

Έντυπο αίτησης: Πελάτες λιανικής παροχής ενέργειας

Το παρόν έντυπο προορίζεται για χρήση από κατοίκους που λαμβάνουν λογαριασμό ενέργειας από εταιρεία λιανικής παροχής της επιλογής τους.

\$285



Η Ιατρική Ενεργειακή Έκπτωση NNO σας βοηθά να πληρώνετε τους λογαριασμούς σας ηλεκτρικού ρεύματος εάν εσείς ή κάποιος που ζει μαζί σας έχει διαγνωστεί ότι αδυνατεί να ρυθμίσει ο ίδιος τη θερμοκρασία του σώματός του όταν εκτίθεται σε εξαιρετικά υψηλές ή χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες. Για να δικαιούστε την έκπτωση, θα χρειαστεί να έχετε ιατρική διάγνωση ότι δεν μπορείτε να ρυθμίσετε μόνοι σας τη θερμοκρασία του σώματός σας.

Επικοινωνήστε με την εταιρεία σας λιανικής παροχής ενέργειας εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με αυτή την έκπτωση.

Πριν ξεκινήσετε

Πριν συμπληρώσετε αυτή την αίτηση, βεβαιωθείτε ότι έχετε:

τον αριθμό σας μητρώου πελάτη (CRN – που εκδίδεται από την Services Australia) ή τον αριθμό σας του Department of Veterans' Affairs (DVA)

τα προσωπικά σας στοιχεία και τα στοιχεία επικοινωνίας σας

μια υπογεγραμμένη και συμπληρωμένη δήλωση γιατρού (υπό μορφή PDF/JPEG) προς αποστολή με αυτό το έντυπο (η δήλωση γιατρού βρίσκεται στη σελίδα 5 παρακάτω)

τα στοιχεία της εταιρείας σας λιανικής παροχής ενέργειας.

Λίστα ελέγχου

Κριτήρια επιλεξιμότητας

Για να δικαιούστε αυτή την έκπτωση, πρέπει:

να είστε τώρα κάτοικος της NNO

να είστε πελάτης της εταιρείας, και να κατονομάξετε στο λογαριασμό ηλεκτρικού ρεύματος για την παροχή στην κύρια κατοικία του αιτούντος

να υποβάλετε έγκυρο έντυπο αίτησης που παρέχεται από το Υπουργείο, υπογεγραμμένο από εγγεγραμμένο γιατρό (ο οποίος δεν είναι ο αιτών) για να επαληθεύσει ότι ο πελάτης που κατονομάζεται στο λογαριασμό ή άλλο πρόσωπο που διαμένει στην κατοικία αδυνατεί να ρυθμίσει το ίδιο τη θερμοκρασία του σώματός του όπως ορίζεται από τις απαιτούμενες προϋποθέσεις στην ιατρική δήλωση στη σελίδα 7, και

να είστε κάτοχος Κάρτας Εκπτώσεων Συνταξιούχου (Pensioner Concession Card) που έχει εκδοθεί από την Services Australia ή το DVA, Κάρτας Υγειονομικής Περίθαλψης (Health Care Card) της Services Australia, ή Χρυσής Κάρτας DVA (DVA Gold Card).

Οι κάτοχοι Κοινοπολιτειακής Κάρτας Υγείας Ηλικιωμένων (CSHC) δεν είναι δικαιούχοι γι' αυτή την έκπτωση. Αν είστε κάτοχος CSHC, μπορείτε, αντί αυτού, να υποβάλετε αίτηση για την Ενεργειακή Έκπτωση Ηλικιωμένων (Seniors Energy Rebate) διαδικτυακά στη διεύθυνση:

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

Έντυπο αίτησης: Πελάτες λιανικής παροχής ενέργειας

Σημαντικές πληροφορίες

Η έκπτωση για αιτούντες που πληρούν τις προϋποθέσεις υπολογίζεται ανάλογα με το ημερήσιο ποσό και ισχύει από την ημερομηνία παραλαβής της αίτησής σας από την εταιρεία ηλεκτρικής σας ενέργειας. Η έκπτωση θα πιστώνεται στο λογαριασμό σας ηλεκτρικού ρεύματος και θα αναγράφεται στο λογαριασμό σας. Θα λαμβάνετε \$285 ανά έτος ή περίπου \$71 ανά τρίμηνο.

Η έκπτωση θα συνεχίσει να ισχύει για το λογαριασμό σας εφόσον εξακολουθείτε να ικανοποιείτε τις προϋποθέσεις. Εάν αλλάξετε εταιρεία ηλεκτρικού ρεύματος, θα πρέπει να συμπληρώσετε μια νέα αίτηση, συμπεριλαμβάνοντας μια νέα υπογεγραμμένη ιατρική δήλωση από το γιατρό σας.

Τυχόν ερωτήσεις σχετικά με την Ιατρική Ενεργειακή Έκπτωση θα πρέπει πρώτα να απευθύνονται στην εταιρεία σας.

Εάν υποβάλλετε αυτή την αίτηση δυνάμει πληρεξουσίου πρέπει να επισυνάψετε επικυρωμένο αντίγραφο του πληρεξουσίου στην παρούσα αίτηση.

Περισσότερες πληροφορίες

Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα Service NSW στο:

www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance ή

Καλέστε την Service NSW: 137 788

Δήλωση Απορρήτου

Το Υπουργείο Σχεδιασμού, Βιομηχανίας και Περιβάλλοντος (το Υπουργείο), που βρίσκεται στη διεύθυνση 4 Parramatta Square, 12 Darcy Street, Parramatta NSW 2150, υπόκειται στο *Νόμο περί Απορρήτου και Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (Privacy and Personal Information Protection Act) του 1998* ως προς τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων.

Η εταιρεία που σας παρέχει ενέργεια και το Υπουργείο συλλέγουν τα προσωπικά σας δεδομένα για τους σκοπούς της επεξεργασίας της αίτησής σας για ενεργειακή έκπτωση (συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης της επιλεξιμότητάς σας), την πληρωμή έκπτωσης σε εσάς εάν τη δικαιούστε, τη διαχείριση του σχεδίου ενεργειακών εκπτώσεων και τον έλεγχο του προγράμματος εκπτώσεων, πράγμα που μπορεί να περιλαμβάνει έρευνα για τις εμπειρίες των πελατών. Κατά τη συμπλήρωση αυτού του εντύπου, μπορείτε να παράσχετε τα προσωπικά στοιχεία ενός άλλου ατόμου. Πριν παράσχετε αυτές τις πληροφορίες, πρέπει να ζητήσετε τη συγκατάθεση του συγκεκριμένου ατόμου προκειμένου να αποκαλύψετε τα στοιχεία του στην εταιρεία που σας παρέχει ενέργεια και στο Υπουργείο, και για να χρησιμοποιηθούν αυτά σύμφωνα με την παρούσα Δήλωση Απορρήτου.

Η εταιρεία που σας παρέχει ενέργεια θα αποκαλύψει τον αριθμό CRN ή DVA σας στην Services Australia για να διαπιστωθεί εάν δικαιούστε την έκπτωση. Η εταιρεία που σας παρέχει ενέργεια και το Υπουργείο μπορεί να αποκαλύψουν τα προσωπικά σας στοιχεία σε έναν τρίτο που έχει αναλάβει τη διενέργεια ελέγχου της έκπτωσης. Η εταιρεία που σας παρέχει ενέργεια και το Υπουργείο δεν θα αποκαλύψουν τα προσωπικά σας στοιχεία σε κανέναν άλλο εκτός εάν εξουσιοδοτηθούν από το νόμο.

Η αίτηση για την εν λόγω έκπτωση είναι εθελοντική. Ωστόσο, εάν αποφασίσετε να υποβάλετε αίτηση, εκτός αν αναφέρεται διαφορετική οδηγία, όλα τα προσωπικά στοιχεία που ζητήθηκαν απευθείας από εσάς πρέπει να παρασχεθούν στην εταιρεία που σας παρέχει ενέργεια, προκειμένου να επεξεργαστεί η εταιρεία σας την αίτησή σας.

Έχετε το δικαίωμα πρόσβασης στα προσωπικά δεδομένα που κατέχει το Υπουργείο για εσάς. Έχετε επίσης το δικαίωμα να ζητήσετε από το Υπουργείο ενημερώσεις ή τροποποιήσεις αυτών των πληροφοριών. Για περαιτέρω λεπτομέρειες, στείλτε email στη διεύθυνση:

rebates@energysaver.nsw.gov.au.

Έντυπο αίτησης: Πελάτες λιανικής παροχής ενέργειας

Συμπλήρωση του παρόντος εντύπου

- Συμπληρώστε το έντυπο στα Αγγλικά με ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα.
- Το όνομα του αιτούντος πρέπει να είναι ακριβώς το ίδιο με το όνομα που είναι εκτυπωμένο στο λογαριασμό/τιμολόγιό σας ενέργειας.
- Η διεύθυνση που περιλαμβάνεται στην αίτηση πρέπει να είναι ο κύριος τόπος κατοικίας του αιτούντος.

Στοιχεία αιτούντος

Αριθμός CRN (Services Australia):

Αριθμός DVA:

Κύριο όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση οδού:

Προάστιο:

Ταχυδρομικός κώδικας:

Αριθμός τηλεφώνου για επικοινωνία:

Διεύθυνση email:

Ταχυδρομική διεύθυνση (αν διαφέρει από την παραπάνω):

Προάστιο:

Ταχυδρομικός κώδικας:

Στοιχεία εταιρείας ηλεκτρισμού

Όνομα εταιρείας ηλεκτρισμού:

Όνομα κατόχου λογαριασμού ηλεκτρισμού:

Αριθμός λογαριασμού ηλεκτρισμού:

Εθνικός κωδικός αριθμός μετρητή (NMI):

Ο αριθμός σας NMI αναγράφεται στο λογαριασμό σας ηλεκτρικού ρεύματος. Ξεκινά με τον αριθμό 4 και έχει 11 ψηφία, χωρίς γράμματα ή σύμβολα. Εάν δεν μπορείτε να εντοπίσετε τον αριθμό σας NMI, στείλτε ένα πλήρες αντίγραφο του λογαριασμού σας με αυτή την αίτηση και θα προσθέσουμε εμείς τις πληροφορίες για εσάς.

Έντυπο αίτησης: Πελάτες λιανικής παροχής ενέργειας

Συναίνεση για να ενεργεί ένα άτομο εκ μέρους σας (προαιρετικό)

Συμπληρώστε αυτό το τμήμα μόνο εάν θέλετε να ενεργεί κάποιος εκ μέρους σας σε σχέση με αυτή την αίτηση.

Εξουσιοδοτώ τον/την _____, με τον οποίο/την οποία
μπορείτε να επικοινωνήσετε τηλεφωνικώς στον αριθμό _____ για να:

- ομιλήσει στην εταιρεία που μου παρέχει ενέργεια εκ μέρους μου ώστε να βοηθήσει στην επεξεργασία αυτής της αίτησης
- διευκρινίσει τυχόν πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν έντυπο ώστε να βοηθήσει στην επεξεργασία αυτής της αίτησης.

Έχω επιβεβαιώσει με το ανωτέρω κατονομαζόμενο πρόσωπο ότι συμφωνεί να ενεργεί εκ μέρους μου και το ενημέρωσα ότι η συλλογή και η διαχείριση των στοιχείων του θα γίνεται σύμφωνα με τη Δήλωση Απορρήτου στο παρόν έντυπο.

Κατανοώ ότι αυτή η συγκατάθεση παρέχεται μόνο για να ενεργεί το πρόσωπο σε σχέση με αυτή την αίτηση και δεν παρέχεται για να ενεργεί εξ ονόματός μου ή σε σχέση με το λογαριασμό μου ηλεκτρικού ρεύματος με την εταιρεία μου λιανικής παροχής.

Κατανοώ ότι μπορώ να αποσύρω αυτή τη συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή επικοινωνώντας με την εταιρεία που μου παρέχει ενέργεια.

Δήλωση αιτούντος και εξουσιοδότηση

Εγώ (συμπληρώστε όνομα),

διεύθυνση (συμπληρώστε

κύριο τόπο κατοικίας)

:

- έχω διαβάσει και κατανοήσει όλες τις πληροφορίες στο παρόν έντυπο αίτησης, συμπεριλαμβανομένης της Λίστας Ελέγχου και της Δήλωσης Απορρήτου
- δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρείχα σ' αυτή την αίτηση είναι, από ό,τι γνωρίζω, αληθείς και ορθές
- κατανοώ ότι είναι δική μου ευθύνη να ειδοποιώ την εταιρεία μου λιανικής παροχής για τυχόν αλλαγές στις πληροφορίες που έχω παράσχει στο παρόν έντυπο
- συμφωνώ να δώσω πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την επιλεξιμότητά μου αν μου ζητηθούν
- κατανοώ ότι αυτή η αίτηση, μόλις υπογραφεί, παραμένει σε ισχύ, εκτός αν την αποσύρω επικοινωνώντας με την εταιρεία μου λιανικής παροχής
- κατανοώ ότι η εταιρεία που μου παρέχει ενέργεια θα χρησιμοποιήσει τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες (eServices) της Services Australia για να διενεργήσει έρευνα στην Services Australia όσον αφορά τα στοιχεία μου ως πελάτη της Services Australia και την κατάσταση της κάρτας μου εκπτώσεων, ώστε να επιτρέψει στην εταιρεία μου να προσδιορίσει εάν πληρώ τις προϋποθέσεις για την έκπτωση.

Πληρεξούσιο (όταν η αίτηση υπογράφεται δυνάμει πληρεξουσίου)

Έχω επισυνάψει το επικυρωμένο αντίγραφο του πληρεξουσίου στην παρούσα αίτηση.

Υπογραφή αιτούντος:

Ημερομηνία:

Ιατρική δήλωση

Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς:

Διεύθυνση ασθενούς:

Αριθμός επικοινωνίας ασθενούς κατά τις εργάσιμες ώρες:

Συμφωνώ στην κοινοποίηση των ιατρικών μου αρχείων που σχετίζονται με αυτή την αίτηση στην εταιρεία λιανικής παροχής ενέργειας του αιτούντος και στο Υπουργείο εάν απαιτείται στο πλαίσιο των υποχρεώσεών τους για την παροχή και διαχείριση αυτής της έκπτωσης. Έχω διαβάσει και κατανοήσει τη Δήλωση Απορρήτου.

Υπογραφή ασθενούς:

Ημερομηνία:

Στοιχεία γιατρού

Αυτό το τμήμα πρέπει να συμπληρωθεί από το γιατρό του ασθενούς.

Όνομα γιατρού:

Αριθμός παρόχου:

Όνομα υπηρεσίας όπου έγινε η αναθεώρηση της κατάστασης του ασθενούς (νοσοκομείο/κλινική/ιατρείο):

Αριθμός τηλεφώνου της υπηρεσίας όπου έγινε η αναθεώρηση της κατάστασης του ασθενούς (νοσοκομείο/κλινική/ιατρείο):

Έντυπο αίτησης: Πελάτες λιανικής παροχής ενέργειας

Ιατρική αξιολόγηση

Για να πληροί τα κριτήρια αυτής της έκπτωσης, ο ασθενής πρέπει να έχει αξιολογηθεί από εγγεγραμμένο γιατρό που τον παρακολουθεί για τουλάχιστον 3 μήνες, όπου ο ασθενής:

- δεν είναι σε θέση να ρυθμίσει ο ίδιος τη θερμοκρασία του σώματός του, και
- πληροί μία από τις τέσσερις κύριες προϋποθέσεις και μία από τις τρεις δευτερεύουσες προϋποθέσεις που παρατίθενται στον πίνακα.

Δήλωση γιατρού

Πιστοποιώ ότι ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα αυτορρύθμισης της θερμοκρασίας του σώματός του. Παρακολουθώ τον ασθενή για τουλάχιστον 3 μήνες/αυτός ο ασθενής έχει υποβληθεί σε θεραπεία από την υπηρεσία Royal Flying Doctor Service σε μια απομακρυσμένη και επαρχιακή περιοχή της ΝΝΟ για τουλάχιστον 3 μήνες και πληροί τουλάχιστον μία κύρια και μία δευτερεύουσα προϋπόθεση, όπως υποδεικνύεται σ' αυτό τον πίνακα:

Κύριες προϋποθέσεις (επιλέξτε τουλάχιστον μία)	Πλαίσιο ελέγχου
Δυσλειτουργία αυτόνομου συστήματος (ιατρικές παθήσεις στις οποίες έχει υποστεί βλάβη το αυτόνομο σύστημα, όπως σοβαρός τραυματισμός του νωτιαίου μυελού, εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλικό τραύμα και νευροεκφυλιστικές διαταραχές).	
Απώλεια της ακεραιότητας του δέρματος ή απώλεια της ικανότητας εφίδρωσης (π.χ. σημαντικά εγκαύματα μεγαλύτερης έκτασης από το 20% του σώματος, σοβαρές φλεγμονώδεις δερματικές παθήσεις και ορισμένες σπάνιες μορφές διαταραγμένης εφίδρωσης).	
Αντικειμενική μείωση των φυσιολογικών λειτουργιών σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες (π.χ. προχωρημένη σκλήρυνση κατά πλάκας).	
Υπερευαίσθησία σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες που οδηγούν σε αυξημένο πόνο ή άλλη ενόχληση ή αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών (π.χ. σύνδρομο σύνθετου περιφερειακού πόνου και προχωρημένη περιφερική αγγειοπάθεια).	
Δευτερεύουσες προϋποθέσεις (επιλέξτε τουλάχιστον μία)	Πλαίσιο ελέγχου
Σοβαρή ακινησία, όπως συμβαίνει με την τετραπληγία ή την υψηλού επιπέδου παραπληγία, ιδίως πάνω από τη μέση θωρακική μοίρα (T7), που καταλήγει σε προβλήματα με την αυτορρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος λόγω απώλειας ελέγχου του συμπαθητικού νευρικού συστήματος.	
Αποδεδειγμένη σημαντική απώλεια αυτόνομης ρύθμισης της εφίδρωσης, του καρδιακού ρυθμού ή της αρτηριακής πίεσης.	
Αποδεδειγμένη απώλεια φυσιολογικής λειτουργίας ή σημαντική επιδείνωση της κλινικής κατάστασης σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες.	

Δήλωση απορρήτου

Δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρείχα σ' αυτή την αίτηση είναι, από ό,τι γνωρίζω, αληθείς και ορθές.

Συναινώ να επικοινωνήσουν μαζί μου η εταιρεία λιανικής παροχής ενέργειας του αιτούντος και το Υπουργείο για να επιβεβαιώσουν την ακρίβεια των προσωπικών δεδομένων και των πληροφοριών υγείας που παρέχονται σε αυτό το έντυπο.

Υπογραφή γιατρού:

Ημερομηνία:

Υποβολή του παρόντος εντύπου:

Στείλτε το συμπληρωμένο σας έντυπο στην εταιρεία που σας παρέχει ενέργεια.