

此表格供收到自選零售商發出的電費單的居民使用。

\$285



如果你或與你同住的人確診在處於極熱或極冷的環境溫度時無法自我調節體溫，新州醫療能源回扣計劃可幫助你支付電費。要符合回扣資格，你需要接受醫療診斷，證明你無法自我調節體溫。

如果你對這項回扣有任何疑問，請聯絡你的能源零售商。

開始填寫之前

填寫此申請表之前，請確保你已經準備好：

- 你的客戶參考編號 (CRN – 由澳洲民政服務部發出) 或退伍軍人事務部 (DVA) 編號
- 你的個人資料和聯絡方式
- 連同本表格需上載一份執業醫師聲明(PDF/JPEG 格式) (執業醫師聲明列於第 5 頁)
- 你的能源零售商的詳細資料

清單

資格準則

要符合獲得此回扣的資格，你必須：

- 目前是新州居民
- 是零售商的客戶，而且是申請人主要住所的電力帳戶的持有人
- 遞交一份本部門提供的有效申請表，申請表經由註冊醫生（非申請人本人）簽署，證明賬單上指定的客戶或居住在該住所的其他人根據第 6 頁的醫療聲明中的條件，定義為無法自我調節體溫，及
- 持有由澳洲民政服務部/DVA 發出的養老金領取者優惠卡，澳洲民政服務部保健卡，或 DVA 金卡

聯邦長者保健卡 (Commonwealth Seniors Health Card) 持有人不符合申領此回扣的資格。如果你持有 CSHC，你可以在線申請長者能源回扣 (Seniors Energy Rebate)：

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

申請表：零售商供電客戶

重要信息

符合條件的申請人的回扣按每日費率計算，並自電力零售商收到你的申請之日起適用。回扣將計入你的電費賬戶並顯示在你的賬單上。你每年將收到\$285，或每季度大約\$71。

只要你仍然符合資格，回扣將繼續適用於你的帳戶。如果你更換電力零售商，你需要填寫一份新的申請，包括由你的醫生重新簽署的醫療聲明。

任何有關你的醫療能源回扣 (Medical Energy Rebate) 的問題都應首先向你的零售商查詢。

如果你受人委託根據授權書遞交此申請，則必須隨此申請表附上經認證的授權書副本。

更多資訊

瀏覽 Service NSW 網站：www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance 或致電新州服務部 (Service NSW)：137 788

隱私聲明

規劃、工業和環境部 (以下簡稱本部門) 位於 4 Parramatta Square, 12 Darcy Street, Parramatta NSW 2150，在管理你的個人信息時受《1998 年隱私及個人信息保護法》的約束。

你的能源零售商和本部門正在收集你的個人信息，以便處理你的能源回扣申請 (包括評估你的資格)、在你符合資格時向你支付回扣、管理能源回扣計劃和審核回扣計劃，其中可能包括調查客戶體驗。在填寫此表格時，你可能會提供其他人士的個人信息。在你提供此信息之前，你必須得到該人士同意，允許你向能源零售商和本部門披露他們的信息並由能源零售商和本部門根據本隱私聲明使用該信息。

你的能源零售商將向澳洲民政服務部披露你的 CRN 或 DVA 編號，以確定你是否合資格獲得回扣。你的能源零售商及本部門可能會將你的個人信息披露給受聘對回扣進行審計的第三方。除非法律授權，否則能源零售商和本部門不會向任何其他人士披露你的個人信息。

申請此回扣純屬自願。但如果你決定申請，除非另有說明，否則你必須向能源零售商提供所有直接向你索取的個人信息，以便零售商處理你的申請。

你有權索取部門持有的有關你的個人信息。你也有權要求部門更新或修改這些信息。如需更多詳細資料，請發送電子郵件至：rebates@energysaver.nsw.gov.au。

申請表：零售商供電客戶

填寫此表格

- 請使用英文大寫字母填寫表格。
- 申請人姓名必須與能源費單/發票上列印的姓名相同。
- 申請表列出的地址必須是申請人的主要居所的地址。

申請人詳情

CRN (澳洲民政服務部)：

DVA 編號：

名字：

姓氏：

街名：

地區：

郵政編碼：

聯絡電話號碼：

電子郵件地址：

郵政地址 (若與以上地址不同)：

地區：

郵政編碼：

電力零售商詳情

電力零售商名稱：

電力賬戶持有人姓名：

電力賬號：

國家儀表標識符 (NMI) 編號：

你的 NMI 編號刊於電費單上，以 4 字開頭，共 11 位數字，沒有字母或符號。如果你找不到你的 NMI 編號，請隨本申請發送一份完整的賬單副本，我們將為你加上資料。

申請表：零售商供電客戶

同意他人代表你行事（可選）

如果你希望委託他人代表你處理申請，請填寫此部份，否則無需填寫。

本人授權

電話號碼

- 代表我與能源零售商通話以協助處理此申請
- 澄清在此表格中提供的任何信息，以協助處理此申請。

我已與上述指定人士確認他們同意代表我行事，並已向他們告知，他們的信息將根據本表格中的隱私聲明收集和管理。

我明白此同意書僅適用於本申請，並不適用於我在零售商開立的電力賬戶，亦與我在零售商開立的電力賬戶無關。

我明白我可以隨時聯絡我的能源零售商撤回此同意書。

申請人聲明及授權聲明

本人（填寫姓名）

地址（填寫主要住所）

- 已閱讀並理解本申請表中的所有信息，包括清單和隱私聲明
- 聲明本申請中提供的信息，據本人所知，均屬真實並且正確無誤
- 瞭解我有責任將我在此表格中提供的信息的任何更改通知我的零售商
- 同意根據要求提供有關我的資格的其他信息
- 瞭解此申請一經簽署，將一直有效，除非我聯絡零售商撤回申請
- 瞭解我的零售商將使用澳洲民政服務部電子服務（**Services Australia eServices**）查詢我的澳洲民政服務部客戶詳細信息和優惠卡情況，以便零售商確定我是否合資格獲得回扣。

授權書（若申請書按授權書簽署）

我已隨此申請表附上經認證的授權書副本。

申請人簽名：

日期：

申請表：零售商供電客戶

醫療聲明

患者詳細資料

患者姓名：

患者地址：

患者日間聯絡電話號碼：

本人同意，如有需要可向申請人的能源零售商以及規劃、工業和環境部發放與此申請相關的醫療記錄，以便零售商和部門履行管理此回扣的責任。我已閱讀並瞭解隱私聲明。

患者簽署：

日期：

執業醫師詳情

患者的執業醫師須填寫本部份。

醫師姓名：

醫療服務提供者編號：

患者接受評核地點（醫院/診所/診所）：

患者接受評核地點電話號碼（醫院/診所/診所）：

申請表：零售商供電客戶

醫療評估

為符合此回扣的標準，患者必須由已為其診治至少 3 個月的註冊醫療專業人員進行評估，確認患者：

- 無法自我調節體溫，並且
- 患有病症列表中四種第一類病症的其中一種，以及三種第二類病症的其中一種。

執業醫師聲明

本人證明該患者無法自我調節體溫。我已經診治患者至少 3 個月/該患者已在新州偏遠和區域地區的皇家飛行醫生服務處接受了至少 3 個月的治療，並且患有以下列表中四種第一類病症的其中一種，以及三種第二類病症的其中一種：

合資格的第一類病症（最少選擇一項）	選框
自主神經系統功能障礙（自主神經系統受損，例如嚴重的脊髓損傷、中風、腦損傷和神經退化性疾病）。	
皮膚完整性受損或失去出汗能力（例如全身超過 20% 的嚴重燒傷、嚴重的炎症性皮膚病和一些罕見的出汗障礙）。	
在極端環境溫度下生理功能客觀性降低（例如晚期多發性硬化症）。	
對極端環境溫度超敏反應，導致疼痛或其他不適增加或併發症風險增加（例如複雜的局部疼痛綜合症和晚期外週血管疾病）。	
合資格的第二類病症（最少選擇一項）	選框
嚴重行動障礙，例如四肢癱瘓或高位截癱，特別是在胸中段 (T7) 以上，由於交感神經系統失去控制，導致體溫自我調節出現問題。	
出汗、心率或血壓的自我調節能力顯著喪失。	
在極端環境溫度下，生理功能喪失或臨床狀況顯著惡化。	

隱私聲明

本人聲明，本申請中提供的所有信息，據本人所知，均屬真實並且正確無誤。

本人同意申請人的能源零售商及部門可與我聯絡，確認此表格中提供的個人和健康信息的準確性。

執業醫師簽署：

日期：

遞交表格

將填妥的申請表送到你的能源零售商。