

ينبغي استخدام هذه الاستمارة من قِبَل المقيمين الذين يتلقون فاتورة كهرباء من شركات بيع الطاقة التي يختارونها.



تساعدك الإعادة المالية الخاصة بدعم الحياة في نيو ساوث ويلز على دفع فواتير الكهرباء إذا كنت أنت أو أي شخص يعيش معك تستخدم معدات معتمدة فائقة استهلاك الطاقة في المنزل. يُطلب تقديم طلب جديد وإقرار طبي موقع من طبيبك كل عامين. اتصل بشركة بيع الطاقة التي تتعامل معها إذا كان لديك أي أسئلة حول هذه الإعادة المالية.

## قبل أن تبدأ

قبل ملء هذا الطلب، يُرجى التأكد من أن لديك ما يلي:

تفاصيلك الشخصية وتفاصيل الاتصال بك

إقرار موقع ومستكمل البيانات من ممارس طبي (بصيغة PDF/JPEG) لتحميله مع هذه الاستمارة (إقرار الممارس الطبي في الصفحة 5 أدناه)

تفاصيل الشركة التي تتبعك الطاقة.

## قائمة تدقيق

### معايير الأهلية

لكي تكون مؤهلاً للحصول على هذه الإعادة المالية، يجب:

أن تكون مقيماً حالياً في نيو ساوث ويلز

أن تكون زبوناً لشركة بيع الكهرباء ويكون اسمك مذكوراً في حساب الكهرباء لإمداد الكهرباء إلى مكان إقامتك الرئيسي عند استخدامك أو استخدام شخص آخر يعيش في نفس العنوان لمعدات معتمدة لدعم الحياة حسب تعريفها في الصفحة 7، و  
أن تقدم استمارة طلب صالحة مقدّمة من الدائرة وموقعة من قبل ممارس طبي مسجل (ليس مقدّم الطلب) للتحقق من أن استخدام معدات دعم الحياة المعتمدة مطلوب في مكان الإقامة الرئيسي لمقدّم الطلب.

## معلومات مهمة

يتم دفع الإعادة المالية لمقدمي الطلبات المؤهلين بالمعدل/المعدلات اليومية المحددة في الصفحة 7 لنوع/أنواع معدات دعم الحياة المعتمدة المستخدمة ويسري من تاريخ استلام شركة بيع الكهرباء لطلبك. سيتم خصم الإعادة المالية من حساب الكهرباء الخاص بك وعرضها على فاتورتك. يتعين عليك إكمال طلب جديد، بما في ذلك إقرار طبي جديد موقع من طبيبك في الصفحتين 5 و 6، كل عامين. ويجب عليك أيضًا تقديم طلب إعادة مالية جديد إذا قمت بتغيير شركة بيع الكهرباء - يمكنك إعادة استخدام نفس الإقرار الطبي مع طلب الإعادة المالية الجديد إذا كان عمره أقل من عامين. يجب توجيه أية أسئلة تتعلق بالإعادة المالية الخاصة بدعم الحياة (LifeSupport) أولاً إلى شركة بيع الكهرباء التي تتعامل معها.

إذا كنت تقدم هذا الطلب بموجب توكيل رسمي، فيجب عليك إرفاق نسخة مصدقة من التوكيل مع هذا الطلب.

## مزيد من المعلومات

زُر موقع Service NSW الإلكتروني في: [www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance](http://www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance) أو assistance

اتصل بـ Service NSW: 137 788

## إشعار الخصوصية

تخضع دائرة التخطيط والصناعة والبيئة (الدائرة)، وعنوانها 4 Parramatta Square, 12 Darcy Street, Parramatta NSW 2150، لقانون الخصوصية وحماية المعلومات الشخصية لعام 1998 عند قيامها بإدارة معلوماتك الشخصية.

تقوم شركة بيعك الطاقة والدائرة بجمع معلوماتك الشخصية لأغراض معالجة طلبك للحصول على الإعادة المالية للطاقة (بما في ذلك تقييم أهليتك)، ودفع الإعادة المالية لك إذا كنت مؤهلاً، وإدارة نظام الإعادات المالية للطاقة، والتدقيق في برنامج الإعادات المالية الذي قد يشمل استطلاع رأي الزبائن بتجاربههم. عند استكمالك هذه الاستمارة، يمكنك تقديم المعلومات الشخصية الخاصة بشخص آخر. وقبل تقديم هذه المعلومات، يجب أن تطلب موافقة ذلك الشخص على الكشف عن معلوماته إلى شركة بيعك الكهرباء والدائرة لاستخدامها وفقاً لإشعار الخصوصية هذا.

ويجوز لشركة بيعك الكهرباء والدائرة أن تكشف عن معلوماتك الشخصية لطرف ثالث مشارك لإجراء تدقيق بشأن الإعادة المالية. هذا ولن تفصح شركة بيعك الكهرباء والدائرة عن معلوماتك الشخصية لأي شخص آخر ما لم يأذن القانون بذلك.

إن طلب الحصول على هذه الإعادة المالية أمر اختياري. إلا أنه إذا قررت تقديم طلب، فإنه ما لم يُذكر خلاف ذلك، يجب تقديم جميع المعلومات الشخصية المطلوبة منك مباشرةً لشركة بيعك الطاقة لكي تقوم بمعالجة طلبك.

لك الحق في الوصول إلى المعلومات الشخصية التي تحتفظ بها الدائرة عنك. كما أنه لك الحق في أن تطلب من الدائرة تحديث هذه المعلومات أو تعديلها. للمزيد من التفاصيل، يُرجى إرسال بريد إلكتروني إلى: [rebates@energysaver.nsw.gov.au](mailto:rebates@energysaver.nsw.gov.au)

## ملء هذه الاستمارة

- يُرجى ملء الاستمارة باللغة الإنجليزية باستخدام حروف كبيرة.
- يجب أن يتطابق اسم مقدّم الطلب مع الاسم المطبوع على فاتورة الطاقة الخاصة بك.
- يجب أن يكون العنوان المدرج في الطلب هو مكان الإقامة الرئيسي لمقدّم الطلب.

## تفاصيل مقدّم الطلب

الاسم الأول:

الاسم الأخير:

عنوان السكن:

الضاحية:

الرمز البريدي:

رقم الهاتف للاتصال:

عنوان البريد الإلكتروني:

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه):

الضاحية:

الرمز البريدي:

## تفاصيل شركة بيع الكهرباء

اسم شركة بيع الكهرباء:

اسم صاحب حساب الكهرباء:

رقم حساب الكهرباء:

الرقم الوطني لتعريف العدّاد (NMI):

رقم NMI موجود في فاتورة الكهرباء الخاصة بك. وهو يبدأ بالرقم 4 ويتكون من 11 رقماً، بدون أحرف أو رموز. إذا لم تتمكن من التعرف على رقم NMI الخاص بك، يُرجى إرسال نسخة كاملة من فاتورتك مع هذا الطلب وسنقوم بإضافة المعلومات بالنيابة عنك.

## الموافقة على قيام شخص بالتصرف نيابة عنك (اختياري)

لا تكمل هذا القسم إلا إذا كنت ترغب في أن يتصرف شخص آخر نيابةً عنك فيما يتعلق بهذا الطلب.

، الذي يمكن

أفوض

بهدف:

الاتصال به على الهاتف رقم

- التحدث إلى شركة بيعي الطاقة نيابةً عني للمساعدة في معالجة هذا الطلب
- توضيح أية معلومات واردة في هذه الاستمارة للمساعدة في معالجة هذا الطلب.
- لقد تأكدت من الشخص الذي سمّيته أعلاه أنه يوافق على التصرف نيابةً عني وأبلغته بأنه سيتم جمع معلوماته وإدارتها وفقاً لإشعار الخصوصية في هذه الاستمارة.
- أفهم أن هذه الموافقة مقدّمة فقط للتصرف فيما يتعلق بهذا الطلب وهي ليست مقدّمة للتصرف نيابةً عن أو فيما يتعلق بحساب الكهرباء الخاص بي مع شركة بيعي الكهرباء.
- أفهم أنه يمكنني سحب هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال بشركة بيعي الطاقة.

## إقرار وبيان تفويض من مقدّم الطلب

عنواني (أدخّل مكان

أنا (أدخّل الاسم)،

:

الإقامة الرئيسي)

- قرأتُ وفهمتُ جميع المعلومات الواردة في استمارة الطلب هذه، بما في ذلك قائمة التدقيق وإشعار الخصوصية
- أقرّ بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب، على حد علمي، صادقة وصحيحة
- أفهم أنني مسؤول عن إخطار شركة بيعي الطاقة بأية تغييرات تطرأ على المعلومات التي قدمتها في هذه الاستمارة
- أوافق على تقديم معلومات إضافية بشأن أهليتي عند طلب ذلك
- أفهم أن هذا الطلب، متى تمّ التوقيع عليه، يظل صالحاً ما لم أسحبه عن طريق الاتصال بشركة بيعي الطاقة

**توكيل رسمي (عندما يتم توقيع الطلب بموجب توكيل رسمي)**

لقد أرفقت نسخة مصدقة من التوكيل مع هذا الطلب.

التاريخ:

توقيع مقدّم الطلب:

## إقرار طبي

### تفاصيل المريض

اسم المريض الذي يستخدم معدات دعم الحياة:

عنوان المريض:

رقم هاتف المريض خلال النهار:

أوافق على الكشف عن سجلاتي الطبية ذات الصلة بهذا الطلب إلى الشركة التي تباعني الطاقة والدائرة إذا لزم الأمر كجزء من مسؤوليتهما في تنفيذ وإدارة برنامج هذه الإعادة المالية. لقد قرأت وفهمت إشعار الخصوصية.

التاريخ:

توقيع المريض:

### تفاصيل الممارس الطبي

يجب إكمال هذا القسم من قبل الممارس الطبي للمريض.

اسم الممارس:

رقم مقدم الخدمة:

اسم المكان الذي تمت فيه مراجعة المريض (مستشفى / عيادة / غرفة الطبيب):

رقم هاتف المكان الذي تمت فيه مراجعة المريض (مستشفى / عيادة / غرفة الطبيب):

## معدات دعم الحياة المعتمدة الموصوفة للمريض

يُطلب من طبيب المريض اختيار مربع/مربعات الاختيار المناسبة أدناه. راجع الصفحة 7 للمزيد من المعلومات عن معدات دعم الحياة المعتمدة.

### إقرار الممارس الطبي

أشهد أن المريض يحتاج إلى استخدام ما يلي:

مربع الاختيار	المعدات	وصف إضافي
	مكتفات الأكسجين (بدوام كامل)	يتم استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم
	مكتفات الأكسجين (بدوام جزئي)	تستخدم الآلة أقل من 24 ساعة في اليوم (بدوام جزئي)
	جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام كامل)	يتم استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم
	جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام جزئي)	تستخدم الآلة أقل من 24 ساعة في اليوم (بدوام جزئي)
	مضخة تغذية معوية	-
	مضخة قلب خارجية	-
	غسيل الكلى بالمنزل	-
	العلاج بالضوء	-
	الكراسي المتحركة الكهربائية	يجب تصنيف المريض على أنه مصاب بالشلل الرباعي ملاحظة: لا تشمل دراجات السكوتر للتنقل
	مضخة التغذية الوريدية الكاملة	-
	أجهزة تهوية	ملاحظة: لا تشمل البخاخات أو المرطبات أو المبخرات

أقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب، على حد علمي، صادقة وصحيحة.

أوافق على قيام الشركة التي تتبع الطاقة لمقدم الطلب والدائرة بالاتصال بي لتأكيد دقة المعلومات الشخصية والصحية الواردة في هذه الاستمارة.

توقيع الممارس الطبي:

التاريخ:

## معدات دعم الحياة المعتمدة

نوع المعدات	أمثلة من المعدات*	المعدل اليومي (باستثناء ضريبة السلع والخدمات)
مكثفات الأكسجين (بدوام كامل)	Devilbiss إلخ	3,11 دولار (يجب استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم)
مكثفات الأكسجين (بدوام جزئي)	Devilbiss إلخ	1,85 دولار (الآلة قيد الاستخدام لمدة تقل عن 24 ساعة في اليوم)
جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام كامل)	ضغط مجرى الهواء الإيجابي بصورة مستمرة، ضغط مجرى الهواء الإيجابي ثنائي المستوى أو متغير	0,71 دولار (يجب استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم)
جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام جزئي)	ضغط مجرى الهواء الإيجابي بصورة مستمرة، ضغط مجرى الهواء الإيجابي ثنائي المستوى أو متغير	0,36 دولار (يجب استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم)
مضخة تغذية معوية	Kangaroo ePump Companion–Abbott Flexiflow Patrol Enteral Pump	0,44 دولار
مضخة قلب خارجية	جهاز مساعدة البطين الأيسر	0,11 دولار
غسيل الكلى بالمنزل	آلات غسيل الكلى أو آلات تدوير صفاقي تلقائية - على سبيل المثال: Fresenius, Gambro, Baxter	1,54 دولار
معدات العلاج بالضوء	العلاج بالضوء الأزرق	3,68 دولار
الكراسي المتحركة الكهربائية للمصابين بالشلل الرباعي ملاحظة: لا تشمل دراجات السكوتر للتنقل	Quickie و Zippie وما إلى ذلك	0,30 دولار
مضخة تغذية وريدية كاملة	مضخة Volumatic مضخة Flowguard	0,84 دولار
أجهزة تهوية ملاحظة: لا تشمل البخاخات أو المرطبات أو المبخرات	سلسلة LTV، Breas، PLV-100 إلخ، Iron Lung	3,68 دولار

\*تم تضمين قائمة الأسماء التجارية مقابل كل قطعة معدات للعلم فقط، وهي ليست قائمة شاملة.

## تقديم هذه الاستمارة

أرسل استمارتك المستكملة إلى شركة بيعك الطاقة.