

Έκπτωση Υποστήριξης Ζωής NNO



Έντυπο αίτησης: Πελάτες λιανικής παροχής ενέργειας

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



Η Έκπτωση Υποστήριξης Ζωής NNO (NSW Life Support Rebate) σας βοηθά να πληρώνετε τους λογαριασμούς σας ηλεκτρικού ρεύματος εάν χρησιμοποιείτε εσείς ή κάποιος που ζει μαζί σας εγκεκριμένο εξοπλισμό μεγάλης κατανάλωσης ενέργειας στο σπίτι.

Απαιτείται νέα αίτηση και υπογεγραμμένη ιατρική δήλωση από το γιατρό σας κάθε 2 χρόνια.

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:

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 ηλεκτρισμού στην κύρια κατοικία σας, όπου χρησιμοποιείται εγκεκριμένος εξοπλισμός υποστήριξης ζωής, όπως ορίζεται στη σελίδα 7, από εσάς ή άλλο άτομο που ζει στην ίδια διεύθυνση, **και**

να υποβάλετε έγκυρο έντυπο αίτησης που παρέχεται από το Υπουργείο, υπογεγραμμένο από εγγεγραμμένο γιατρό (ο οποίος δεν είναι ο αιτών) για να επαληθεύσει ότι απαιτείται η χρήση του εγκεκριμένου εξοπλισμού υποστήριξης ζωής στην κύρια κατοικία του αιτούντος.

Σημαντικές πληροφορίες

Η έκπτωση για αιτούντες που πληρούν τις προϋποθέσεις καταβάλλεται ανάλογα με τα ημερήσια ποσά που καθορίζονται στη σελίδα 7 για τον εγκεκριμένο τύπο ή τύπους εξοπλισμού υποστήριξης ζωής που χρησιμοποιούνται και ισχύει από την ημερομηνία παραλαβής της αίτησής σας από την εταιρεία ηλεκτρικής σας ενέργειας. Η έκπτωση πιστώνεται στο λογαριασμό σας ηλεκτρικού ρεύματος κάθε τρίμηνο και θα εμφανίζεται στο λογαριασμό σας. Απαιτείται να συμπληρώνετε μια νέα αίτηση, συμπεριλαμβανομένης μιας νέας υπογεγραμμένης ιατρικής δήλωσης από το γιατρό σας στις σελίδες 5 και 6, κάθε 2 χρόνια. Πρέπει επίσης να υποβάλετε νέα αίτηση έκπτωσης εάν αλλάξετε εταιρεία – μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ξανά την ίδια ιατρική δήλωση με τη νέα σας αίτηση έκπτωσης εάν έχει εκδοθεί εντός των τελευταίων 2 ετών. Τυχόν ερωτήσεις σχετικά με την Έκπτωση Υποστήριξης Ζωής 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 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.

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

Κύριο όνομα:
Επώνυμο:
Διεύθυνση κατοικίας:
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.

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.

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 που χρησιμοποιεί εξοπλισμό υποστήριξης ζωής:

Διεύθυνση ασθενούς:

Αριθμός επικοινωνίας ασθενούς κατά τις εργάσιμες ώρες:

Συναινώ στην κοινοποίηση των ιατρικών μου αρχείων που σχετίζονται με αυτή την αίτηση στην εταιρεία μου λιανικής παροχής ενέργειας και στο Υπουργείο εάν απαιτείται στο πλαίσιο των υποχρεώσεων του για τη 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):

Εγκεκριμένος εξοπλισμός υποστήριξης ζωής που έχει οριστεί για τον ασθενή

Ο γιατρός του ασθενούς απαιτείται να επιλέξει τα σχετικά τετραγωνάκια παρακάτω. Ανατρέξτε στη σελίδα 7 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον εγκεκριμένο εξοπλισμό υποστήριξης ζωής.

Δήλωση γιατρού

Πιστοποιώ ότι ο ασθενής απαιτεί τη χρήση:

Πλαίσιο ελέγχου	Εξοπλισμός	Επεξήγηση
	Συμπυκνωτές οξυγόνου (συνεχούς λειτουργίας)	Το μηχάνημα χρησιμοποιείται συνεχώς για 24 ώρες το 24ωρο
	Συμπυκνωτές οξυγόνου (μερικής λειτουργίας)	Το μηχάνημα χρησιμοποιείται λιγότερο από 24 ώρες το 24ωρο (μερικής λειτουργίας)
	Συσκευή θετικής πίεσης αεραγωγών (συνεχούς λειτουργίας)	Το μηχάνημα χρησιμοποιείται συνεχώς για 24 ώρες το 24ωρο
	Συσκευή θετικής πίεσης αεραγωγών (μερικής λειτουργίας)	Το μηχάνημα χρησιμοποιείται λιγότερο από 24 ώρες το 24ωρο (μερικής λειτουργίας)
	Αντλία εντερικής σίτισης	–
	Εξωτερική καρδιακή αντλία	–
	Κατ' οίκον αιμοκάθαρση	–
	Φωτοθεραπεία	–
	Ηλεκτρικά αναπηρικά αμαξίδια	Ο ασθενής πρέπει να έχει χαρακτηριστεί ως τετραπληγικός Σημείωση: δεν περιλαμβάνονται τα σκούτερ κινητικότητας
	Αντλία ολικής παρεντερικής διατροφής	–
	Αναπνευστήρες	Σημείωση: δεν περιλαμβάνονται νεφελοποιητές, υγραντήρες ή εξατμιστήρες

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

Συμφωνώ 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:

Εγκεκριμένος εξοπλισμός υποστήριξης ζωής

Τύπος εξοπλισμού	Παραδείγματα εξοπλισμού*	Ημερήσιο ποσό (εξαιρουμένου του GST)
Συμπυκνωτές οξυγόνου (συνεχούς λειτουργίας)	Devilbiss κτλ	\$3,11 (το μηχάνημα πρέπει να χρησιμοποιείται συνεχώς για 24 ώρες το 24ωρο)
Συμπυκνωτές οξυγόνου (μερικής λειτουργίας)	Devilbiss κτλ	\$1,85 (το μηχάνημα χρησιμοποιείται για λιγότερο από 24 ώρες το 24ωρο)
Συσκευή θετικής πίεσης αεραγωγών (συνεχούς λειτουργίας)	Συνεχής θετική πίεση αεραγωγού, δύο επιπέδων ή μεταβλητή θετική πίεση αεραγωγού)	\$0,71 (το μηχάνημα πρέπει να χρησιμοποιείται συνεχώς για 24 ώρες το 24ωρο)
Συσκευή θετικής πίεσης αεραγωγών (μερικής λειτουργίας)	Συνεχής θετική πίεση αεραγωγού, δύο επιπέδων ή μεταβλητή θετική πίεση αεραγωγού	\$0,36 (το μηχάνημα χρησιμοποιείται για λιγότερο από 24 ώρες το 24ωρο)
Αντλία εντερικής σίτισης	Kangaroo ePump Companion–Abbott Flexiflow Patrol Enteral Pump	\$0,44
Εξωτερική καρδιακή αντλία	Συσκευή υποβοήθησης αριστερής κοιλίας της καρδιάς	\$0,11
Κατ' οίκον αιμοκάθαρση	Μηχανήματα αιμοκάθαρσης ή αυτοματοποιημένης κυκλικής περιτοναϊκής κάθαρσης – για παράδειγμα: Fresenius, Gambro, Baxter	\$1,54
Εξοπλισμός φωτοθεραπείας	Θεραπεία με μπλε φως	\$3,68
Ηλεκτρικά αναπηρικά αμαξίδια για τετραπληγικούς Σημείωση: δεν περιλαμβάνονται τα σκούτερ κινητικότητας	Quickie, Zippie κτλ.	\$0,30
Αντλία ολικής παρεντερικής διατροφής	Αντλία Volumatic, αντλία Flowguard	\$0,84
Αναπνευστήρες Σημείωση: δεν περιλαμβάνονται νεφελοποιητές, υγραντήρες ή εξατμιστήρες	Σειρά LTV, Breas, PLV-100 κτλ, Iron Lung	\$3,68

*Ο κατάλογος εμπορικών ονομασιών δίπλα σε κάθε είδος εξοπλισμού έχει συμπεριληφθεί μόνο για ενημέρωση και δεν είναι εξαντλητικός.

Υποβολή του παρόντος εντύπου

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