

Medical Energy Rebate



Formulario de solicitud: Clientes particulares

Este formulario es para los residentes que reciben una factura de energía de un proveedor de su elección.

\$285



El NSW Medical Energy Rebate le ayuda a pagar sus facturas de electricidad si usted o una persona que vive con usted recibió un diagnóstico que indica que no puede autorregular la temperatura de su cuerpo cuando se ve expuesto a temperaturas ambientes sumamente elevadas o frías. Para reunir las condiciones para el descuento deberá tener un diagnóstico médico que indique que no puede autorregular la temperatura de su cuerpo.

Contacte con su proveedor de energía si tiene preguntas sobre este descuento.

Antes de empezar

Antes de rellenar esta solicitud tenga a la mano los siguientes:

Su Número de Referencia del Cliente (CRN, emitido por Services Australia) o su número del Department of Veterans' Affairs (DVA)

sus datos personales y de contacto

una declaración rellena y firmada del médico (en formato PDF/JPEG) para cargar con este formulario (la declaración del médico se encuentra en la página 5 de este documento)

los datos de su proveedor de energía.

Lista de verificación

Requisitos

Para reunir las condiciones para este descuento, usted deberá:

ser actualmente residente de NSW

ser cliente del proveedor de electricidad, y figurar en la cuenta de electricidad por suministro al domicilio residencial principal del solicitante

presentar un formulario de solicitud válido suministrado por el Departamento, firmado por un médico registrado (que no sea el solicitante) para confirmar que el/la cliente nombrado/a en la cuenta, u otra persona que viva en la residencia, no puede autorregular la temperatura de su cuerpo, según lo definen las condiciones de los requisitos de la declaración médica de la página 7, y

ser titular de una Pensioner Concession Card (tarjeta de concesiones para pensionados) emitida por Services Australia/DVA, una Health Care Card (Tarjeta de beneficios de salud) de Services Australia o una Gold Card (tarjeta dorada) del DVA.

Los titulares de la Commonwealth Seniors Health Card (CSHC) no reúnen las condiciones para este descuento. Por el otro lado, si usted es titular de una CSHC, podrá solicitar el Seniors Energy Rebate (Descuento de las cuentas de energía para la tercera edad) por internet en: <https://www.service.nsw.gov.au/transaction/apply-seniors-energy-rebate>

Formulario de solicitud: Clientes particulares

Información importante

El descuento para los solicitantes que reúnan las condiciones se calcula en base a una tasa diaria, y se aplica a partir de la fecha en que el proveedor de electricidad reciba la solicitud. El descuento se acreditará a su factura de electricidad y se indicará en la factura. Recibirá \$285 por año, o aproximadamente \$71 por trimestre.

El descuento continuará aplicándose a su cuenta a condición de que usted siga reuniendo las condiciones. Si usted cambia de proveedor de electricidad será necesario que rellene una nueva solicitud, incluso una nueva declaración médica de su médico.

Dirija sus preguntas sobre el Medical Energy Rebate (descuento del costo de la energía para fines médicos) a su proveedor en primer lugar.

Si usted presenta esta solicitud con arreglo a un poder, debe adjuntar a la solicitud una copia certificada del poder.

Más información

Consulte la página web de Service NSW en: www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance o

Llame a Service NSW al: 137 788

Aviso de privacidad

El Department of Planning, Industry and Environment (el Departamento), sito en 4 Parramatta Square, 12 Darcy Street, Parramatta NSW 2150, está sujeto a la *Ley de privacidad y protección de la información personal de 1998* en la gestión de sus datos personales.

Su proveedor de energía y el Departamento recaban sus datos personales para tramitar su solicitud de un descuento del costo de la energía (lo que incluye determinar si usted reúne las condiciones), darle un descuento si reúne las condiciones, administrar el plan de descuentos del costo de la energía y realizar auditorías del programa de descuentos, lo que puede incluir encuestas de las experiencias del cliente. Al rellenar este formulario es posible que usted proporcione los datos personales de otra persona. Antes de proporcionar dicha información, deberá solicitar el consentimiento de esa persona para la divulgación de sus datos a su proveedor de energía y al Departamento, y para que tales datos se puedan utilizar de conformidad con este Aviso de privacidad.

Su proveedor de energía divulgará su CRN o su número de DVA a Services Australia para determinar si usted reúne las condiciones para recibir el descuento. Su proveedor de energía y el Departamento podrán divulgar sus datos personales a un tercero contratado para realizar la auditoría del descuento. Su proveedor de energía y el Departamento no divulgarán sus datos personales a otros a menos que la ley lo autorice.

La solicitud del descuento es voluntaria. No obstante, si usted decide solicitarlo, y a menos de que se indique lo contrario, usted deberá proporcionar todos los datos personales que se le soliciten directamente a su proveedor de energía para que éste pueda tramitar su solicitud.

Usted tiene derecho de acceso a la información personal que el Departamento guarda sobre usted. Además, tiene derecho a solicitar al Departamento que actualice o enmiende dicha información. Para obtener más información envíe un e-mail a: rebates@energysaver.nsw.gov.au.

Medical Energy Rebate



Formulario de solicitud: Clientes particulares

Cómo llenar este formulario

- Rellene el formulario en inglés y en letras MAYÚSCULAS.
- El nombre del solicitante debe coincidir con el nombre impreso en la cuenta/factura de energía.
- La dirección indicada en la solicitud debe ser el domicilio residencial principal del solicitante.

Datos del solicitante

CRN (Services Australia):

Número de DVA:

Nombre:

Apellido:

Dirección:

Barrio/Suburbio:

Código postal:

Teléfono de contacto:

Dirección electrónica:

Dirección postal (si fuera diferente de la anterior):

Barrio/Suburbio:

Código postal:

Datos del proveedor de electricidad

Nombre del proveedor de electricidad:

Nombre del titular de la cuenta de electricidad:

Número de la cuenta de electricidad:

Número de identificador nacional de medidor (NMI):

Su número de NMI se encuentra en la factura de electricidad. Comienza por el número 4 y tiene 11 dígitos, sin letras ni símbolos. Si no puede encontrar su número de NMI, envíe una copia de toda su factura con esta solicitud y nos encargaremos de añadir este dato en su nombre.

Consentimiento para que otra persona obre en su nombre (optativo)

Sólo rellene esta sección si usted desea que otra persona obre en su nombre en relación con esta solicitud.

Autorizo a _____, a quien se puede contactar por teléfono al número _____ para que:

- hable con mi proveedor de energía en mi nombre para ayudar en la tramitación de esta solicitud
- aclare cualquier información suministrada en este formulario para ayudar en la tramitación de esta solicitud.

La persona arriba nombrada me ha confirmado que está de acuerdo en obrar en mi nombre y le informé que sus datos serán recabados y gestionados de conformidad con el Aviso de privacidad de este formulario.

Comprendo que este consentimiento se otorga únicamente para obrar en relación con esta solicitud, y que no se otorga para obrar en mi nombre o en relación con mi cuenta de electricidad con mi proveedor.

Comprendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento si contacto con mi proveedor de energía.

Declaración del solicitante y declaración de autorización

Yo (insertar nombre), _____ domiciliado en _____
(insertar domicilio residencial principal) _____ :

- he leído y comprendido toda la información contenida en este formulario de solicitud, incluida la Lista de verificación y el Aviso de privacidad
- declaro que toda la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender
- comprendo que es mi responsabilidad notificar a mi proveedor de energía sobre cualquier cambio en la información que he suministrado en este formulario
- acepto proporcionar información adicional acerca de mis requisitos si se me solicitare
- comprendo que esta solicitud, una vez firmada, seguirá siendo válida a menos que yo la retire al contactar a mi proveedor
- comprendo que mi proveedor de energía utilizará el servicio electrónico eServices de Services Australia para realizar averiguaciones en Services Australia con respecto a mis datos de cliente de Services Australia y la situación de mi tarjeta de concesiones para permitirle a mi proveedor determinar si reúno las condiciones para el descuento.

Poder (cuando la solicitud está firmada con arreglo a un poder)

He adjuntado la copia certificada del poder con esta solicitud.

Firma del/la solicitante:

Fecha:

Medical Energy Rebate



Formulario de solicitud: Clientes particulares

Declaración médica

Datos del Paciente

Nombre del paciente:

Dirección del paciente:

Número de contacto diurno del paciente:

Doy mi consentimiento para que se divulgue mi historia clínica pertinente a esta solicitud al proveedor de energía del solicitante y al Departamento si la necesitaran como parte de sus responsabilidades en la prestación y administración de este descuento. He leído y comprendido el Aviso de privacidad.

Firma del paciente:

Fecha:

Datos del médico

Esta sección debe ser rellenada por el médico del paciente.

Nombre del médico:

Número de proveedor:

Nombre del lugar donde se examinó al paciente (hospital/clínica/consultorio):

Número de teléfono del lugar donde se examinó al paciente (hospital/clínica/consultorio):

Medical Energy Rebate



Formulario de solicitud: Clientes particulares

Evaluación clínica

Para satisfacer los criterios para recibir este descuento, el paciente debe haber sido examinado por un médico registrado que le haya tratado por un mínimo de tres meses, si el paciente:

- es incapaz de autorregular la temperatura de su cuerpo, y
- reúne las condiciones porque padece una de las cuatro dolencias primarias y una de las tres dolencias secundarias del cuadro.

Declaración del médico

Certifico que el/la paciente tiene incapacidad para autorregular la temperatura de su cuerpo. Trato al/la paciente desde hace por lo menos tres meses / este/a paciente fue tratado/a por el Royal Flying Doctor Service en una zona remota y regional de NSW por un mínimo de tres meses, y padece por lo menos una dolencia primaria y una dolencia secundaria indicada en este cuadro:

Dolencias primarias (seleccione una como mínimo)	Marque el casillero
Disfunción del sistema autónomo (dolencias clínicas en que el sistema autónomo está dañado, como las lesiones graves de la médula espinal, accidente cerebrovascular, lesión cerebral y trastornos neurodegenerativos).	
Pérdida de la integridad de la piel o pérdida de la capacidad de sudor (p.ej. las quemaduras importantes de más del 20% del cuerpo, dolencias inflamatorias graves de la piel y algunas formas raras de sudoración alterada).	
Reducción objetiva de la función fisiológica ante temperaturas ambientes extremas (p.ej. esclerosis múltiple avanzada).	
Hipersensibilidad a los extremos de temperatura ambiente que lleva a aumento del dolor u otros tipos de molestias, o a un mayor riesgo de complicaciones (p.ej. síndrome de dolor regional complejo y enfermedad vascular periférica avanzada).	
Dolencias secundarias (seleccione una por lo menos)	Marque el casillero
Inmovilidad profunda como la que ocurre en las personas con tetraplejía o paraplejía de alto nivel, especialmente por encima del nivel del tórax medio (T7), y causa problemas de autorregulación de la temperatura del cuerpo debido a la pérdida de control del sistema nervioso simpático.	
Pérdida significativa demostrada de la autorregulación autónoma del sudor, el ritmo cardíaco o la presión sanguínea.	
Pérdida demostrada de la función fisiológica o agravación significativa de una dolencia clínica en condiciones de temperatura ambiental extrema.	

Declaración de privacidad

Declaro que, a mi leal saber y entender, toda la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Doy mi consentimiento para que el proveedor de energía del solicitante y el Departamento me contacten para confirmar la exactitud de los datos personales y de salud suministrados en este formulario.

Firma del médico:

Fecha:

Presentación de este formulario

Envíe su formulario completo a su proveedor de energía.