

如果一户家庭收到的电费账单来自其自选的电力零售商，可以使用本申请表。



如果你或与你住在一起的人必须在家中使用经核准的高耗电设备，新南威尔士州生命维持设备返款计划（NSW Life Support Rebate）能够帮助你支付电费。

你需要每二年重新申请一次。每次递交新申请表时必须包括一份由你的医生重新签署的证明。

如果你对这项返款有任何疑问，可联系能源零售商查询。

开始申请之前

在开始填写本申请表之前，请确保你已准备好以下资料：

你的个人资料和联系详情；

与本申请表一起上传一份由医生签名并填妥的执业医师声明书（PDF 或 JPEG 格式）。

执业医师声明书见第 5 页；

能源零售商详情。

检查清单

资格条件

你必须符合下列条件才有资格申请返款：

目前是新南威尔士州居民；

是电力零售商的客户，同时是你的主要居住地点电力账户的持有人，并且你或另一名在同一地址居住的人员必须在该处使用经核准的生命维持设备（详细规定见第 7 页）；**同时**

填写递交一份本部门规定的有效申请表。申请表必须经注册执业医师（非申请人本人）签名，证明申请人必须在其主要居住地点使用经核准的生命维持设备。

重要信息

根据所使用的经核准的生命维持设备的类型，向符合条件的申请人支付的返款金额自电力零售商收到你的申请之日起按每日费率（详细规定见第 7 页）计算。返款金额每季度计入你的电力账户，并在电费账单中列出。你需要按规定每二年重新申请一次。每次递交新申请表时必须包括一份由你的医生重新签署的医疗证明（见第 5 页和第 6 页）。如果更换能源零售商，你必须重新递交一份返款申请。如果你的医疗证明未满足二年，可再次使用。如果您对生命维持设备返款计划有任何疑问，应首先联系能源零售商查询。

如果你代表他人或受人委托递交本申请，必须附上一份经认证的委托授权书副本。

获取更多信息

了解详情可访问新南威尔士州政府服务中心 (Service NSW) 网站：

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

联系新南威尔士州政府服务中心，电话：137 788

隐私声明

规划、工业和环境部 (Department of Planning, Industry and Environment, 以下简称“本部门”，地址：4 Parramatta Square, 12 Darcy Street, Parramatta NSW 2150) 遵照《1998 年隐私及个人信息保护法》(Privacy and Personal Information Protection Act 1998) 规定管理你的个人资料和信息。

你的能源零售商和本部门出于处理你的能源费返款申请（包括评估你的资格条件）、向你支付返款（如果你符合条件）、管理能源费返款计划以及对该计划审计审核（也可能包括调查客户体验）等目的而需要收集你的个人资料。你在填写本表格的过程中可能需要提供其他人的个人资料。在提供这些信息之前，你必须征得有关人员的同意，允许你向能源零售商和本部门披露他们的信息，并可根据隐私声明的规定得到使用。

你的能源零售商和本部门可能向受聘对返款计划实施审计审核工作的第三方机构披露你的个人资料。除非法律授权，否则你的能源零售商和本部门不会向任何他人披露你的个人资料。

申请本项返款完全属于自愿行为。但是，你一旦决定申请，则必须提供能源零售商直接向你索取的个人资料，以便零售商处理你的申请，除非另有说明。

你有权调取查阅本部门收集保存的与你个人有关的资料。你同时有权要求本部门更新或修改你的个人资料。查询详情可发送电邮至：rebates@energysaver.nsw.gov.au

申请表：能源零售商客户

填写申请表格注意事项

- 请用英文大写字母工整填写表格。
- 申请人姓名必须与列印在你的能源费账单/结算单上的姓名相同。
- 申请人住址必须是申请人的主要居住地点。

申请人详情

名：

姓：

住址：

区：

邮政编码：

联系电话：

电邮信箱：

邮政地址（如与以上住址不同）：

区：

邮政编码：

电力零售商详情

电力零售商名称：

电力账户持有人姓名：

电力账户号码：

全国电表识别号码 (NMI)：

NMI 号码可在你的电费账单上找到。这组号码以 4 开头，总共 11 位数字，不含字母或符号。如果找不到 NMI 号码，你只需将完整的帐单副本随本申请表一起递交即可。我们会填报相关的资料。

申请表：能源零售商客户

同意他人代表你办理申请（可选填）

如果你希望委托其他人代表你办理本申请，请完成这一部分，否则无需填写。

我指定 _____，为本人的代理人。

该人的联系电话是 _____。本人同意代理人有权：

- 与我的能源零售商联系，协助办理本申请。
- 澄清本表格中提供的任何资料和信息，协助办理本申请。

我已与上述指定代理人确认，他们同意代表我行事。我同时也已向他们告知，他们的资料将按照本申请表列明的隐私声明规定获得收集和管理。

我明白，本同意仅授予指定代理人可就本项申请相关事务行事的权力，指定代理人无权就本人与电力零售商有关的电力账户作出任何行为。

我明白，我可以随时联系我的能源零售商撤销本同意。

申请人声明和授权

本人（填写申请人全名）， _____ 住址（填写
主要居住地点地址） _____：

- 我已阅读并理解本申请表中的所有信息，包括检查清单 (Checklist) 和隐私声明 (Privacy Notice)。
- 本申请表中填报的所有资料，据本人所知所信，均属真实并且准确无误。
- 如果本表格中提供的资料有任何变动，我有责任通知能源零售商。
- 我同意遵照要求提供与评估我的资格条件有关的其他资料和信息。
- 我明白，本份申请表自签署之日起始终有效，直至我联系能源零售商要求予以撤销。

委托授权书（受托人签署本申请）

我已随本申请表附上一份经认证的委托授权书副本。

申请人签名：

日期：

申请表：能源零售商客户

医疗声明

病患详情

使用生命维持设备的病患姓名：

病患住址：

病患住址：

如有要求，我同意可向我的能源零售商和新南威尔士州规划、工业和环境部披露与申请事务相关的本人病历记录，以便他们履行交付和管理返款计划的责任。我已阅读并理解《隐私声明》。

病患签名：

日期：

执业医生详情

本部分必须由病患的医生填写。

医生姓名：

医生注册号码：

病患接受评估地点（医院/诊所）：

病患接受评估地点（医院/诊所）电话：

申请表：能源零售商客户

病患指定使用的生命维持设备

病患的医生必须在下方相关方格中打勾。关于经核准的生命维持设备的更多信息可参阅第 7 页。

执业医师声明

我证明病患必须使用：

请勾选	设备类型	规定条件
	氧气浓缩器（全天）	机器设备每天连续使用 24 小时
	氧气浓缩器（部分时间）	机器设备每天使用不足 24 小时（部分时间）
	气道正压呼吸机（全天）	机器设备每天连续使用 24 小时
	气道正压呼吸机（部分时间）	机器设备每天使用不足 24 小时（部分时间）
	肠内营养输注泵	—
	外置心脏泵	—
	家用肾透析机	—
	光疗	—
	电动轮椅	病患必须属于四肢瘫痪者 备注： 不包括电动代步车
	全肠外营养输注泵	—
	呼吸机	备注： 不包括喷雾器、加湿器或汽化器

我特此声明，本申请表中填报的所有资料，据本人所知所信，均属真实并且准确无误。

我同意申请人的能源零售商和新南威尔士州规划、工业和环境部可与我联系，确认本表格中填报的个人以及医疗健康资料的准确性。

执业医师签名：

日期：

新南威尔士州生命维持设备返款



申请表：能源零售商客户

经核准的生命维持设备

设备类型	品牌名称示例*	每日费率 (不包括 GST)
氧气浓缩器 (全天)	Devilbiss 等	\$3.11 (机器设备必须每天连续使用 24 小时)
氧气浓缩器 (部分时间)	Devilbiss 等	\$1.85 (机器设备每天使用不足 24 小时)
气道正压呼吸机 (全天)	持续气道正压呼吸机、 双水平气道正压通气或变压通 气呼吸机	\$0.71 (机器设备必须每天连续使用 24 小时)
气道正压呼吸机 (部分时间)	持续气道正压呼吸机、 双水平气道正压通气或变压通 气呼吸机	\$0.36 (机器设备每天使用不足 24 小时)
肠内营养输注泵	Kangaroo 泵, Companion-Abbott Flexiflow 蠕动泵	\$0.44
外置心脏泵	左心室辅助装置	\$0.11
家用肾透析机	血液透析或腹膜自动循环机, 品牌包括: Fresenius, Gambro, Baxter	\$1.54
光疗设备	蓝光治疗机	\$3.68
四肢瘫痪者用电动轮椅 备注: 不包括电动代步车	Quickie, Zippie, 等	\$0.30
全肠外营养输注泵	Volumatic 泵, Flowguard 泵	\$0.84
呼吸机 备注: 不包括喷雾器、 加湿器或汽化器	LTV 系列, Breas, PLV-100 等, Iron Lung	\$3.68

*每种设备列出的对应品牌仅供参考，并非详尽无遗。

递交申请表

请将填妥的申请表送交给你的能源零售商。