

NSW Life Support Rebate



Formulario de solicitud: Hogares con suministro cobrado por la administración

Este formulario es para los residentes que reúnen las condiciones y viven en comunidades residenciales, complejos residenciales para jubilados o consorcios residenciales.



El NSW Life Support Rebate le ayuda a pagar sus facturas de electricidad si usted o una persona que vive con usted utiliza en su casa un equipo aprobado de alto consumo energético. Los solicitantes pueden recibir más de un descuento si el médico del paciente certifica que requieren más de un tipo de equipo aprobado.

On-supplied es el término inglés usado cuando un solicitante recibe una factura de electricidad emitida por, o en nombre de su comunidad residencial, complejo residencial para jubilados o consorcio residencial, en lugar de una factura emitida por un proveedor de electricidad de su elección. Si usted recibe una factura de electricidad de su proveedor, contacte con éste para solicitar su descuento.

Si reúne las condiciones, el Departamento de Planificación, Industria y Medio ambiente de NSW (el Departamento) depositará el descuento en la cuenta bancaria que usted haya indicado.

Puede hacer su solicitud en línea en: www.service.nsw.gov.au/transaction/apply-life-support-energy-rebate-supply-customers.

Antes de empezar

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

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 cuenta de banco para transferencias electrónicas de fondos

la copia de su cuenta de electricidad más reciente (se aceptan archivos en formato PDF o fotografías claras de la cuenta/factura).

Lista de verificación

Requisitos

Para reunir las condiciones para este descuento, usted deberá:

ser actualmente residente de NSW

ser residente de una comunidad residencial elegible con suministro cobrado por la administración de su residencia (registrado en NSW Fair Trading), complejo residencial para jubilados elegible (registrado en NSW Fair Trading) o consorcio residencial elegible (registrado en NSW Land Registry Services)

figurar en la cuenta de electricidad por suministro de electricidad a su domicilio residencial principal cuando usted, u otra persona que viva en la misma dirección, utilice equipo aprobado de sostén vital según la definición de la página 7, y

presentar un formulario de solicitud válido suministrado por el Departamento, firmado por un médico registrado (que no sea el solicitante) para confirmar la necesidad del uso del equipo de sostén vital en el domicilio residencial principal del solicitante.

Información importante

Este descuento se paga una vez por hogar y por ejercicio fiscal, a los solicitantes que reúnan las condiciones.

Las solicitudes se tramitarán según la fecha en que el Departamento las reciba.

Para pedir el descuento será necesario presentar una nueva solicitud y factura cada ejercicio fiscal.

Cada dos años se deberá presentar una nueva declaración médica de las páginas 5 y 6.

El período de solicitud va del 1ero. de julio al 30 de junio de cada ejercicio fiscal. **Su solicitud se debe recibir antes del 30 de junio para que pueda ser considerada para ese ejercicio fiscal.**

A la solicitud debe usted adjuntar la copia de una factura de electricidad emitida por, o en nombre de, su comunidad residencial elegible, complejo residencial para jubilados elegible o consorcio residencial elegible. La factura debe incluir los datos de contacto de la comunidad o del encargado de cobrarle a usted el suministro, su nombre y dirección y el sitio / número de unidad residencial. La lectura del medidor o la cantidad de uso deben llevar una fecha posterior al 1ero. de julio del ejercicio fiscal actual Y tener menos de 3 meses de antigüedad. La factura debe estar impresa y no estar escrita a mano.

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 al equipo de descuentos energéticos de Energy NSW al: 02 8073 9255

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 los datos personales y la información sanitaria recabados en este formulario.

El Departamento recaba su información personal y de salud 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 y/o de salud 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.

El Departamento divulgará los datos personales y de salud recabados en este formulario al médico que aparece indicado en la solicitud, para confirmar la exactitud de dicha información.

El Departamento podrá divulgar sus datos personales y de salud a un tercero contratado para realizar la auditoría del descuento. El Departamento no divulgará datos personales o de salud recabados en este formulario 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 y de salud que se le soliciten directamente para que el Departamento pueda tramitar su solicitud.

La persona que proporciona información personal o información sobre la salud en este formulario tiene derecho de acceso a dicha información que el Departamento guarde y a solicitarle a éste que la actualice o enmiende. Para obtener más información envíe un e-mail a: rebates@energysaver.nsw.gov.au.

NSW Life Support Rebate



Formulario de solicitud: Hogares con suministro cobrado por la administración

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.
- La cuenta de banco que recibirá el descuento debe estar a nombre del solicitante.

Datos del solicitante

Nombre:

Apellido:

Nombre de la comunidad/complejo residencial o número del consorcio:

Número de sitio/unidad:

Dirección:

Barrio/Suburbio:

Código postal:

Teléfono de contacto:

Dirección electrónica:

Dirección postal (si fuera diferente de la anterior):

Barrio/Suburbio:

Código postal:

Datos bancarios del solicitante

Nombre del banco:

Nombre de la cuenta (p.ej. Mr. S Smith):

Número BSB:

Número de cuenta:

Si usted reúne las condiciones, el Departamento pagará el monto del descuento a la cuenta que usted haya indicado.

NSW Life Support Rebate



Formulario de solicitud: Hogares con suministro cobrado por la administración

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 el Departamento 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 puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, mediante un llamado al Energy Rebates Team (equipo de descuentos en el costo de la energía) al 02 8073 9255 o un e-mail a rebates@energysaver.nsw.gov.au.

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 al Departamento 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 todo el ejercicio fiscal al que se refiere la solicitud, a menos que yo la retire al contactar al Departamento
- he incluido una copia de mi cuenta/factura de energía más reciente, con esta solicitud
- comprendo que el Departamento 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 al Departamento determinar si reúno las condiciones para el descuento.

Consentimiento para contacto (optativo)

Doy mi consentimiento para que el Departamento se ponga en contacto conmigo en relación con mi experiencia en el proceso de solicitud del 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:

NSW Life Support Rebate



Formulario de solicitud: Hogares con suministro cobrado por la administración

Declaración médica

Datos del Paciente

Nombre del paciente que usa el equipo de soporte vital:

Dirección del paciente:

Número de contacto diurno del paciente:

Doy mi consentimiento para que mi historia clínica pertinente a esta solicitud se divulgue al Departamento si la necesitara como parte de su responsabilidad en la 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):

Equipo aprobado de sostén vital recetado al paciente

El médico del paciente deberá seleccionar el/los casillero/s pertinentes aquí abajo. Vea la página 7 para obtener más información sobre el equipo de sostén vital aprobado.

Declaración del médico

Certifico que el paciente necesita usar:

Marque el casillero	Equipo	Cualificaciones
	Concentradores de oxígeno (todo el tiempo)	La máquina se utiliza continuamente las 24 horas
	Concentradores de oxígeno (parte del tiempo)	La máquina se utiliza menos de 24 horas al día (parte del tiempo)
	Dispositivo de presión para las vías respiratorias (todo el tiempo)	La máquina se utiliza continuamente las 24 horas
	Dispositivo de presión para las vías respiratorias (parte del tiempo)	La máquina se utiliza menos de 24 horas al día (parte del tiempo)
	Bomba de alimentación enteral	–
	Bomba cardíaca externa	–
	Diálisis domiciliaria	–
	Fototerapia	–
	Sillas de ruedas eléctricas	El paciente debe tener clasificación de tetrapléjico Nota: no incluye los escúteres de movilidad
	Bomba de nutrición parenteral total	–
	Ventiladores	Nota: no incluye los nebulizadores, humidificadores o atomizadores

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 Departamento me contacte para confirmar la exactitud de los datos personales y de salud suministrados en este formulario.

Firma del médico:

Fecha:

Equipo de sostén vital aprobado

Tipo de equipo	Ejemplos de equipo*	Descuento anual
Concentradores de oxígeno (todo el tiempo)	Devilbiss etc	\$1248,67 (la máquina debe estar en uso continuo las 24 horas)
Concentradores de oxígeno (parte del tiempo)	Devilbiss etc	\$742,78 (la máquina se utiliza menos de 24 horas al día)
Dispositivo de presión para las vías respiratorias (todo el tiempo)	Presión continua para las vías respiratorias, de dos niveles o variable	\$285,07 (la máquina debe estar en uso continuo las 24 horas)
Dispositivo de presión para las vías respiratorias (parte del tiempo)	Presión continua para las vías respiratorias, de dos niveles o variable	\$144,54 (la máquina se utiliza menos de 24 horas al día)
Bomba de alimentación enteral	Kangaroo ePump Companion–Abbott Flexiflow Patrol Enteral Pump	\$176,66
Bomba cardíaca externa	Dispositivo de asistencia para el ventrículo izquierdo	\$44,17
Diálisis domiciliaria	Máquinas de hemodiálisis o de diálisis peritoneal cíclica automática, por ejemplo: Fresenius, Gambro, Baxter	\$618,31
Equipo para fototerapia	Terapia con luz azul	\$1477,52
Sillas de ruedas eléctricas para tetrapléjicos Nota: no incluye los escúteres de movilidad	Quickie, Zippie, etc.	\$120,45
Bomba de nutrición parenteral total	Bomba Volumatic Bomba Flowguard	\$337,26
Ventiladores Nota: No incluye los nebulizadores, humidificadores o atomizadores	Serie LTV, Breas, PLV-100, etc., Iron Lung	\$1477,52

* La lista de marcas adyacente a cada tipo de equipo se incluye para fines informativos únicamente, y no constituye una lista exhaustiva.

Presentación de este formulario

Envíe el formulario completo por correo electrónico a: rebates@energysaver.nsw.gov.au o

Envíe el formulario completo por correo a: NSW Life Support Rebate, PO Box 435,

Parramatta NSW 2124. Si va a enviar el formulario por correo, **no use grapas ni cinta adhesiva en los documentos.**