

申请表：能源零售商客户

如果一户家庭收到的能源账单来自其自选的能源零售商，可以使用本申请表。

\$285



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。

如果你对这项返款有任何疑问，可联系能源零售商查询。

## 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妥的执业医生声明书（PDF 或 JPEG 格式）。执业医生声明书见第 5 页；
- 能源零售商详情。

## 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；
- 是电力零售商的客户，并且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生（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 7 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：能源零售商客户

## 重要信息

向符合条件的申请人支付的返款金额自电力零售商收到你的申请之日起按每日费率计算。返款金额将计入你的电力账户，并在电费账单中列出。你将每年收到\$285 返款，折算每季度约为\$71。

只要你仍然符合资格条件，返款金额将继续记入你的能源账户。如果更换电力零售商，你必须重新申请返款，同时提供一份由你的医生重新签署的医疗证明。

如果您对医疗能源费返款计划有任何疑问，应首先联系能源零售商查询。

**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](http://www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance) 或者

联系新南威尔士州政府服务中心，电话：137 788

## 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) 规定管理你的个人资料和信息。

你的能源零售商和本部门出于处理你的能源费返款申请（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）等目的而需要收集你的个人资料。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，允许你向能源零售商和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。

你的能源零售商将向联邦民政服务部披露你的 CRN 或 DVA 编号，以评估决定你是否有资格获取返款。你的能源零售商和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资料。除非法律授权，否则你的能源零售商和本部门不会向任何他人披露你的个人资料。

申请本项返款完全属于自愿行为。但是，你一旦决定申请，则必须提供能源零售商直接向你索取的个人资料，以便零售商处理你的申请，除非另有说明。

你有权调取查阅本部门收集保存的与你个人有关的资料。你同时有权要求本部门更新或修改你的个人资料。查询详情可发送电邮至：[rebates@energysaver.nsw.gov.au](mailto:rebates@energysaver.nsw.gov.au)

申请表：能源零售商客户

## 填写申请表注意事项

- 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。

## 申请人详情

CRN 编号 (联邦民政服务部) :

DVA 编号 (退伍军人事务部) :

名:

姓:

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:

## 电力零售商详情

电力零售商名称:

电力账户持有人姓名:

电力账户号码:

全国电表识别号码 (NMI):

NMI 号码可在你的电费账单上找到。这组号码以 4 开头，总共 11 位数字，不含字母或符号。如果找不到 NMI 号码，你只需将完整的帐单副本随本申请表一起递交即可。我们会填报相关的资料。

申请表：能源零售商客户

## 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：

- 与我的能源零售商联系，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，本同意仅授予指定代理人可就本项申请相关事务行事的权力，指定代理人无权就本人与电力零售商有关的电力账户作出任何行为。

我明白，我可以随时联系我的能源零售商撤销本同意。

## 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，我有责任通知能源零售商。
- 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始终有效，直至我联系能源零售商要求予以撤销。
- 我明白，能源零售商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。

### 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：

申请表：能源零售商客户

## 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，我同意可向申请人的能源零售商和新南威尔士州规划、工业和环境部披露与申请事务相关的本人病历记录，以便他们履行交付和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：

# 医疗能源费返款



申请表：能源零售商客户

## 医疗评估

符合这项返款条件的病患必须经过注册执业医生诊断评估，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）。

### 执业医生声明

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。

我同意申请人的能源零售商和新南威尔士州规划、工业和环境部可与我联系，确认本表格中填报的个人以及医疗健康资料的准确性。

执业医生签名：

日期：

## 递交申请表

请将填妥的申请表送交给你的能源零售商。