चलने वाली चार पहियों की कुर्सी नोट: इसमें मोबिलिटी स्कूटर शामिल नहीं हैं	क्विकी (Quickie), जिपी (Zippie), आदि	\$0.30
टोटल पैरेंटरल न्यूट्रिशन पम्प	Volumatic पम्प Flowguard पम्प	\$0.84
वेंटिलेटर नोट: इसमें नेब्युलाइज़र, ह्यूमिडिफ़ायर या वेपोराइज़र शामिल नहीं हैं	LTV सिरीज़, Breas, PLV-100 etc, Iron Lung	\$3.68

*प्रत्येक उपकरण के सामने ब्राण्ड नामों की सूची केवल जानकारी के लिए शामिल की गई है और इसमें सभी ब्राण्ड शामिल नहीं हैं।

इस फ़ॉर्म को जमा करना

अपना भरा हुआ फ़ॉर्म अपने एनर्जी के खूदरा विक्रेता के पास भेजें।